LA NEWSLETTER
del MILTON ERICKSON INSTITUTE di TORINO
ipnosi e disturbi ossessivi

Cari Lettori,
tante le novità che trovate sul nostro sito http://www.ericksoninstitute.it. A settembre è uscito il nostro libro "Accompagnare", ordinabile online, dedicato a tutti coloro che si trovano ad assistere un malato terminale. Ora siamo anche su Twitter per cui invitiamo tutti a seguirci e per chi non l'avesse ancora fatto, a cliccare "mi piace" sulla nostra pagina FB e ad iscriversi alle notifiche per essere sempre informati con le nostre news. Altra novità di rilievo è che per il prossimo Master 2013 sono stati richiesti 50 crediti ECM. Nella newsletter di questo mese parliamo di disturbi ossessivi-compulsivi e di come è possibile intervenire su le rigidità che ne derivano grazie all'ipnosi. Buona lettura a tutti!

Lo staff del Milton H. Erickson Institute di Torino

[IPNOSI E NEUROSCIENZE]

a cura di Alessandro Piedimonte

Ossessioni e compulsioni. Divincolarsi dalla rigidità grazie all'ipnosi

Sebbene spesso considerato come una sindrome compatta ed unica, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) sembra essere caratterizzato da differenti componenti.
Le ossessioni sono idee, pensieri, impulsi o immagini persistenti, vissute come intrusive e inappropriate. Questi pensieri intrusivi sono fonte di continua ansia o disagio, sono riconosciute come eccessive o irragionevoli e come il prodotto della propria mente. Le compulsioni sono invece azioni concrete (come lavarsi le mani, riordinare, controllare) o mentali (per esempio, pregare, contare, ripetere mentalmente delle parole) ripetitive e rigide. L'obiettivo di questi rituali è spesso quello di prevenire o ridurre l'ansia ed il disagio causati dalle ossessioni. In un recente studio, è stato dimostrato come il disturbo ossessivo compulsivo produca un'attivazione minore in aree cerebrali, come la corteccia orbito-frontale, collegate allo sviluppo di comportamenti flessibili. Probabilmente, l'attivazione minore di queste aree, aiuta lo sviluppo delle rigide azioni osservabili nel disturbo. Non solo, questa minore attivazione si riflette anche sui famigliari dei soggetti affetti da DOC, dimostrando come questa patologia possa essere presente a livello di tutto il nucleo famigliare [1]. È interessante notare come ci sia una certa sovrapposizione tra le aree cerebrali coinvolte nel DOC e le aree su cui le induzioni ipnotiche vanno ad agire [2]. L'ipnosi, infatti, si è dimostrata un ottimo alleato a fianco di diverse psico-terapie, come la terapia cognitivo comportamentale, nel trattamento di tale disturbo. In particolare, la maggior parte degli studi che ne citano l'utilizzo fanno riferimento alla "dissociazione ipnotica", ovvero la capacità di scindere un'esperienza globale nelle sue componenti e di amplificare la consapevolezza su una delle componenti, diminuendone la consapevolezza sulle altre. Questo tipo di processo, servirebbe dunque ad aumentare la flessibilità cognitiva, riducendo al tempo stesso la rigidità dei rituali tipici del disturbo (rappresentata dalla fissazione su determinate idee e comportamenti). Diversi report di casi clinici hanno evidenziato come l'utilizzo della dissociazione si sia dimostrato utile in vari casi di DOC trattati congiuntamente con un approccio cognitivo comportamentale [3,4]. Vengono descritti i casi di una ragazza e due giovani con pensieri ossessivi catastrofici, ed una studentessa costretta a lunghe compulsioni mentali (ripetere mentalmente determinate parole). In tutti i casi riportati, l'affiancamento dell'ipnosi al classico procedimento psicoterapeutico ha favorito la remissione dei sintomi, restituendo ai pazienti una vita normale. In particolare, nel caso di un giovane ossessionato dal poter uccidere la madre, il trattamento si è rivelato rapido (remissione dopo 10 settimane di trattamento) e duraturo nel tempo (con un follow-up dopo 2 anni) [4]. Oltre alla dissociazione ipnotica, l'ipnosi può rivelarsi utile nel trattamento del DOC in virtù dell'elevato grado di rilassamento e riduzione dell'ansia che essa può indurre. I pazienti affetti da DOC, come precedentemente accennato, possono essere soggetti a forti livelli di ansia che si verificano quando, all'aumentare dei pensieri ossessivi, vengono meno le azioni compulsive. Questo accade perché tipicamente il paziente affetto da DOC evita l'ansia mettendo in atto le compulsioni. Tuttavia questo circolo porta ad un aumento sempre crescente dell'ansia ed alla cronicizzazione del disturbo. Per questo motivo, il tollerare e ridurre i livelli di ansia grazie all'ipnosi, è un passo estremamente importante per il trattamento del disturbo. Nonostante la limitata letteratura a riguardo, l'indice clinico di miglioramento a seguito dell'aggiunta del trattamento ipnotico, è un fattore di notevole importanza, anche se non pienamente supportato da un rigoroso controllo statistico. Questi studi, infatti, aprono le porte allo studio più rigoroso di tale pratica nella sintomatologia delle ossessioni [5].

Bibliografia

1. Chamberlain S.R., Hampshire A., Suckling J., Fineberg N.A., Del Campo N., Aitken M., Craig K., Owen A.M., Bullmore E.T., Robbins T.W. and Sahakian B.J. Orbitofrontal Dysfunction in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Their Unaffected Relatives. Science. 321(5887):421-422 (2008).
2. Halligan, P.W., Athwal, B., Oakley, D.A., Frackowiak, R.S.J. Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. Lancet. 355:986– 987 (2000).
3. Meyerson J. & Konichezky A. Hypnotically Induced Dissociation (HID) as a strategic intervention for enhancing OCD treatment. American Journal of Clinical Hypnosis. 53(3):169-181 (2011).
4. Kellerman J. Hypnosis as an adjunct to thought-stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsessions in a twelve-year-old boy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 29(2):128-135 (1981).
5. Frederick C. Hypnotically facilitated treatment of obsessive-compulsive disorder: Can it be evidence-based? International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 55(2): 189-206 (2007).

✓ I LIVELLO
CORSO DI IPNOSI INTRODUTTIVO
[16. 17 FEBBRAIO / 2. 3 MARZO] TORINO
Ipnosi, rilassamento e trance

✓ II LIVELLO
CORSO DI IPNOSI INTERMEDIO
[12.13.14 APRILE]
[26.27. 28 APRILE] TORINO
Ipnosi conversazionale o trance vigile

✓ MASTER POST-UNIVERSITARIO
AD ORIENTAMENTO ERICKSONIANO
[19. 20. 21 APRILE]
[24. 25. 26 MAGGIO] TORINO

✓ IPNOSI E COMUNICAZIONE
NON VERBALE
[13.14.15.16 GIUGNO] TORINO
Laboratorio di lettura, utilizzazione dei segnali del corpo

ATTIVITÁ FORMATIVE 2013

TERZA EDIZIONE
MASTER IN IPNOSI CLINICA
"50 CREDITI ECM RICHIESTI"

IN VENDITA
IL 1° VOLUME DI SUBLIVION EDIZIONI
"ACCOMPAGNARE"

[IPNOSI E CLINICA]

a cura di Mauro Cavarra

La terapia del disturbo ossessivo compulsivo con l'ipnosi

Il disturbo ossessivo-compulsivo, compreso tra i disturbi d'ansia, è caratterizzato da ossessioni e/o compulsioni spesso ego-distoniche [1].
Con il termine ossessioni non ci si riferisce semplicemente a pensieri fissi o a normali preoccupazioni, si tratta infatti di pensieri, impulsi, immagini o idee ricorrenti e persistenti che il soggetto percepisce come intrusive, inappropriate e che causano notevole stress ed ansia. Tali contenuti, estremamente difficili da scacciare una volta sopraggiunti, sono talmente invasivi che si presentano spesso contro la volontà del soggetto. Le compulsioni sono invece dei comportamenti, o atti mentali ripetitivi - come contare, pregare, ripetere parole - che la persona si sente costretta ad eseguire come reazione ad una ossessione o come conseguenza di regole interiori che il soggetto sente di dover applicare rigidamente. Tali atti sono eseguiti spesso in stato dissociativo (ovvero in uno stato di coscienza in cui il soggetto sente di agire in automatico, di non avere controllo sulle proprie azioni che a volte possono addirittura non essere ricordate) e vengono compiuti per contenere o prevenire eventi negativi che potrebbero presentarsi. Questi rituali possono anche non essere legati realisticamente agli eventi spiacevoli temuti (es. contare fino a cento per evitare che una persona cara venga coinvolta in un incidente stradale).
Il disturbo può arrivare a compromettere seriamente la qualità della vita degli individui che ne soffrono, in quanto sia le ossessioni che le compulsioni, specialmente se non trattate adeguatamente, tendono ad occupare sempre più tempo sottraendolo alle attività quotidiane.
Nonostante la terapia evidence-based più efficace secondo la letteratura scientifica sembri essere la terapia cognitivo/comportamentale, una percentuale di pazienti che varia nei diversi studi tra il 30% ed il 60% non risponde al trattamento.
Alcuni autori [2,3] ritengono che questa lacuna possa essere colmata servendosi di un approccio che oltre a migliorare le capacità di gestione dell'ansia dei pazienti, faccia fronte anche ai fattori che danno origine al disturbo. In un articolo recente [4] vengono illustrati tre casi di pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo trattati con l'ausilio di tecniche ipnotiche. Tali pazienti, ottenuti alcuni risultati grazie all'applicazione di protocolli cognitivo-comportamentali, non riuscivano a progredire oltre. Grazie all'utilizzo dell'ipnosi, in tutti e tre i casi descritti, i pazienti sono riusciti a concludere con successo la terapia e a mantenere stabili i risultati nel tempo. In particolare i ricercatori si sono serviti di tecniche che utilizzavano la tendenza alla dissociazione, tipica dei pazienti ossessivo-compulsivi, come risorsa per il trattamento.
Mentre i fenomeni dissociativi vengono comunemente intesi come un deficit di integrazione delle funzioni della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione [1], dal punto di vista ipnotico questo costrutto viene inteso come un'abilità che consente di scindere l'esperienza globale in componenti in modo da poter concentrare l'attenzione su una parte e ridurre la consapevolezza delle altre [5]. Questa abilità può essere sfruttata, nel caso dei pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, per consentirgli di allontanare i pensieri ossessivi in modo da tornare a dedicarsi alle attività quotidiane o per concentrarsi sul percorso terapeutico.
La letteratura scientifica sul trattamento ipnotico del disturbo ossessivo compulsivo, a differenza di quella riguardante gli altri disturbi d'ansia ormai piuttosto nutrita [6], attualmente comprende quasi esclusivamente descrizioni di singoli casi, ma pubblicazioni recenti indicano un crescente interesse verso la produzione di ricerche rigorose che possano dimostrare l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento di questa patologia [4].

Hypnotic therapy to treat obsessive-compulsive disorder

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is included among anxiety disorders and is characterized by obsessions and/or compulsions that are often egodystonic [1]. *Obsessions are not just frequent thoughts or normal worries, they are in fact thoughts, impulses, images or recurrent and persistent ideas that are perceived as intrusive, inappropriate and as a source of stress and anxiety. Such contents, extremely difficult to drive away once occurred, are so invasive that they often appear without subject's will. Compulsions are, on the other hand, repetitive behaviors or mental actions – such as counting, praying, repeating words – that the subject feels forced to act in response to an obsession or as a consequence of rigid internal rules. Such actions are often carried out in a dissociative state (that is a state of consciousness in which the subject feels that he is acting automatically, that he has no control over his/her own actions that sometimes can even be forgotten). These rituals may also be unrelated to the feared negative events (ex. counting up to 100 in order to prevent a car accident from occurring to a loved one).*
The disorder can severely compromise the quality of life of the affected individuals because both obsessions and compulsions, especially if not adequately treated, tend to occupy more and more time at the expense of everyday activities. Despite the fact that the most effective evidence-based therapy according to scientific literature appears to be cognitive-behavioral therapy, a portion of patients ranging from 30% to 60% does not respond to treatment. Some authors [2,3] *think that this gap can be filled with an approach that, along with enhancing the ability of patients to manage anxiety, faces the elements that cause the disorder. In a recent article4 three cases of patients affected by OCD and treated with hypnotic techniques are presented. These patients, once they had reached certain results thanks to the application of cognitive-behavioral protocols, were unable to progress further. With the use of hypnosis, patients successfully concluded therapy and their improvements remained stable. More in detail, researchers used techniques that utilized the tendency to dissociation, typical of OCD patients, as a therapeutic resource. While dissociative phenomena are commonly considered as a consciousness functions (such as memory, identity and perception)* [1] *integration deficit, from a hypnotic standpoint, this construct is viewed as a skill that allows to separate experiences in components in order to focus attention on one element and to reduce awareness of the others* [5]. *This ability can be used, in the case of OCD patients, to allow them to push away obsessive thoughts in order to engage in daily activities or to focus on therapeutic processes. Even if scientific literature on hypnotic treatment of OCD, unlike that regarding anxiety disorders* [6] *mostly comprises single case studies, recent publications indicate a growing interest toward the production of rigorous researches in order to demonstrate the efficacy of hypnosis in the treatment of this pathology* [4].

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
2. Frederick, C. (2002). Liberating Sisyphus: Hypnotically facilitated therapy for obsessive-compulsive disorder. Hypnos, XXIX, 99–105.
3. Frederick, C. (2007). Hypnotically facilitated treatment of obsessive-compulsive disorder: can it be evidence-based? International Journal of Clinical Experimental Hypnosis Apr; 55(2): 189-206.
4. Meyerson, J. (2011). Hypnotically Induced Dissociation (HID) as a strategic intervention for enhancing OCD treatment. American Journal of Clinical Hypnosis Jan;53(3); 169-181.
5. Lynn, S. J., Rhue, J. W., & Kirsch, I. (2010). Handbook of Clinical Hypnosis (2nd ed.).American Psychological Association (APA).
6. Golden, W. L. (2012). Cognitive Hypnotherapy for Anxiety Disorders. American Journal of Clinical Hypnosis; 54: 263-274.

[LA VOCE DI ERICKSON]

Un foruncolo sulla fronte

Un ragazzo di dodici anni continuava da due anni a toccarsi una ferita dovuta a un foruncolo sulla fronte e che ormai si era trasformata in un'ulcerazione permanente. Il padre e la madre avevano fatto ricorso a tutti i tipi idi punizione che conoscevano per impedirgli di toccarsi la ferita; anche gli insegnanti e i compagni di scuola avevano tentato di convincerlo; i medici gli avevano spiegato che la ferita poteva degenerare in cancro e l'avevano bendata e fasciata per non fargliela toccare. Ma il ragazzo infilava le dita sotto le bende per toccarla, dicendo che era un impulso che non riusciva a controllare.

Il padre e la madre del ragazzo facevano tutto il possibile, ma non erano d'accordo sull'entità della punizione. Il padre era arrivato all'estremo di privare il ragazzo di tutti i suoi giocattoli, gli aveva venduto la bicicletta, gli aveva rotto l'arco e le frecce. Alla fine i genitori decisero di portarlo da me. Parlai con la madre, per sapere qualcosa della situazione famigliare e nella speranza di trovare qualche elemento utile alla terapia. Così venni a conoscenza dei doveri e delle competenze che vigevano nella famiglia e in particolare del fatto che il figlio sbrigava alcune faccende domestiche: avevano un grande prato e un grande giardino di cui il ragazzo si prendeva cura. Seppi anche che la madre prendeva spesso le parti del figlio e che questi era molto in collera con il padre per le punizioni che gli aveva inflitto e soprattutto perché aveva rotto il suo arco. Scoprii inoltre che il ragazzo aveva un altro problema: quando scriveva tendeva ad omettere qualche lettera nelle singole parole. Spesso mi interesso del rendimento scolastico dei ragazzi e qualche volta trovo qualcosa di importante. Vidi insieme il padre e il figlio e cercai di definire con loro il concetto di proprietà. Presi come esempio il problema dell'arco. A chi apparteneva? Il padre ammise che l'arco era del figlio, glielo aveva regalato per il suo compleanno. Poi chiesi come si poteva curare una ferita. Ci trovammo tutti d'accordo sul fatto che doveva essere curata con fasciature e medicamenti di vario tipo. A questo punto domandai se si poteva usare l'arco per curarle e in che modo, rompendo l'arco, la ferita poteva guarire. Il padre era molto imbarazzato ed il figlio lo guardava con gli occhi sbarrati; il padre arrossì e cercò timidamente di cambiare discorso, allora mi rivolsi al figlio e gli domandai se in fin dei conti non pensava di poter onestamente riconoscere le buone intenzioni di suo padre, nonostante il suo stupido comportamento. Tutti e due furono costretti ad accettare queste conclusioni. Così il ragazzo poteva definire stupido il comportamento del padre, ma doveva anche riconoscere le sue buone intenzioni. Poi chiesi se dovevamo parlare ancora delle medicine che non servivano a niente, oppure se potevamo dimenticarcene e osservai: "Lei ha tentato inutilmente per due anni, ha rotto l'arco e ha venduto la bicicletta, ma le sue medicine non hanno mai funzionato. Ora cosa vuole fare?". Al ragazzo venne l'idea che avrei potuto fare qualcosa io. Risposi: "Va bene, lo farò, ma il modo in cui lo farò non ti piacerà perché farò qualcosa che eliminerà completamente la ferita anche se non ti piacerà affatto; però ti farà piacere che la ferita venga eliminata; questo senza dubbio ti farà piacere". Spiegai al ragazzo che avrebbe dovuto dedicare tutti i suoi week-ends alla terapia della ferita che aveva sulla fronte mentre il padre avrebbe trascorso il fine settimana sbrigando le faccende di cui in genere si occupava lui; il ragazzo guardò me e il padre con espressione di trionfo. Parlammo delle faccende da sbrigare, del prato da falciare e rastrellare, della cuccia del cane da pulire, delle erbacce da togliere nel giardino e così via. Poi domandai chi controllava il lavoro quando era finito; in genere era il padre a fare il controllo, allora dissi: "Bene, sabato mentre tu sarai occupato a curare la tua ferita e quindi non potrai farlo personalmente, dovrai uscire per controllare come se la cava tuo padre con il tuo lavoro". A questo punto il ragazzo divenne estremamente curioso di sapere cosa avrebbe dovuto fare durante il week-end per curare la sua ferita e io iniziai la mia tattica basata sull'uso delle digressioni: con un modo di fare molto lento ed esitante fino all'esasperazione spiegai nei dettagli la mia strategia terapeutica. In questo modo il paziente è tutto proteso nel desiderio di arrivare finalmente al punto per sapere che cosa diavolo dovrà fare; è convinto che il terapeuta abbia motivo di dare la prescrizione in quel modo per evitare di riversarla su di lui in maniera brusca, quindi aspetta che il terapeuta venga al punto e quando la prescrizione viene data è veramente motivato ad accettarla. Dissi al ragazzo che avevo notato che faceva molti errori di ortografia; faceva molti orrori di ortografia perché quando scriveva una parola spesso ometteva qualche lettera. Poi continuai: "Penso che dovresti iniziare a curare la tua ferita il sabato mattina verso le sei. Infatti le cose si fanno con molta serietà se ci si alza presto al mattino per farle e in effetti questa è una cosa seria. Naturalmente puoi iniziare dieci minuti prima invece di aspettare fino alle sei, oppure puoi farlo cinque minuti dopo, perché in effetti che differenza c'è se si aspetta cinque minuti?". Proseguii dicendo: "Puoi scrivere con una penna o con una matita. Alcune matite sono colorate, ma qualsiasi matita potrebbe andare bene. Potresti usare una penna stilografica o una penna biro. Per la carta, credo che sia meglio quella a righe, potrebbe essere di questa grandezza o poco più, insomma all'incirca grande così. Penso che tuo padre possa procurarti dei fogli abbastanza grandi di carta a righe". Alla fine gli dissi: "Penso che tu dovresti scrivere questa frase: 'Io non credo che sia una buona idea toccarmi la ferita sulla fronte'". Ripresi la frase con una lentezza misurata e dissi ancora: "Devi scriverla piano, scriverla accuratamente, scriverla attentamente. Quando hai finito la pagina conta tutte le righe poi scrivi di nuovo la frase lentamente e attentamente. Controlla sempre tutte le righe e tutte le parole perché non devi omettere nessuna lettera: non puoi omettere il benché minimo dettaglio, se vuoi guarire perfettamente una ferita come la tua". Gli dissi che non sapevo quanto tempo sarebbe stato necessario per la guarigione della ferita, ma pensavo che, poiché l'aveva avuta per due anni, ci sarebbe voluto almeno un mese. Comunque poteva controllarla allo specchio ogni 3 – 4 giorni perché così avrebbe potuto rendersi conto del miglioramento. In ogni caso, avrebbe dovuto continuare a scrivere per un altro weekend. Doveva iniziare alle sei del mattino e doveva fare colazione più tardi. Chiesi separatamente alla madre di fare in modo di preparare la colazione più tardi in modo che il figlio potesse avere una pausa. Ogni due ore doveva prendere qualcosa, un succo di frutta o un bicchiere d'acqua. Poi poteva controllare il lavoro del padre e quindi tornare a scrivere. Gli spiegai che la prima mattina avrebbe avuto male alla mano, in questo caso tutte le volte che smetteva di scrivere avrebbe dovuto aprire e chiudere la mano rapidamente per rilassare i muscoli. Probabilmente sarebbe stato più stanco, ma i suoi muscoli avrebbero acquistato scioltezza. Dissi che secondo me dopo la merenda avrebbe potuto ritenersi libero dai compiti e che tutto sommato non mi interessava che finisse esattamente alle quattro. Il fatto che per me fosse indifferente il momento in cui doveva smettere eliminava l'aspetto punitivo della prescrizione. Ad ogni fine settimana il ragazzo seguì il suo compito e mi portò con grande orgoglio e soddisfazione una incredibile quantità di fogli di carta che contenevano la frase che io gli avevo suggerito. Non fu neanche necessario che il padre ricordasse quello che doveva fare: i genitori stessi rimasero sbalorditi per l'impegno con il quale il figlio continuava a scrivere. La millesima pagina era pressoché perfetta. Avevo tenuto a precisare che avrei controllato io stesso gli scritti del ragazzo che, se voleva, poteva mostrarli ai genitori, ma in ogni caso il giudizio finale sarebbe toccato a me. Controllai pagina per pagina e gli dissi che avrei potuto farlo con molta rapidità, ma lui avrebbe potuto dirmi se c'era qualche pagina alla quale avrei dovuto dedicare maggiore attenzione. Fui così esonerato dall'esaminare accuratamente quello che aveva scritto. Quanto più il ragazzo scriveva, tanto più aveva la possibilità di controllare il lavoro del padre, quanto più scriveva tanto più doveva scrivere accuratamente; in ogni caso si sarebbe ottenuto un miglioramento. Questo approccio permise di eliminare la sua compulsione a toccarsi la ferita, sostituendola con una compulsione a scrivere della quale divenne veramente orgoglioso. Il padre disse: "Ho capito subito quello che dovevo fare e ho fatto un ottimo lavoro". Il figlio, dal canto suo, fu molto contento di essere riuscito a trovare una foglia sul prato. Il padre mise perfettamente in ordine il prato, il giardino, aggiustò il recinto e sbrigò molto bene tutte le altre faccende mentre il ragazzo scriveva la frase. Nel giro di un mese la ferita guarì. Un anno dopo non si era verificata alcuna ricaduta e per di più di quell'orribile ulcerazione cronica non c'era rimasta neppure una cicatrice. Misi i fogli del ragazzo nel cassetto in cui tenevo i documenti e gli chiesi per quanto tempo avrei dovuto tenerli; avrebbero potuto riempire completamente un archivio. Rispose che avrei potuto tenerli per qualche mese. Quando gli dissi che cosa avrei dovuto farne dopo, mi rispose: "Dopo sarà solo carta da gettare".

Liberamente tratto da Jay Haley. Terapie non Comuni, pag. 189. Astrolabio Editore.

La testimonianza

Caso clinico: Jack

Jack è un dentista di 30 anni che si è trovato in difficoltà a causa della sua paura ossessiva di contaminarsi durante gli interventi. Intraprese due anni di terapia cognitiva comportamentale combinata a Clomipramina. Nonostante questo, non ottenne sollievo, anzi i suoi sintomi peggiorarono.

Non sentiva di avere un rapporto adeguato col terapeuta. Il collega odontoiatra di Jack temeva che i comportamenti compulsivi di jack (triple mascherine e occhiali, strati multipli di guanti, pratiche di controllo, ruminazione eccessiva durante l'esecuzione di certe procedure, aspetto stralunato) avrebbero potuto danneggiare la sua professione. Insistette perché Jack cercasse altro aiuto.

Quando cominciai a trattarlo, durante le prime interviste diagnostiche, Jack mostrò punteggi normali di DES; SDQ-20, ed SDQ-5. Dopo alcuni mesi però risultò positivo a diversi item che indagavano amnesia ed ad altri che indagavano esperienze di derealizzazione e depersonalizzazione in SCID-D. descrisse anche flashback somatosensitivi come se avesse "qualcosa" nell'occhio e "sangue in bocca." Jack veniva da una famiglia caotica e rabbiosa. La nonna era considerata "apprensiva", e sua madre attuava rituali. Riportò un trauma di natura sessuale risalente al college dal quale però era emotivamente distaccato.

"Posso parlarne ma non sento assolutamente niente quando lo faccio."

A Jack venne prescritta Fluoxetina mentre la terapia veniva focalizzata sullo sviluppo dell'alleanza terapeutica, dell'aspettativa di guarigione, dell'autoipnosi, del senso di autostima e su interventi cognitivo comportamentali mirate al controllo dei pensieri.

Una volta che Jack cominciò a sperimentare un piccolo grado di padronanza sulla sua risposta al trattamento e che sviluppò un'aspettativa di guarigione, l'esplorazione ipnotica ebbe inizio. Dopo un anno di terapia settimanale, i suoi sintomi migliorarono, divenne più assertivo e divenne capace di rilassarsi e godersi sia il lavoro che il tempo libero. Conseguì l'abilitazione nella sua specialità dentistica, e abbandonò la collaborazione per avviare un proprio studio specializzato. Successivamente Jack venne lasciato dalla moglie, e fu in grado di fronteggiare questo evento appropriatamente.

Durante il suo secondo anno di trattamento, i suoi sintomi ed i suoi flashbacks svanirono gradualmente e Jack fu completamente libero dalle ruminazioni e dai comportamenti compulsivi. Continuò a venire da me due volte l'anno per delle visite di "controllo". Fino a tre anni dopo era ancora libero dai sintomi. A causa dell'importanza dell'influenza che le dinamiche familiari avevano sui sintomi di Jack, decidemmo che avrebbe mantenuto la fluoxetina.

Clinical case report: Jack

Jack is a 30-year-old dentist who encountered difficulties because of his obsessional fear of contamination while performing procedures. He had 2 years of CBT combined with clomipramine. However, he obtained no relief, and indeed, his symptoms worsened. He did not feel he had an adequate affective connection with the therapist. Jack's dental partner was concerned that Jack's compulsive behaviors (triple face masks and goggles, multiple layers of gloves, checking practices, excessive rumination about doing certain procedures, spacey appearance) would be dam-aging to their dental practice. He insisted that Jack get more help. When I began his treatment, Jack produced normal DES, SDQ-20, and SDQ-5 scores in his initial diagnostic interviews. Over a period of months, however, he subsequently endorsed many amnesia items and significant depersonalization and derealization items of the SCID-D. He also described somatosensory flashbacks of "something" in his eye and "blood in the mouth." Jack came from a family in which chaos and rage had been prominent features.

A grandmother was a notable "worrier," and his mother had rituals. He reported significant sexual trauma in college but still had no feeling about it. "I can talk about it, but I feel totally nothing when I do." Jack was placed on fluoxetine, and an emphasis was placed on developing a therapeutic alliance, the introduction of the expectation that he could recover, self-hypnosis, hypnotic ego-strengthening, and cognitive- behavioral interventions such as thought stopping.

Once Jack began to experience a small degree of mastery over his response to treatment and to have the expectation that he could recover, ego state exploration was begun. After a year of weekly therapy, his symptoms abated, he became more assertive, and he was able to relax and to enjoy both work and recreation.

He achieved certification in his dental specialty, and he left the partnership to establish a solo practice in his subspecialty.Jack's wife then left him, and he was able to cope with this appropriately. During the second year of his treatment, his symptoms and flashbacks gradually vanished, and Jack became completely free of ruminations and compulsive behaviors.

He then saw me twice a year for "checkups." Three years later, he remains symptom free. Because of the strong familial element to Jack's symptoms, we decided that he should remain on fluoxetine. Jack's treatment was geared to improving his response to therapeutic interventions. Although he had received treatments shown to be efficacious in his previous therapy (clomipramine and CBT), they had not helped him. Luborsky, McLelen, Diguer, Woody, and Seligman (1997) in comparisons of 22 therapists across 7 patient samples found that identical manualized and strictly controlled treatment applications yielded results that varied strongly. To this end, effectiveness factors such as working to create a therapeutic partnership and offering Jack hope that he could recover may have been vital to his improvement.

Another deficiency in his previous therapy was the failure to try other, more efficacious medications or medication combinations (Pato & Zohar, 2001).The Stage I work (Ginandes, 2002; Phillips & Frederick, 1995) also included efficacy-based interventions (medication and CBT). The stabilization and symptom improvement gave Jack hope that his treatment was working. The Stage II (Ginandes) work introduced hypnoanalysis and expanded into resolution of Jack's dissociative symptoms. Psycho- therapy and maintenance medication (directed at genetic factors) have produced enduring relief from the symptoms of OCD. There is no need for efficacy and effectiveness to be exclusive of one another. It is recommended that research be conducted into their respective roles in the treatment of the extremely complex clinical syndrome known as OCD. It is possible that, especially with refractory cases, efficacious treatments are not able to work with certain patients when effectiveness factors are absent. The path to the discovery of efficacy-based treatments for OCD stretches into the future as a long and complicated one.

Claire Frederick (2007), Hypnotically Facilitated Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Can it Be Evidence-Based? International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55(2): 189–206, 2007.

NOTIZIE

visita www.ericksoninstitute.it

clicca mi piace su Facebook

seguici su Twitter

guarda i video su YouTube