

APPUNTI SULL'IPNOSI

Tratti dalle lezioni sull'ipnosi del Dr. Gianfranco Gramaccioni nell'ambito del Corso : "Le Dimensioni psicologico-cliniche e della Salute in Sanità e nella Promozione del Benessere"

Alcune interpretazioni storiche del fenomeno ipnosi

Nel corso del tempo sono state avanzate diverse interpretazioni circa il fenomeno ipnosi, alcune delle quali fanno ormai parte della storia della psicologia. Freud, ad esempio, interpretò l'ipnosi come un desiderio inconscio di gratificazione libidica o come sostituzione inconscia del Super-Io del soggetto da parte dell'ipnotista, mentre Ferenczi, considerò l'interazione ipnotica operatore-soggetto simile alla relazione genitore-bambino. Per Charcot (1825) l'ipnosi era una condizione patologica simile all'isteria, prodotto di una costituzione nervosa anomala; Janet (1859), in seguito, paragonò la dissociazione ipnotica alle manifestazioni patologiche di personalità multipla (Teoria patologica).

L'ipnosi venne considerata essenzialmente come forma di suggestione da Liébeault (1832-1905) e Bernheim (1837-1919), presso la Scuola di Nancy. Grande avversario di Charcot, Bernheim sottolineò l'errore di ritenere uguali ipnosi e isteria e sostenne che la descrizione della "grande crisi" fosse una pura invenzione. La Scuola di Charcot, con i suoi allievi, sostenne perciò l'importanza del ruolo dell'ipnotista nei confronti di quello del soggetto, la Scuola di Bernheim invece sostenne il ruolo preminente del soggetto nel processo ipnotico.

In una prospettiva neurofisiologica Pavlov (teoria del riflesso condizionato, 1927) interpretò l'ipnosi come espressione d'inibizione corticale diffusa accompagnata da eccitazioni focali di alcune aree cerebrali. Gill e Bremann (1942) posero l'accento sui fenomeni regressivi in condizioni di restrizione sensoriale, deprivazione sensoriale, motoria ed ideativa. Reyer (1977) collegò gli effetti dell'ipnosi alla disinibizione dal controllo corticale di strutture filogeneticamente antiche, come il sistema limbico.

Nel 1977, Hilgard avanzò la teoria neodissociativa secondo la quale la coscienza è rappresentata come una molteplicità di sistemi gerarchici subordinati ad un Io esecutivo. L'ipnosi agirebbe creando un assetto gerarchico diverso, dissociando temporaneamente alcuni sottosistemi dal controllo esecutivo cosciente per demandarlo alle suggestioni dell'ipnotista. Il soggetto ipnotizzato accedrebbe così a risposte automatiche dell'organismo, giungendo anche a modificarle al di fuori di un controllo cosciente.

Un contributo alla comprensione del fenomeno ipnotico è stato offerto dagli studi sulla specificità emisferica in soggetti cerebrolesi, o sottoposti ad isolamento dei due emisferi (per forme intrattabili di epilessia), e mediante prove di riconoscimento di stimoli (De Benedictis e Carli, 1990). In quest'ottica neuropsicologica di asimmetria funzionale, l'induzione ipnotica agirebbe depotenziando le funzioni dell'emisfero sinistro e innalzando invece quelle dell'emisfero destro.

Secondo l'approccio teorico psicosociale l'ipnosi è considerata come una risposta attiva a richieste cognitive, interpersonali e sociali. Il soggetto sarebbe pertanto un agente attivo orientato al conseguimento degli obiettivi ipnotici, che risponde in conformità alle attese (Spanos e Chaves, 1989); la persona interpreterebbe le suggestioni dell'ipnotista e si comporterebbe di conseguenza per adeguarsi alle aspettative.

Secondo Guantieri (1973), il quale cerca di integrare le diverse prospettive teoriche, l'ipnosi può essere considerata sia come stato psicofisico sia come rapporto interpersonale, aspetti tra loro intimamente correlati. Lo stato è riferibile all'insieme delle condizioni neuropsicofisiologiche che caratterizzano l'ipnosi e la distinguono dalle condizioni di veglia, sonno e sogno; la qualità del rapporto, d'altra parte, è l'elemento indispensabile per ottenere la fiducia e la collaborazione del soggetto. Il rapporto interpersonale favorisce l'instaurarsi dell'ipnosi la quale, a sua volta, influisce sulla relazione.

Chertok identifica lo stato di ipnosi con un "quarto stato organismico" che si differenzia dagli altri tre stati comuni all'uomo e all'animale: 1) lo stato di veglia, 2) lo stato di sonno non REM (nel quale si dorme, ma non si sogna), 3) lo stato di sonno REM (nel quale si verifica l'attività onirica); "Il rapporto ipnotico", invece, si riferisce all'insieme delle condizioni neuro-psicofisiologiche che determinano la reciproca relazione interpersonale ipnologo-soggetto a partire dal momento in cui l'induzione ipnotica ha preso avvio a quello in cui la deipnotizzazione è terminata. Sia "lo stato" sia "il rapporto" si manifestano attraverso modalità di comportamento più semplici rispetto a quelle che caratterizzano il soggetto-adulto "normale" in condizioni di veglia. Variazioni nella persona in ipnosi comportano variazioni nell'ipnologo e viceversa, di conseguenza "stato" e "rapporto ipnotico" sono inseparabili: il rapporto aiuta ad avviare e a mantenere lo stato, quest'ultimo, a sua volta, influenza il rapporto.

La definizione di Guantieri appare tuttora attuale in quanto comprensiva sia dello stato che della relazione. Partendo da questo presupposto è possibile quindi descrivere l'ipnosi come uno stato di coscienza modificato in cui il soggetto conserva la capacità di reagire

agli stimoli dell'operatore attraverso un canale di rapporto specifico, dinamico ed orientabile con l'operatore stesso.

Fenomenologia ipnotica

Durante l'ipnosi si assiste alla modificazione temporanea e funzionale delle sensazioni, delle percezioni, dei pensieri, della consapevolezza, della memoria e dei comportamenti. La trance ipnotica è strettamente correlata alla fisiologia ed alla struttura del sistema nervoso centrale e autonomo ed è connessa con i tratti personologici, con le aspettative del soggetto, con il contesto e con la qualità della relazione con l'ipnotista (Ducci, 2004).

La fenomenologia ipnotica, ossia i segni rilevabili e visibili nel soggetto in ipnosi, è di solito collegata alla profondità dello stato ipnotico. Nel corso dell'ipnosi si verificano quindi dei cambiamenti che sono osservabili clinicamente e sperimentalmente. Tali modificazioni riguardano:

- l'attenzione
- la percezione di sé
- la percezione del tempo
- il linguaggio
- il pensiero critico
- la memoria
- l'attività immaginativa
- l'aspetto del soggetto

La qualità dell'ipnosi varia da una persona all'altra, per questo motivo l'esperienza del soggetto ipnotizzato è del tutto soggettiva. Nell'ipnosi clinica è opportuno tener presente alcuni principi fondamentali: il primo riguarda l'unicità di ogni essere umano, della sua storia personale e delle sue risposte; il secondo principio è che ogni soggetto avrà un proprio modo personale di sperimentare l'ipnosi; il terzo principio riguarda la multidimensionalità dell'esperienza ipnotica che comprende aspetti cognitivi, comportamentali, emotivi, spirituali, relazionali e fisici (Yapko, 2011).

Generalmente le manifestazioni fisiche sono gli unici indicatori che consentono di valutare l'esperienza interna dell'individuo. La maggior parte dei processi ipnotici comporta una

condizione di rilassamento della mente e del corpo che altera la percezione di sé del soggetto. Progressivamente possono manifestarsi spasmi muscolari involontari causati dalle modificazioni che si verificano a livello neurologico; gli occhi possono iniziare a lacrimare e, nel momento in cui il soggetto sperimenta l'ipnosi, le sue palpebre inizieranno a battere in maniera veloce e in modo inconsapevole. Un altro segnale è rappresentato dalla modificazione del ritmo respiratorio e della frequenza cardiaca che può risultare accelerato o rallentato. La stessa mandibola del soggetto andrà incontro ad una forma di rilassamento. L'inibizione dei movimenti volontari, condizione nota con il termine di "catalessia", sarà espressione del grado di assorbimento dell'esperienza ipnotica. Le modificazioni sensoriali, inoltre, saranno avvertite in maniera differente da una persona all'altra, alcune, infatti, entreranno maggiormente in contatto con il proprio corpo, altre si distaccheranno completamente da esso (*Ibid.*).

Per quanto riguarda le caratteristiche psicologiche il paziente presenta una scarsa iniziativa, risulta concentrato e completamente assorbito dalla voce dell'operatore, dal suo compito o da un'immagine. Ci sarà in lui un aumento della capacità di risposta ideomotoria ovvero della risposta motoria o fisica, determinata dal prevalere di un'idea, per cui se il soggetto pensa qualcosa è portato a realizzarla (Antonelli, 2003).

Il paziente verrà incoraggiato al cambiamento e l'aspettativa gli permetterà di accogliere ed accettare le suggestioni che soddisfano tale cambiamento, ciò che emerge, inoltre, è la tendenza al letteralismo ossia all'interpretazione in maniera letterale delle comunicazioni. L'attenzione sarà selettivamente focalizzata sulle suggestioni date dal terapeuta e sulle associazioni che queste ultime suscitano, questo porterà alla separazione tra mente conscia e inconscia, condizione nota come "dissociazione". Gli elementi attentivi e dissociativi aumenteranno la responsività alle suggestioni (Yapko, 2011). Grazie all'aumentata flessibilità cognitiva, si può assistere alla momentanea e reversibile sospensione dei meccanismi di controllo cognitivi superiori e questo processo dissociativo porterà alla perdita temporanea della capacità di integrazione fra il livello cognitivo e quello emotivo-motivazionale (Gruzelier, 2006).

Un aspetto importante dell'ipnosi è rappresentato quindi dalla flessibilità a livello cognitivo e percettivo; le "distorsioni cognitive", ossia gli errori che il soggetto compie nell'elaborare le informazioni, sono presenti, infatti, in diversi disturbi, per cui le modificazioni percettive

create dal terapeuta permetteranno di agire su di esse agevolando la ristrutturazione cognitiva e ottenendo risultati positivi per la qualità della vita del paziente (Yapko, *op. cit.*). Un contributo importante alla letteratura dell'ipnosi è quello dato da Martin Orne (1959), il quale afferma che una delle caratteristiche più importanti dell'esperienza ipnotica è la capacità di tollerare le incongruenze e le incoerenze che derivano dalle suggestioni e che sarebbero motivo di disturbo durante lo stato di "veglia". Lo studioso definisce questo fenomeno: la "logica della trance".

Bisogna considerare che non tutti si lasceranno guidare dalle suggestioni del terapeuta, la risposta individuale dipenderà quindi dall'ipnotizzabilità innata dell'individuo, dal contesto e da altri fattori che includono: il saper rendere le suggestioni accettabili per il paziente e l'abilità sia dell'operatore che del soggetto di essere creativi e flessibili (Brann, Owens, Williamson, 2012).

Ipnosi Ericksoniana e Psicoterapia ipnotica

L'ipnosi fino alla metà del novecento ha avuto un percorso somigliante a quello di un fiume carsico ovvero ha alternato periodi di ombra a brevi periodi di luce, emergendo e scomparendo a causa di un modo di pensare tipico di quel tempo e appartenente a un gruppo di studiosi in materia (Mosconi, 2008).

A metà del secolo emerge la figura dello psichiatra statunitense Milton H. Erickson (1901-1980), fondatore della Società Americana di Ipnosi Clinica. Erickson ebbe una difficile storia personale essendo stato colpito dalla poliomielite in tenera età, ma questa condizione lo spinse a sviluppare altre risorse, quali la capacità di osservare e di farsi ascoltare. Egli, come già Freud per la psicologia clinica, apportò una vera e propria rivoluzione nella pratica ipnotica. La nuova ipnosi o ipnosi neo-ericksoniana si basa su un approccio alla psicoterapia e al rapporto con il paziente del tutto originale, Erickson capovolge la visione freudiana dell'inconscio e poggia la terapia ipnotica su dei principi innovatori che si basano non più sulla potente figura dell'ipnotista, bensì su quella della persona, sul recupero delle sue risorse, sulla capacità di auto-guarigione del paziente, a partire dal proprio inconscio e, sulla funzione di catalizzatore svolta dallo psicoterapeuta.

Le metodologie che la rivoluzione ericksoniana ha lasciato mirano a rivalutare il ruolo della relazione terapeutica e a considerare la guarigione come il prodotto della riorganizzazione

di pensieri, modi di vedere, ricordi e percezioni “attraverso” la relazione ipnotica (Loriedo, 1978; 1995; 2000).

Erickson ha avuto un ruolo importante nel dare avvio alla moderna psicoterapia, egli sosteneva che il poter comunicare con la mente inconscia del soggetto in ipnosi, attraverso una vasta gamma di meccanismi suggestivi, consente di andare incontro ai bisogni del soggetto in maniera rispettosa, senza che questi si debba confrontare con le sue limitazioni cosce. Questo tipo di comunicazione permette, inoltre, di rispettare maggiormente l'integrità personale, in quanto il paziente non sarà spinto ad accettare a livello cosciente i valori del terapeuta e a conformarsi alle sue teorie (Yapko, 2011).

Diversamente dalla psicoanalisi tradizionale che considera l'“inconscio” come il “luogo” in cui dominano condizioni pulsionali conflittuali, lo psicoterapeuta ericksoniano ne enfatizza il ruolo come risorsa e l'inconscio sarà identificato con il “luogo” nel quale vengono immagazzinate informazioni ed esperienze apprese nel corso della vita. Diversi studi hanno dimostrato che l'emisfero sinistro ovvero quello dominante nei soggetti destrimani, è specializzato maggiormente nelle funzioni che riguardano il sistema linguistico, logico, matematico, della lettura e della scrittura, mentre l'emisfero non dominante è specializzato per l'immaginazione, la creatività, la visualizzazione, le emozioni, ed altre funzioni. Tale emisfero utilizzerà l'esperienza sensoriale (come le immagini visive) ed avrà una grande influenza sull'agire dell'uomo. Per il modello ericksoniano nell'emisfero sinistro è collocata la parte conscia della mente, che agisce secondo il principio di realtà, nell'emisfero destro è collocata la parte inconscia, che agisce seguendo il principio del piacere. Studi recenti hanno individuato nell'emisfero destro la regione in cui viene ricostruita l'immagine di un oggetto, le funzioni associative possono essere quindi localizzate in questo emisfero ed Erickson assegna ad esso la funzione di una responsività particolare all'ipnosi ed alla suggestione (Mosconi, Benatti, Casula, et. al. 1995).

Per Erickson il suo metodo: *“presenta un modo di operare orientato nel senso della riabilitazione psichica assai più di quanto lo sia il metodo di costringere il paziente ad assimilare le idee dell'ipnotista circa il modo di risolvere un conflitto”*.

Il terapeuta fornisce sostegno e rassicurazione e guida verso la comprensione delle indicazioni dell'inconscio per produrre cambiamenti terapeutici secondo i bisogni del singolo, questi ultimi saranno diversi da un soggetto all'altro e richiederanno quindi interventi differenti e flessibili. Attualmente Erickson può essere considerato l'interprete

evoluto del ruolo e dell'uso di quel particolare "stato di coscienza" che non è inteso come un fine a se stesso, ma come un mezzo per il cambiamento e la guarigione (Mosconi, 2008). La sua efficacia terapeutica e la sua abilità nell'impiego dell'ipnosi e delle suggestioni indirette hanno stimolato un'analisi scrupolosa dei suoi metodi e, i successi raggiunti da chi lo ha seguito hanno dimostrato la validità degli approcci indiretti in psicoterapia (Yapko, 2011).

L'ipnosi può essere impiegata in psicoterapia in due modi: per suggerire un miglioramento dei sintomi e per insegnare delle abilità specifiche (cognitive, relazionali, comportamentali) che permetteranno al soggetto di affrontare meglio le sue problematiche e i suoi sintomi. L'induzione dell'ipnosi seguita dalle suggestioni per attenuare i sintomi costituisce l'utilizzo più superficiale dell'ipnosi, mentre le applicazioni più complesse si riferiscono a tutte quelle tecniche in grado di risolvere i conflitti più profondi e che consentono al soggetto di acquisire le capacità necessarie per risolvere i suoi problemi attuali e prevenire, se possibile, quelli futuri, favorendo la sua evoluzione verso un'esistenza più positiva e soddisfacente.

La pratica ipnotica, grazie anche all'utilizzo della metafora terapeutica si trasforma in strumento efficace di comunicazione. L'uso della sorpresa e del paradosso spinge il paziente verso la riscoperta delle proprie risorse.

La nuova ipnosi, introdotta da Erickson, si basa su due concetti innovativi: l'utilizzazione, intesa come "filosofia di intervento" che pone al centro dell'induzione la relazione ipnotista-ipnotizzato e, il "*tayloring*" ("cucire su misura") attraverso il quale si abbandona l'approccio standard di induzione per dirigersi verso una modalità più elastica e adattabile alle caratteristiche del singolo (Del Castello, Casilli, 2007).

L'ipnotista assume il ruolo di una "guida intelligente" che cerca di stabilire una solida alleanza terapeutica con il paziente. Per Erickson l'ipnosi non altera né la persona né la sua esperienza di vita passata, bensì le permette di conoscere di più su se stessa e di esprimersi in maniera più adeguata (Mosconi, Benatti, Casula, et. al. 1995).

Le caratteristiche di una psicoterapia basata sull'ipnosi possono essere suddivise come segue (Valerio, Mammini, 2009):

- creazione e uso del *rapport*, in cui il terapeuta sarà impegnato in modo attivo (Ducci, 2000; Loredio e Valerio, 2008): il lavoro continuo per condividere la visione

del mondo dell'altro attraverso un'osservazione approfondita delle comunicazioni del paziente porterà rapidamente ad una sintonizzazione emotiva e comportamentale (Del Castello, Casilli, 2007) che è caratteristica della relazione ipnotica e assomiglia alla relazione primaria con la madre. Lo stesso entrare in trance rappresenta una metafora concreta di questa relazione che sottolinea l'idea di lasciarsi andare per affidarsi alle cure di un genitore amorevole.

Erickson, in particolare, definisce il *"rapport"* come: *"un fenomeno stabile delle trance ipnotiche [...] uno stato di armonia tra il soggetto e l'ipnotista in cui il primo dipende dal secondo quanto agli stimoli che lo motivano e lo guidano, ed è un po' simile al transfert della situazione psicoanalitica"*. Aggiunge anche che esso *"dà modo all'ipnotista di rimanere in pieno contatto con il soggetto mentre per il resto del mondo l'ipnotizzato non è che un oggetto che non reagisce"* (Erickson, 1975);

- accesso a stati diversi della coscienza, dove la trance esprime un'amplificazione delle comuni potenzialità umane (Barber, 1974) in grado di favorire processi trasformativi che possono essere usati a fini terapeutici. Tra questi processi sono inclusi:

- la suggestione:

che grazie all'opera di Erickson (1967) sarà intesa in maniera più raffinata rispetto a come veniva considerata nei periodi precedenti. Essa permette di comunicare a più livelli tenendo conto della complessità della mente umana (Erickson, Rossi e Rossi, 1976; Del Castello, Casilli, 2007);

- ideodinamismi:

si riferiscono alla tendenza naturale a "credere nell'immaginato" (Gulotta, 1980) tipica del processo ipnotico. Gli ideodinamismi sono collegati al concetto di suggestione e portano alla produzione dei fenomeni ipnotici classici (ideomotori e ideosensori), per cui suggerimenti del tipo: "Il tuo braccio è di legno" oppure "La tua mano è avvolta in un guanto di gomma massiccia" possono portare a delle modificazioni dell'attività motoria o sensoria che provocheranno la catalessia o l'analgesia. fenomeni ipnotici:

in ipnosi è possibile sperimentare dei comportamenti che consentiranno di allargare le potenzialità dell'individuo, essi si manifesteranno in maniera differente da un individuo all'altro e possono essere suddivisi in: fenomeni ideomotori, alterazioni della memoria, alterazioni della percezione (come

l'analgnesia) e, alterazioni della percezione del tempo (Del Castello, Casilli, 2007; Edgette ed Edgette, 1995). Nell'approccio basato sull'ipnosi, come lo è quello di Erickson, usare in maniera strategica suggestioni, ideodinamismi e fenomeni ipnotici permette alla psicoterapia di utilizzare i sistemi auto-difensivi, auto-correttivi e auto-regolativi contenuti nel patrimonio psicobiologico e antropologico-culturale dell'uomo (Jaynes, 1976; Lapassade 1976; Del Castello, 2008) allo scopo di produrre cambiamenti cognitivi, emozionali, comportamentali e relazionali nei soggetti.

Ipnoterapia e/o psicoterapia ipnotica

L'ipnoterapia (o ipnositerapia) è un metodo terapeutico utile nel trattamento dei disturbi fisici e psicologici, essa si avvale dell'ipnosi a scopo terapeutico e rappresenta una modalità originale della moderna psicoterapia.

Tuttavia, è necessario distinguere tra "ipnoterapia" e "ipnopsicoterapia", la prima è considerata una branca della Medicina Complementare e Alternativa (CAM), la seconda è considerata una procedura di base della psicoterapia da alcuni organismi di coordinamento quali: il Consiglio del Regno Unito per la Psicoterapia (UKCP), L'Associazione Europea per la Psicoterapia (EAP), e il Consiglio Mondiale per la Psicoterapia (WCP). L'avvento della psicoanalisi, ad opera di Freud, ha influenzato notevolmente la cultura del novecento e il termine "psicoterapia" ha assunto ampie connotazioni, includendo al suo interno molteplici terapie psicologiche. Con lo sviluppo di nuovi modelli e tecniche la moderna ipno-psicoterapia ha cercato di beneficiare dei progressi avvenuti, ri-assimilando al suo interno aspetti di altre branche della psicoterapia. Generalmente, la moderna ipnopsicoterapia prende concetti e tecniche dall'ambito della psicoterapia stessa.

L'ipnosi clinica è uno strumento terapeutico che non è obbligatoriamente abbinato a uno specifico orientamento teorico o pratico, molti terapeuti utilizzano il termine "ipnoterapia" per descrivere quello che fanno, ma questa definizione si riferisce soltanto all'utilizzo dell'ipnosi e della suggestione in senso generico e non spiega in maniera precisa ciò che il terapeuta dice realmente e fa con i propri pazienti (Yapko, 2011).

Negli ultimi anni l'affermarsi in psicoterapia degli approcci cosiddetti “*evidence-based*” (trattamenti supportati empiricamente) ha permesso all'ipnosi, anche se in combinazione con approcci soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale, di ottenere una validazione empirica della sua efficacia, che le assicurano una posizione inalienabile nell'ambito della psicoterapia. Inoltre, in situazioni specifiche, l'ipnosi è in grado, attraverso modalità inaccessibili ad altri approcci, di favorire condizioni generali che permettono il cambiamento terapeutico oppure di effettuare procedure altrimenti non praticabili (Valerio, Mammini, 2009).

L'evidenza della sua efficacia è reale e aumenta sempre di più, l'ipnosi clinica mostra diverse sfaccettature e ciascuna di queste rimanda ad una dimensione diversa del fenomeno. Attualmente l'orientamento della pratica clinica accentua l'aspetto empirico e ai clinici di ogni settore viene richiesto di spiegare e giustificare l'utilizzo dei propri metodi attraverso la presentazione di dati oggettivi che garantiscono la validità degli interventi. Il campo dell'ipnosi è stato influenzato in maniera considerevole dai “trattamenti supportati empiricamente” e negli ultimi anni, per verificare se e in che modo l'ipnosi contribuisce agli effetti positivi del trattamento, sono state effettuate ricerche importanti i cui risultati sono a disposizione dei clinici appartenenti a qualsiasi orientamento (Yapko, 2011). L'ipnosi moderna può essere impiegata sia come strumento all'interno di altri modelli di psicoterapia, sia come intervento psicoterapico “di per sé”. Per Yapko (2011): *“In generale tuttavia si può affermare con certezza che l'ipnosi in realtà contribuisce a migliorare i risultati della terapia”*.

La natura multicomponentiale della moderna ipnosi clinica la rende uno strumento efficace e flessibile. L'ipnosi può aumentare la motivazione, l'attenzione, la capacità di risposta ai suggerimenti e può migliorare il rilassamento e la visualizzazione, essa può essere quindi in grado di valorizzare altre forme di psicoterapia. Lo sviluppo e la pubblicazione di un'ampia ricerca di base ha permesso all'“eclettismo tecnico” evidence-based, la mescolanza e la congruenza di tecniche con provata efficacia. L'“Eclettismo tecnico” rappresenta una forma di integrazione clinica orientata maggiormente in senso tecnico. Tale concetto è stato coniato da Arnold Lazarus (1967) per indicare la possibilità per il clinico di utilizzare più tecniche derivanti da differenti scuole senza uniformarsi necessariamente alla griglia teoretica delle scuole stesse.

L'integrazione tra psicoterapie può essere definita come (Stricker, 1994): *“Il tentativo di oltrepassare i confini di ogni singolo approccio per comprendere cosa può essere appreso da altre prospettive”*. Il movimento integrativo ha diviso la storia della psicoterapia che precede e segue gli anni trenta (Carrere, 2002), per decenni, infatti, il campo della psicoterapia è stato segnato da una profonda divisione e segregazione di teorie e metodi (Gold e Stricker, 2006). Ciò che ha spinto la ricerca sull'integrazione è stata di fatto l'inadeguatezza percepita dal clinico rispetto all'impatto terapeutico delle proprie tecniche (Norcross e Halgin, 2005). Ci sono stati molti tentativi di integrare differenti correnti di pensiero e tecniche terapeutiche.

In letteratura è possibile trovare quattro modalità di integrazione tra differenti approcci psicoterapeutici:

- l'eclettismo tecnico: prevede l'applicazione sistematica e sequenziale di tecniche e interventi tratti da due o più sistemi psicoterapeutici;
- l'approccio dei fattori comuni: cerca di individuare i fattori terapeutici fondamentali condivisi da tutti i metodi efficaci di psicoterapia;
- l'integrazione teoretica: prevede la fusione delle teorie, oltre che delle tecniche e, si riferisce alla possibilità di integrare due o più correnti di pensiero in una terza che possa assicurare migliori risultati clinici;
- l'integrazione assimilativa: si basa sulla adesione ad una posizione teorica centrale, ma include al suo interno posizioni e tecniche di altri modelli di psicoterapia.

Il modello assimilativo è il più recente modello di integrazione psicoterapeutica e comprende sia l'“integrazione teoretica” che l'“eclettismo tecnico” (Gold e Stricker, 2006). Tale modello permette di integrare i risultati teorici ed empirici per raggiungere la massima flessibilità ed efficacia nell'ambito di un quadro di riferimento teorico (Alladin, 2012). Questo approccio è ben illustrato dalla terapia integrativa psicodinamica sviluppata e descritta da Gold e Stricker (2001, 2006).

L'ipnoterapia cognitiva (CH), ottenuta dalla combinazione dell'ipnoterapia con la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), ha raggiunto numerosi progressi negli ultimi venti anni, tra questi emergono (Alladin, 2012):

- a) l'applicazione ad una vasta gamma di disturbi psicologici e medici;

- b) la metodologia chiara e le misure volte a facilitarne la replicabilità;
- c) la validazione empirica, le meta-analisi (un'analisi dei risultati di numerose singole ricerche su uno specifico tema) e le *reviews*;
- d) la concettualizzazione come modello riconosciuto di psicoterapia integrativa;
- e) l'aumento delle pubblicazioni nel campo.

Le tecniche cognitive, comportamentali e ipnotiche forniscono le basi per l'ipnoterapia cognitiva, anche nota come ipnoterapia cognitivo-comportamentale. (Golden, 2012). L'ipnoterapia cognitiva e l'ipnoterapia cognitivo-comportamentale possono quindi essere usate in maniera interscambiabile ed entrambe enfatizzano l'integrazione delle strategie cognitivo-comportamentali con l'ipnosi (Alladin, 2012).

I principali modelli di terapia comportamentale pongono al centro dell'intervento clinico il comportamento osservabile del paziente in relazione al suo ambiente, mentre i modelli di terapia cognitiva pongono al centro dell'attenzione il tipo di conoscenza che il paziente ha di sé, degli altri e della realtà esterna in generale (Fulcheri, 2005).

La CH in particolare è considerata come un modello assimilativo di psicoterapia integrata, essa usa la CBT come teoria di base e quest'ultima fornisce, a sua volta, una teoria unificante della psicoterapia e della psicopatologia ed effettivamente integra la teoria e la pratica clinica. La CBT è, inoltre, tecnicamente eclettica ovvero nonostante la maggior parte delle tecniche utilizzate siano "comportamentali" o "cognitive", essa di solito utilizza anche tecniche provenienti dalle varie psicoterapie (Alladin 2012). Bisogna tenere presente che nella CBT le tecniche non sono scelte in maniera arbitraria, bensì sono selezionate all'interno della teoria della formulazione del caso che serve come base per un piano di trattamento individualizzato e come guida per il processo terapeutico (Needleman, 2003; Persons, 1989; Persons e Davidson, 2001; Persons, Davidson e Tompkins, 2001). L'impiego di approcci multipli per la formulazione e la pianificazione del trattamento consente di integrare le strategie cognitive ed ipnotiche con una varietà di sindromi (Alladin, 2012).

Validazione empirica dell'ipnoterapia cognitiva

Attualmente è possibile trovare numerose prove cliniche, meta-analisi e reviews che dimostrano l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento e nel miglioramento di alcune condizioni

cliniche, in particolare in combinazione con l'approccio cognitivo-comportamentale e negli ultimi anni, diversi organismi medici hanno rivolto la loro attenzione all'ipnosi.

Una meta-analisi condotta su 18 studi dimostra che l'aggiunta dell'ipnosi accresce sostanzialmente il risultato della terapia, la media dei pazienti che ha ricevuto l'ipnoterapia cognitivo-comportamentale raggiunge miglioramenti apprezzabili rispetto al 70% dei pazienti che non ha ricevuto il trattamento ipnotico. Gli effetti sembravano particolarmente evidenti nel trattamento dell'obesità, specialmente nel *follow-up* a lungo termine. Diversamente dal trattamento non ipnotico, quando il trattamento era combinato con l'ipnosi i pazienti continuavano a perdere peso anche dopo la conclusione del trattamento. (Kirsch, Montgomery e Sapirstein, 1995). Uno studio sull'ansia mostra che l'aggiunta dell'ipnosi aumenta significativamente l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (Sullivan, Johnson e Bratkovitch, 1974). Alladin (2007a, 2008) ha descritto l'applicazione della CH con un range di disturbi emotivi e problematiche di interesse medico. La sua descrizione fornisce chiare linee guida di come incorporare varie tecniche ipnotiche nel contesto della terapia cognitivo-comportamentale per amplificare l'esperienza terapeutica e accrescere l'effetto del trattamento. Alcune condizioni cliniche come il trattamento per il disturbo acuto da stress (Bryant et al., 2005), per la depressione (Alladin e Alibhai, 2007), per il dolore (Elkins, Jensen e Patterson, 2007; Elkins, Johnson e Fisher), e per il disturbo somatoforme (Moene et al., 2003) sono state già state sottoposte a validazione.

Diversi studi, inoltre, supportano empiricamente l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi (Frederick, 2007), post-traumatici (Lynn e Cardena, 2007) e alimentari (Barabasz, 2007).

Una recente review di David M. Wark (2008) intitolata "Quello che possiamo fare con l'ipnosi: una breve nota" identifica oltre trenta studi aggiuntivi sull'ipnoterapia che mettono in evidenza la scientificità dell'utilizzo dell'ipnosi in contesti clinici e terapeutici, essi sono classificati usando i criteri rivisitati di Chambless e Hollon (1998), come: "possibili", "efficaci" o "specifici" trattamenti supportati empiricamente.

Un trattamento è considerato "specifico" se gli studi sono stati realizzati su 25 o più soggetti comparati con gruppi di controllo, se è stato realizzato un protocollo di intervento e di conseguenza lo studio è replicabile e se mostra una significativa efficacia rispetto al gruppo di controllo. Il risultato deve quindi essenzialmente mostrare che il trattamento è in

maniera significativa più efficace rispetto a un placebo oppure deve essere equivalente ad un altro trattamento supportato empiricamente; un trattamento è considerato “efficace” se i risultati dello studio originale sono stati replicati in almeno due studi successivi realizzati in laboratori differenti e quando i dati che supportano il trattamento in questione si mostrano predominanti nel momento in cui ci sono dati in conflitto provenienti da altri studi; infine un trattamento è considerato “possibile” se l’ipnosi si rivela efficace nello studio esaminato, in relazione al gruppo di controllo, ma la ricerca non è ancora stata replicata oppure non esiste un protocollo che ne permette la replica in altri contesti (Robertson, 2009).

I risultati più significativi sono stati ottenuti nel trattamento del dolore, dell’ansia e della perdita di peso. Nel complesso tre studi (ansia dovuta all’asma, al parlare in pubblico e al dover sostenere un esame) forniscono evidenze per l’efficacia dell’ipnoterapia come trattamento per l’ansia. Uno studio recente di A. Alladin che fornisce un supporto per l’uso dell’ipnosi nel trattamento della depressione, soddisfa i criteri dei “possibili” trattamenti supportati empiricamente. La maggior parte degli altri studi fornisce evidenze correlate al trattamento del dolore acuto o cronico e ad alcune condizioni mediche psicosomatiche oppure correlate allo stress come ad esempio l’insonnia e l’emicrania (*Ivi.*). Diverse prove empiriche, inoltre, mostrano risultati positivi per il trattamento di alcune situazioni specifiche come la dipendenza dal fumo, l’anoressia e la bulimia.

Recentemente *l’American Journal of Clinical Hypnosis* ha pubblicato una raccolta di articoli che dimostrano l’utilità dell’ipnoterapia cognitiva in diverse condizioni cliniche:

- Disturbo dell’umore (depressione maggiore)
- Disturbo d’ansia
- Disturbo post-traumatico da stress
- Disturbo del comportamento alimentare (bulimia)
- Disturbo dissociativo
- Trattamento del dolore

Altre applicazioni cliniche riguardano:

- Disturbo di panico
- Trattamento delle fobie
- Disturbo ossessivo-compulsivo •
- Trattamento dell’alcolismo e della tossicodipendenza

- Disturbo dell'adattamento

Lecture consigliate:

G. Mosconi: Questa è l'ipnosi. Storia, tecniche e successi di una terapia tutta da scoprire. Firenze Atheneum.

M.H. Erickson: La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici. Astrolabio.

G. De Benedittis, E. Del Castello e C. Valerio: Dall'ipnosi ericksoniana alle neuroscienze. L'ipnosi fra scienza, cultura e tecnica terapeutica. Franco Angeli

G. Mosconi: Ipnosi neo-ericksoniana: la psicoterapia e il training ipnotico. Franco Angeli

M.D. Yapko: Lavorare con l'ipnosi. Un'introduzione alla pratica clinica. Franco Angeli

E. Del Castello, C. Casilli: L'induzione Ipnotica, Manuale Pratico. Franco Angeli

Alladin, A. (2008). Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to treatment of emotional disorders. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.