LA NEWSLETTER
del MILTON ERICKSON INSTITUTE di TORINO
ipnosi e trauma

Cari Lettori,
questo mese nella Newsletter affrontiamo il tema degli eventi traumatici, di come questi incidano sulla vita di coloro che li subiscono, e dei benefici derivanti dall'utilizzo del trattamento ipnotico nel corso della loro elaborazione. Analizziamo innanzitutto il trauma, e le sue conseguenze, da un punto di vista scientifico. Potrete inoltre leggere due preziose testimonianze di due nostre allieve in merito all'utilizzo dell'ipnosi nel trattamento di donne vittime di violenza e dei rifugiati politici.

Ricordiamo che siete ancora in tempo per iscrivervi al Seminario di Ipnosi di Primo Livello che partirà il 25 Luglio, grazie al quale si può accedere al Secondo Livello e al Corso di Comunicazione non Verbale. Inoltre potete leggere le nuove interviste qui http://www.ericksoninstitute.it/it/28/rassegna-stampa/. Seguiteci su Facebook e Twitter per rimanere aggiornati sulle nostre iniziative e sui nuovi contenuti pubblicati dall'Istituto.Buona lettura!

Lo staff del Milton H. Erickson Institute di Torino

[IPNOSI E NEUROSCIENZE]

a cura di Alessandro Piedimonte

La memoria dei Traumi tra Neuroni e Linguaggio

Parafrasando il DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), un "trauma" corrisponde all'esperienza personale diretta di un evento che ha comportato o avrebbe potuto comportare severe conseguenze fisiche, compresa la morte, a se stessi oppure ad un'altra persona cara o semplicemente conosciuta. Quella del DSM è una definizione molto concreta che trascura variabili soggettive che possono avere grande importanza nel momento dell'esposizione al trauma e nella sua successiva elaborazione. Infatti, molti dei pazienti traumatizzati che giungono all'osservazione clinica presentano sindromi post-traumatici anche in assenza di veri e propri danni oggettivi. Questo che fa ipotizzare che tale fenomeno non sia generato semplicemente da un evento oggettivo ma dall'interpretazione traumatica dello stesso. Un trauma viene tradotto, come tutte le esperienze della nostra vita, in attività neurale.
Uno degli effetti più noti è la produzione di catecolamine (adrenalina e noradrenalina, composti chimici prodotti dalla ghiandola surrenale) che provocano, a cascata, un aumento dell'attività del sistema nervoso simpatico. Questo sistema, generalmente al di fuori del controllo consapevole, si attiva in situazioni di pericolo o di agitazione psico-fisica. Inoltre, i livelli degli oppioidi endogeni, sostanze che generalmente inibiscono la trasmissione neuronale, risultano estremamente elevati a seguito dell'esposizione ad un'esperienza traumatica.
Questa alta concentrazione può interferire con l'acquisizione di nuovi ricordi [1] Inoltre, l'esposizione ripetuta a certi tipi di eventi stressanti modifica l'adattamento di questi composti chimici rendendo semi-permanenti i cambiamenti descritti a causa degli effetti prodotti su strutture cerebrali deputate alla decodifica di eventi carichi emotivamente ed al loro immagazzinamento. La memoria di una esperienza traumatica, infatti, è codificata a livello cerebrale in un modo differente rispetto ad una esperienza normale. È per questo motivo che le memorie traumatiche sono spesso confuse ma difficili da dimenticare. Uno studio condotto nel 2005 su modelli animali ha dimostrato che gli eventi emozionalmente neutri vengono ricordati solo per un breve periodo di tempo e non vengono immagazzinati nella cosiddetta memoria a lungo termine.
D'altra parte, gli stimoli emotivamente carichi e stressanti, come per esempio una situazione di terrore, vengono ricordati per lungo tempo anche solo dopo una singola esperienza grazie all'attivazione dell'amigdala (una struttura a forma di mandorla situata nel lobo temporale, deputata all'elaborazione di stimoli emotivi) e di altre aree più direttamente deputate alle funzioni mnestiche come l'ippocampo (principale area per l'acquisizione di nuove memorie) [2]. Oltre al lobo temporale, le esperienze traumatiche colpiscono altre aree corticali. Per esempio, uno studio in cui sono state collezionate risonanze magnetiche del cervello di bambini e adolescenti vittime di abuso ha mostrato in queste atrofia corticale ed allargamento dei ventricoli cerebrali (la larghezza dei ventricoli indica di solito una riduzione del volume della corteccia cerebrale). Gli autori della ricerca hanno osservato in questo gruppo di soggetti affetti da stress post-traumatico, una riduzione del volume della corteccia prefrontale, del lobo temporale e del corpo calloso [3]. La riduzione di volume delle aree frontali potrebbe essere collegata ad una interferenza nella capacità di pianificare risposte a situazioni nuove e non stereotipate, in particolare ad una riduzione della capacità di valutazione e risposta a minacce esterne. Questi problemi legati all'elaborazione del trauma e delle situazioni avverse che possono verificarsi dopo l'esperienza traumatica portano i soggetti vittime di gravi traumi a trovarsi in difficoltà nell'instaurare relazioni d'aiuto con personale clinico. Infatti, sembra che nelle persone affette da disturbo post-traumatico da stress (PTSD), l'area di Broca, situata nel lobo frontale di sinistra, sia meno attiva rispetto a chi non ha subito esperienze traumatiche [4]. Quest'area, tra le più studiate nel campo delle neuroscienze, è classicamente definita come l'area della parola in quanto deputata alla produzione linguistica. Un'interferenza a livello di questa struttura può portare a difficoltà di espressione ed allo sviluppo di ansia legata a situazioni in cui è richiesto di verbalizzare esplicitamente una memoria traumatica.Nonostante ciò, sembra che la psicoterapia possa agire sulle medesime aree frontali colpite dai traumi, rinvigorendole. Grazie alla risonanza magnetica funzionale, infatti, è stato possibile dimostrare come solo dopo sedici sedute di psicoterapia, i pazienti affetti da PTSD, oltre ad un recupero soggettivo, mostrassero una minore attivazione delle aree prefrontali, iperattivate prima della terapia [5]. L'instaurarsi di una relazione d'aiuto sembra dunque essere utile per il trattamento dell'esperienza post-traumatica e per il recupero di funzioni psicologiche e relazionali fondamentali per il benessere dell'individuo.

Bibliografia

1. Sweeney, Daniel. "The Neurobiology of Psychic Trauma and Treatment Considerations." Christian Counseling Connection, 2007.
2. McIntyre, Christa K, Teiko Miyashita, Barry Setlow, Kristopher D Marjon, Oswald Steward, John F Guzowski, and James L McGaugh. "Memory-influencing intra-basolateral amygdala drug infusions modulate expression of Arc protein in the hippocampus." Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 102, no. 30 (July 26, 2005): 10718–10723. doi:10.1073/pnas.0504436102.
3. De Bellis, Michael D., Matcheri S. Keshavan, Heather Shifflett, Satish Iyengar, Sue R. Beers, Julie Hall, and Grace Moritz. "Brain Structures in Pediatric Maltreatment-related Posttraumatic Stress Disorder: a Sociodemographically Matched Study." Biological Psychiatry 52, no. 11 (December 1, 2002): 1066–1078. doi:10.1016/S0006-3223(02)01459-2.
4. Rauch, S L, B A van der Kolk, R E Fisler, N M Alpert, S P Orr, C R Savage, A J Fischman, M A Jenike, and R K Pitman. "A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery." Archives of general psychiatry 53, no. 5 (May 1996): 380–387.
5. Lindauer, R J L, J Booij, J B A Habraken, E P M van Meijel, H B M Uylings, M Olff, I V E Carlier, G J den Heeten, B L F van Eck-Smit, and B P R Gersons. "Effects of psychotherapy on regional cerebral blood flow during trauma imagery in patients with post-traumatic stress disorder: a randomized clinical trial." Psychological medicine 38, no. 4 (April 2008): 543–554. doi:10.1017/S0033291707001432.

ATTIVITÁ FORMATIVE 2013

- ✓ I LIVELLO
  CORSO DI IPNOSI INTERMEDIO
  [25. 26. 27. 28 LUGLIO] TORINO
- ✓ IPNOSI E COMUNICAZIONE NON VERBALE
  [13.14.15.16 GIUGNO] TORINO
- ✓ III LIVELLO CLINICO
  [DAL 20. 21. 22 SETTEMBRE]
  TORINO
- ✓ II LIVELLO
  [DAL 27. 28. 29 SETTEMBRE]
  TORINO

[IPNOSI E CLINICA]

a cura di Mauro Cavarra

Ipnosi e trauma

Negli ultimi anni, così come suggerito dalla letteratura scientifica, la definizione di trauma sta cambiando. Dall'assunto che descrive i traumi come degli eventi rari ed eccezionali [1] si sta passando ad un modello secondo il quale gli eventi traumatici sono più frequenti di quanto precedentemente immaginato [2]. Alcuni studi mostrano che in un ampio campione estratto della popolazione generale, la percentuale di soggetti che almeno una volta nella vita si sono trovati di fronte ad un evento potenzialmente traumatico (i.e. aggressioni, incidenti, eventi catastrofici) oscilla tra il 60% ed il 90% ibid.. Altre fonti rilevano che mentre nella maggior parte dei casi l'esposizione a questo tipo di eventi non porti effetti a lungo termine, circa il 25% dei soggetti esposti a trauma, tende a subire ripercussioni che possono essere anche molto invalidanti. Tra queste rientrano le condizioni classificate come Disturbo da Stress Acuto (ASD) e Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Mentre il primo si riferisce a manifestazioni sintomatologiche che compaiono immediatamente dopo l'evento stressante (tipicamente entro 48 ore), il secondo viene diagnosticato nel caso in cui i sintomi permangano per più di un mese.

Questi sintomi includono sensazioni di tensione e iperattività fisica, un generale appiattimento emotivo, comportamenti di evitamento di situazioni che possano ricordare l'evento stressante ed episodi in cui i pazienti rivivono l'evento traumatico in modo vivido sia durante la notte sotto forma di incubi che durante la veglia (flashbacks).

Questi ultimi possono essere scatenati da episodi che in qualche modo hanno dei punti in comune con il trauma e possono diventare molto invalidanti poiché spingono il soggetto ad evitare certi contesti che magari, prima dell'insorgere della patologia, facevano parte della sua quotidianità. Sin dalle sue prime formalizzazioni moderne, l'ipnosi è stata utilizzata per il trattamento di condizioni post-traumatiche [3] e la ricerca odierna fornisce alcune prove della sua efficacia. Un esempio è costituito da uno studio [4] nel quale i ricercatori erano interessati a verificare se un percorso di ipnosi offerto a veterani dell'esercito Israeliano affetti da PTSD potesse migliorarne la qualità del sonno, spesso intaccata dal disturbo.

Mentre un primo gruppo veniva trattato con una terapia farmacologica ed una psicoterapia di supporto, al secondo venivano offerte in aggiunta due sedute a settimana di ipnosi per due settimane.

I risultati hanno mostrato che, nonostante entrambi i gruppi mostrassero un miglioramento, il gruppo trattato con l'ipnosi otteneva risultati migliori in diverse aree come la qualità del sonno, la capacità di concentrazione ed il livello di sonnolenza provato durante il giorno. Inoltre, nonostante non fosse questo l'obiettivo principale dei ricercatori, si è osservato come questi soggetti mostrassero dei miglioramenti anche in aree come la frequenza e l'invasività dei sintomi post-traumatici (tra cui flashbacks, pensieri intrusivi, comportamenti di evitamento) ed il manifestarsi di sintomatologia depressiva, spesso compresente in questi quadri.

Un'altra testimonianza significativa deriva da uno studio condotto con un campione di soggetti vittime dei cosiddetti "civil traumas", ovvero quegli eventi stressanti che possono verificarsi in contesti urbani (come aggressioni o incidenti automobilistici).

I ricercatori, partendo dall'evidenza che il ASD tende ad evolvere in PTSD circa nell'80% dei casi [5] e che l'intervento precoce può ridurre questa percentuale [6], si sono occupati di indagare le potenzialità dell'ipnosi nella gestione e risoluzione dei sintomi post-traumatici. [7] Per questo hanno confrontato tre gruppi, un primo composto di partecipanti ad una terapia cognitivo-comportamentale, un secondo che a questa aggiungeva un modulo di ipnosi ed un terzo al quale veniva somministrato un intervento di counseling supportivo.

I risultati mostrano che i primi due gruppi hanno ottenuto risultati migliori del terzo e che il gruppo al quale era stato proposto l'intervento ipnotico otteneva risultati migliori per quanto riguarda l'invasività dei flashbacks. Gli autori aggiungono che l'utilizzo dell'ipnosi in questo studio prevedeva soltanto la rivivificazione del trauma ai fini di ottenere una desensibilizzazione e che, probabilmente, utilizzando queste tecniche in modo più ampio e considerando anche altri aspetti della sofferenza del paziente, tali risultati potrebbero essere ulteriormente potenziati.

Un ultimo esempio deriva da uno studio condotto su pazienti vittime di ustioni [8], una categoria nella quale il PTSD può comparire nel 45% dei casi. La sintomatologia inoltre rischia di permanere a lungo termine.

I ricercatori hanno assegnato i pazienti ammessi ad un reparto ustionati al percorso standard di cura o ad un percorso identico che prevedeva però l'aggiunta di cinque sedute di ipnosi in una settimana. I risultati mostrano che i pazienti trattati con l'ipnosi, oltre a provare meno dolore, sia causato dalle ustioni stesse che dalle procedure mediche, riportavano una riduzione della frequenza dei flashbacks. Per concludere, va detto che spesso, in questo tipo di interventi, i clinici sottolineano l'importanza di un trattamento ipnotico personalizzato sul singolo paziente in modo da poter rispondere alle sue esigenze specifiche.

Bibliografia

1. *American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.*
2. *Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048–1060.*
3. *Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O., & Spiegel, D. (2000). Hypnosis. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD (pp. 247–279). New York: Guilford.*
4. *Abramowitz, E.G., Barack, Y., Ben-Avi, I., Knobler, H.Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: A randomized, Zolpidem controlled clinical trial. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 56(3); 270-280.*
5. *Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. Biological Psychiatry, 53, 789–795.*
6. *Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive–behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 948–955.*
7. *Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Nixon, R.D.V. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 73(2), 334-340.*
8. *Shakibaei, F., Ararndi, A.A., GHOLAMREZAEI, A., Samoei, R., Salehi, P. (2008). Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 56(2); 185-197.*

[LA VOCE DI ERICKSON]

Il caso di Bob

Un esempio di questo genere riguarda uno dei miei studenti di medicina, che stava per essere allontanato dal corso; rifiutava assolutamente e irrazionalmente di partecipare alle lezioni e alla pratica di dermatologia.

Non voleva aprire il libro di dermatologia. Fu ammonito e chiamato dal preside di facoltà che gli disse: "Andrai alle lezioni e alle esercitazioni di dermatologia e studierai o sarai allontanato dal corso di medicina. Non possiamo promuovere nessuno che arbitrariamente si rifiuta di frequentare un corso". Bob disse: "Non posso" e il preside: "Che significa, non puoi? Ci andrai". Invece Bob intendeva dire che non poteva. Bob venne da me molto preoccupato per questo.

Sapevo che Bob era un ottimo soggetto ipnotico e gli chiesi se potevo usarlo come soggetto di dimostrazione in un corso di medicina.

Disse di sì. Gli dissi che doveva esserci una qualche spiegazione per il suo particolare comportamento rispetto alla dermatologia. Gli chiesi di occupare la settimana seguente a cercare di ricordare cos'era che aveva dimenticato. Bob impiegò una settimana a cercare di ricordare e quindi venne alla lezione.

Durante la lezione gli chiesi: "Bob, ti sei ricordato ciò che avevi dimenticato molto tempo fa?". Bob disse: "Come fai a ricordarti una cosa che hai dimenticato da molto tempo? Non sai neanche dove cercare! L'hai dimenticata! Non è disponibile, non è raggiungibile, è impalpabile! È dimenticata – se n'è andata!".

Concordai e lo feci uscire dalla stanza, così da poter discutere il problema con la classe. Tutti quanti erano d'accordo che sarebbe stato un tipo di cosa completamente cieca cercare di ritrovare un tale ricordo. Quindi chiamai Bob e indussi una trance profonda. Gli dissi: "Tu sai per che motivo sei qui. Sei stato un'intera settimana a pensare a una cosa che hai dimenticato. Te la sei ricordata?". Bob disse di no, io dissi: "Bene, sei in una trance profonda. Vorrei spiegarti alcune cose. Sai cos'è un puzzle? Puoi ricostruire un puzzle in due modi: lo ricostruisci a faccia in su e quindi vedrai il disegno; lo puoi ricostruire rovesciato e allora hai solo il retro del puzzle. Nessun disegno – solo vuoto e nessun significato, ma il puzzle sarà ricostruito. Il disegno sul puzzle è il contenuto intellettuale – il contenuto significativo del ricordo rimosso. Il retro è la base emotiva, e non avrà alcun disegno. Sarà solo la base. Ora tu puoi ricostruire questo puzzle ponendo insieme due pezzi in un angolo, due pezzi nel quarto angolo e quindi, qui e là, puoi riunire due o tre pezzi. Puoi riunire alcuni pezzi non capovolti, altri capovolti. Li puoi riunire tutti capovolti, riunirli tutti non capovolti, ma tu fai ciò che vuoi fare". Cosa voleva fare? Non lo sapevo, ma quella domanda poneva il peso della responsabilità su Bob – cioè egli possedeva un puzzle di un ricordo rimosso che aveva necessità di recuperare e riunire in modo significativo. Chiesi a bob: "Bene, veramente non sai cosa fare. Immagina di tirar fuori dal tuo inconscio solo pochi pezzetti di questo spiacevole ricordo". Bob pensò un minuto e quindi la fronte cominciò ad imperlarglisi.Chiesi: "Cosa c'è Bob?" Disse: "Mi sento male in uno strano modo, non so in che modo". Dissi: "Va bene, così ti stai sentendo male in uno strano modo, non sai in che modo. Bene, dimenticalo". Con ciò Bob sviluppò un'amnesia riguardo al materiale che lo stava facendo sentire strano. Quindi continuai: "Immagina di arrivare fino alle tue rimozioni e di portare su alcuni pezzi del disegno". Essenzialmente Bob fece ciò e disse: "Bene, c'è dell'acqua e c'è qualcosa di verde. Immagino che sia erba, ma questo verde non è erba": Io dissi: "Va bene, ora spingilo in fondo. Ora tira su qualche pezzo di emozione": Bob tirò su qualche altra emozione e quindi disse: "Sono spaventato, sono spaventato. Voglio correre", e sudava e tremava veramente. Io dissi: "Mandalo giù di nuovo. Tiriamo su altri pezzi del disegno": Per un po' alternammo in quel modo, catturando alcune associazioni e quindi rimuovendole quando l'emozione diventava troppo minacciosa. Dopo che avemmo raccolto sempre più materiale, Bob cominciò a dissotterrare pezzi di emozione sempre più grandi, così che volli farlo uscire dalla trance e lasciarlo riposare. Bob fece un respiro profondo e disse: "Sono assolutamente esausto. Non so cosa mi sta succedendo. Sono sveglio, la mia camicia è tutta bagnata, i miei pantaloni sono bagnati di sudore. Cosa è successo qui?". Lo assicurai che gli studenti del corso di medicina stavano altrettanto male quanto lui nel vedere il sudore sgorgare dalla sua fronte ogni volta che sperimentava un'emozione.

Alla fine suggerii: "Mettiamo insieme di nuovo tutti i pezzi vuoti, facciamo un'ispezione completa". Così li riunì di nuovo, e avresti dovuto vederlo tremare e sudare.

Stava veramente rabbrividendo, così gli davo periodicamente una suggestione di coprirlo e riposare: "Fai un altro respiro profondo e guarda il rovescio vuoto del puzzle, senza ricordo dell'esperienza traumatica". Disse: "Qualsiasi cosa ci sia dall'altra parte è qualcosa di terribile – è proprio terribile". Quindi gli dissi di dimenticare tutto il lato emotivo. Avremmo capovolto il puzzle e lo avremmo guardato solo intellettualmente, senza emozioni.

Egli descriveva: "Due ragazzi, sugli otto o nove anni, sembrano cugini – stanno giocando in una baracca, stanno lottando. Oh, oh! Uno si sta adirando con l'altro. Ora si stanno colpendo l'un l'altro. Oh, oh. Uno di loro ha accoltellato l'altro alla gamba. Quello sta correndo a casa per dirlo. Quello che lo ha accoltellato è un po' impaurito. Anche lui corre avanti. Il padre del ragazzo non è adirato, la madre non è adirata, chiamano il dottore. Il padre del ragazzo lo fa sedere ad aspettare su una sedia. C'è il dottore che arriva. Il dottore conficcherà qualcosa nella gamba del ragazzo. Oh, mio dio, che cosa trana.

Guarda la faccia del ragazzo, sta sdraiato lì.

La sua faccia si sta gonfiando; i suoi occhi chiusi si stanno gonfiando, la sua pelle sta diventando di uno strano colore, la sua lingua è così spessa e il dottore è spaventato.

Sta prendendo qualche altra cosa. Ha preso – sembra un ago o qualche tipo di pompa e sta iniettando qualcosa nel ragazzo, e ora il gonfiore sulla faccia del ragazzo sta diminuendo, la sua lingua sta diventando più piccola, sta aprendo gli occhi e tutti stanno respirando profondamente. Il padre afferra l'altro ragazzo e lo porta giù all'abbeveratoio del cavallo. Il padre si siede sull'abbeveratoio, se lo prende in grembo e comincia a sculacciarlo, veramente lo sta sculacciando forte.

Il bambino sta guardando giù verso l'abbeveratoio e vede quella melma verde nell'acqua e sta piangendo. C'è qualcosa di terribilmente brutto in questo e non so cosa sia. C'è qualcosa di terribilmente brutto". Io dissi: "Bene, fai affiorare un angolo del rovescio, e quindi un altro angolo, fai affiorare un angolo, fallo affiorare, fallo affiorare". Avreste dovuto vedere il povero Bob quando cominciò a riunire il contenuto ideativo con l'affetto. Rabbrividendo, tremando, piangendo, terrorizzato, disse: "Non posso sopportarlo". Nuovamente gli dissi di sviluppare un'amnesia completa: "Riposati, Bob. Ti resta ancora un po' di lavoro da fare. Forse se ti riposi per cinque minuti avremo abbastanza energia per fare un altro po' di lavoro". Quindi circa cinque minuti dopo, gli chiesi di continuare. Eliminava l'amnesia fino a quando non poteva più sopportarlo, e quindi un'altra amnesia, una pausa e quindi di nuovo un altro ricordo, fino a che finalmente disse: "Quel ragazzo che trafiggeva l'altro, sono io.

Quello è mio cugino e quello era il forcone usavamo per pulire il granaio, e il dottore viene e gli fa un'iniezione antitetanica. Lui sviluppa una reazione anafilattica con tutto quell'edema, e tutti, compreso me, si aspettano che muoia. Poi il dottore gli ha dato dell'adrenalina e lui si è ripreso, e poi mio padre mi ha portato giù all'abbeveratoio e mi ha sculacciato.

Non riuscivo neppure a sopportare l'aspetto di mio cugino, e c'era mio padre che mi sculacciava e quella sporca melma verde nell'acqua dell'abbeveratoio – quell'orribile melma verde e quell'orribile colore della faccia di mio cugino. Non c'è da meravigliarsi che io non riesca a studiare dermatologia". Con quello tutto finì. Non c'era da meravigliarsi che non gli piacesse la dermatologia.

Tratto da Milton H. Erickson & Ernest L. Rossi, Ipnoterapia; pag. 376. Astrolabio, 1982, Roma

La testimonianza di *Elena Miboli*

Dott.ssa Elena Miboli
Psicologa Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale / Perfezionamento in psicologia ospedaliera / Master in Schema Therapy per il trattamento dei disturbi di personalità / Esperta in Ipnosi Clinica Ericksoniana formata presso il M. Erickson Institute di Torino

Lavorare con i richidenti asilo e i rifugiati politici

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel Dicembre 1948 così recita negli articoli 1 e 2: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza" e inoltre "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciati".

Ho iniziato a lavorare per il progetto SPRAR nel maggio del 2011 e ascoltando storia dopo storia di uomini che arrivano da "lontano" mi sono resa conto di quanto i diritti umani siano violati con una freddezza "non umana". S.P.R.A.R. è l'acronimo di sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati.

Lo S.P.R.A.R. è costituito dalla rete degli enti locali con l'obiettivo di realizzare progetti di accoglienza integrata grazie al Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo. Il fine del progetto è di fornire un'accoglienza integrata ai ragazzi che arrivano sul territorio italiano perché vittime di persecuzioni nel loro Paese di origine. Quali motivazioni possono spingere una persona a fuggire dalla propria terra? Sono persone sradicate dal loro Paese, dalla famiglia e dagli affetti contro la loro volontà, perché decidono di ribellarsi al regime, o perché omosessuali, o perché appartenenti ad un'etnia considerata "non adeguata" per il governo. La dimensione psicologica dei richiedenti asilo che arrivano in Italia è ancora da scoprire completamente, sebbene si faccia riferimento a livello diagnostico a disturbo post-traumatico da stress, disturbi depressivi, disturbi del sonno di grave entità o disturbo dell'adattamento con umore depresso. Fermarsi all'aspetto diagnostico non rispetta la complessità della problematica psico-sociale. Questo è uno dei motivi che ha permesso a chi ha creato il progetto S.P.R.A.R. di prevedere la costituzione di un'equipe che segue i richiedenti asilo sotto diversi punti di vista: legale, educativo, sociale, psicologico.

Le figure professionali rappresentanti tali funzioni, con l'aiuto del mediatore culturale, lavorano costantemente a fianco dei ragazzi per fornire loro un'accoglienza, un accompagnamento ed un supporto adeguati.

Il progetto S.P.R.A.R. di Piacenza, fa riferimento alla Cooperativa Sociale l'Ippogrifo e al Comune stesso, rappresentato dall'assistente sociale dell'ufficio stranieri. Gli obiettivi del progetto sono: il raggiungimento del benessere psico-fisico, l'apprendimento della lingua italiana e la ricerca del lavoro, i quali vengono quotidianamente ricordati dalle numerose comunicazioni che avvengono all'interno dell'equipe, al fine di utilizzare mezzi idonei al loro raggiungimento. Il raggiungimento di tali obiettivi è difficile e necessita spesso e volentieri di discussioni e messa in discussione dei propri modi di essere, dei propri pregiudizi "nel senso ampio del termine" e di ciò che ognuno di noi mette all'interno del gruppo, poiché il progetto è disegnato su ogni persona che arriva e l'interazione con persone diverse attiva schemi differenti in ciascun operatore. Infatti, il primo scopo personale e condiviso è di fare sentire "persone" coloro che per un po' non sono state considerate tali. In situazioni di tortura, la mente pertanto, mette in atto meccanismi di difesa che permettono alle persone di sopravvivere. È pertanto fondamentale capire quali sono le loro paure, i loro traumi, per ricostruire nuovi obiettivi al momento giusto, che possono essere raggiunti solo quando inizieranno a fidarsi di se stessi e del prossimo e di chi si può prendere cura di loro.

All'inizio del mio operato nel progetto S.P.R.A.R., procedevo attraverso colloqui psicoterapeutici non utilizzando l'Ipnosi Eriksoniana, per timore di non sapere come gli utenti avrebbero reagito a tale proposta, molto distante dalla loro cultura (Afganistan, Iraq, Nigeria,.).

Dal punto di vista educativo, l'aspetto emotivo non viene tenuto in considerazione nelle culture africane e medio-orientali, per cui, per me terapeuta, la fatica è doppia ogni volta: far loro accettare e prendere confidenza con questa parte di sé, e fidarsi di me terapeuta donna. Inaspettatamente, per tutti, in particolare per M., lavorare con l'ipnosi è stata una piacevole sorpresa e scoperta, seppur ricca di sofferenza, finalizzata ad un definitivo benessere. La valutazione iniziale di alcuni casi infatti, aveva contemplato l'utilizzo di psicofarmaci al fine di migliorare il benessere psicologico, in quanto le patologie impedivano agli ospiti di pensare al futuro e quindi mettere in atto le risorse utili per raggiungere un'integrazione positiva.

Utilizzando l'Ipnosi si è riscontrato che la ricaduta positiva è immediata sui ragazzi, per cui, l'approccio farmacologico viene utilizzato di rado e solo quando gli ospiti erano già in trattamento (Tre utenti su circa 50).

Storia di un uomo che arrivò in Italia

M. è un ragazzo Sudanese di 25 anni. Racconta di aver vissuto serenamente con la sua famiglia, composta dai genitori e quattro sorelle fino all'autunno del 2003, quando il Governo decise di invadere e distruggere il Darfur, considerata terra facente parte dell'opposizione governativa. I sopravvissuti al massacro, scapparono, in altre terre e M. con la sua famiglia si rifugiarono a K, considerata città filogovernativa.

Dopo poco, il Governo invase anche quella città, devastandola e imprigionando diverse persone, tra cui lo stesso M., al quale era stata concessa la libertà vigilata per le ore notturne dopo tre mesi. Durante i primi tre mesi di prigionia, subì torture e violenze fisiche delle quali porta ancora i segni: bruciature, scariche elettriche, bastonate. Fu anche incatenato per diversi giorni. Nonostante la libertà notturna concessa ai detenuti, il Governo, attraverso la minaccia: "se scappi, ammazziamo la tua famiglia", riusciva a garantire il ritorno dei detenuti al carcere la mattina seguente.

Nel luglio del 2003 riuscì a fuggire dal carcere con altre due persone in direzione J., che fino a luglio 2005 fu in mano ad una maggiore resistenza popolare, in grado di bloccare gli attacchi governativi. Purtroppo, il governo invase e distrusse anche J.

M. riuscì a fuggire in Libia con un amico, anche lui facente parte dell'opposizione. Il viaggio fu molto faticoso: durò cinque giorni a bordo di un piccolo fuoristrada che li portò fino a K. L'arrivo non fu come si aspettarono: M. e i compagni di viaggio furono imprigionati e picchiati ripetutamente, poiché avevano invaso il territorio libico. Durante le torture il suo grande amico morì tra le sue braccia per una febbre molto alta. Disperato, riuscì a fuggire e per altri cinque anni vagò di città in città, lavorando occasionalmente, fino a quando, il suo ultimo datore di lavoro gli propose di partire per l'Italia, dove avrebbe potuto trovare finalmente pace. Dopo due giorni in mare aperto a bordo di un gommone, arrivò a Lampedusa. Ora è in una città del Nord, con l'obiettivo di ricostruire una nuova Identità..Non sa più nulla della sua famiglia, rivive nei sogni ad occhi aperti e ad occhi chiusi, il massacro della sua terra e delle persone che amava, la morte del suo amico e soffre del dolore dell'anima con il quale fa i conti ogni giorno.

La diagnosi effettuata è di disturbo post-traumatico da stress. Insieme al mediatore culturale, abbiamo iniziato un percorso psicoterapeutico utilizzando l'ipnosi come tecnica d'elite per affrontare il trauma, dando una fine più accettabile alle sue angosce e rielaborando i ricordi efficacemente.

Io e Norredine (mediatore culturale) abbiamo instaurato con il procedere della nostra conoscenza un'ottima fiducia, che mi ha permesso di lavorare bene con M. e con altri ragazzi.

Durante la prima induzione M. visualizzò il carcere e in modo specifico la morte di un suo caro amico. In stato vigile raccontava di non darsi pace per non aver potuto fare qualcosa per lui, avrebbe voluto portarlo da un medico e farlo curare. E' stato facile creare la bolla ipnotica, M. era completamente a suo agio e pronto per affrontare la trance. "Vede il suo amico sdraiato e inespressivo, assente. Il sudore di V. (amico), bagna la sua pelle, è freddo e abbondante, lo sente ed ha un brivido. M. cerca di parlargli, di strappargli una parola o un'espressione, ma niente da fare. Gli chiedo se vuole fare qualcos'altro per V.! Il suo volto appare sollevato dopo che gli pongo questa domanda. M. decide di parlare con una guardia per farsi dare una mano a fuggire. Per fortuna quest'ultima, vedendo la gravità della situazione gli apre le sbarre. M. riconosce gli occhi del fratello nel viso della guardia. Dice "è mio fratello"! Carica l'esile corpo dell'amico sulle sue spalle e a fatica si avvia verso l'ospedale. La strada è lunga e M. lamenta continuamente troppa fatica. Dice di non farcela ad arrivare. Gli chiedo se vuole farsi dare una mano da qualcuno oppure farsi dare un passaggio. Risponde che non vede nessuno intorno a loro.

Sono lui e V. in mezzo al deserto. Gli consiglio di controllare attentamente se c'è qualcosa o qualcuno dentro o fuori di sé che gli può aiutare.

Risponde annuendo dopo un attimo di riflessione "la mia forza". Dice di avere molta forza che gli sta salendo dallo stomaco. Questa forza è bianca, gli dico di espanderla in tutto il corpo. Lo fa e riesce ad arrivare all'ospedale. V. fa gli esami ed è curato. Ora si trova al capezzale dell'amico, la finestra della sua camera si affaccia su un mercato molto colorato. Il volto di V. è ancora inespressivo. Gli chiedo se vuole dirgli qualcosa per farlo sorridere. M. decide di guardarlo negli occhi e sorridergli e V. gli risponde mentre se ne va per sempre." A quel punto decido insieme a lui di terminare l'induzione e di farlo ritornare nel qui e nell'ora.

M. apre gli occhi e dice "era vero, ero con V." e le lacrime cominciano a sgorgare dal suo viso, sorride e dice grazie, mi stringe continuamente la mano dicendo che è contento perché ha fatto quello che avrebbe voluto: tentare di aiutare il suo amico.

M. è sollevato, si vede e lo conferma, alla fine dell'induzione e in stato di veglia. Alla fine di ogni seduta M. sorride e piange dicendo "grazie"!

Non pretendo che M. accetti di non rivedere più la sua famiglia o di non pensare più al suo caro amico perso in prigione, ma il fatto che lui abbia iniziato a fidarsi di nuovo di qualcuno, credo sia già un ottimo risultato. Dopo quell'induzione M. smise di sognare V.

La testimonianza di *Ilaria Egeste*

Dott.ssa Ilaria Egeste
Psicologa Psicoterapeuta / Master in Ipnosi Clinica ad orientamento Ericksoniano

L'ipnosi nella cura di donne vittime di violenza

Trattare con donne vittime di violenza è un lavoro enorme soprattutto dal punto di vista emotivo.
Sento l'esigenza di condividere la mia esperienza di terapeuta che utilizza l'ipnosi perché credo che in casi così gravi, che provocano lesioni emotive profonde come solchi, sia necessario fare un intervento psicoterapeutico che affondi nel buio di quelle esperienze per lavorarci dentro e accompagnare la persona fuori dal tunnel. Ho utilizzato volontariamente una metafora perché ogni donna che ho incontrato aveva come prima difficoltà il blocco della parola, del raccontare la violenza subita, del sentirsi solo vittima e non complice dell'accaduto e davanti a questo scoglio in apparenza insormontabile, i test e le domande dirette non sortivano alcun effetto. Da quando ho incontrato l'ipnosi, il mio atteggiamento è cambiato: ho usato metafore che descrivessero l'accaduto, ho "disseminato" domande aperte che lasciassero intravedere la possibilità del cambiamento positivo, della guarigione. E ha funzionato. Parlarne adesso che è diventato un mio "modus operandi" sembra strano, ma all'inizio era davvero incredibile l'effetto immediato.
Elide, 30 anni, giunge all'osservazione clinica per disturbi alimentari; afferma di non riuscire a smettere di mangiare quando sente forte la solitudine. Lei non è italiana, ma è nel nostro Paese da 5 anni e studia. Quando la incontro per la prima volta dirigo a lei tutta la mia attenzione, esterna ed interna, ed entriamo immediatamente in un contatto profondo, ci immergiamo in una "bolla ipnotica". Dall'anamnesi emerge una storia di abusi infantili ripetuti da parte del padre e il rapporto con una madre ipercorrettiva che non l'ha mai difesa.
Elide ha un'autostima bassissima, ma pensa che il passato non abbia nessun collegamento con questo e con il suo modo di vivere attuale. Questa donna dopo un anno e mezzo di terapia afferma di essere finalmente felice.
Al di là dell'intervento complessivo che ho attuato su di lei, vorrei focalizzarmi su come l'ipnosi è entrata in questa terapia: attraverso la time line statica, dinamica e modificata Elide è tornata nel suo passato, lavorando su se stessa, il padre, la madre e usando le potenzialità dell'"Elide adulta" per aiutare "Elide bambina". Con le sottomodalità Elide ha trasformato i luoghi paurosi che ricordava nell'infanzia in luoghi colorati e pieni di musica. I suoi disturbi alimentari, dopo l'elaborazione dei traumi, sono calati fino a scomparire. L'aspetto che vorrei approfondire, di questo percorso terapeutico, è il trattamento del trauma. Infatti, in quasi tutte le donne vittime di abuso, l'utilizzo di tecniche non ipnotiche mi ha sempre lasciato con la sensazione che "mancasse qualcosa" al finale. Queste donne, sentivano di non avere controllo su ogni loro decisione e atteggiamento. Razionalmente la sconfiggevano, ma tornava come un boomerang nella vita reale e, soprattutto, permeava tutti i rapporti e le relazioni, soprattutto sentimentali. Il primo grande lavoro che ho fatto è stato sulle mie modalità. Ho compreso, nel senso però dell'intuizione senza mediazione intellettiva, che dovevo tuffarmi nelle emozioni negative di queste donne e entrare nelle loro percezioni. Come fare? Attraverso l'ipnosi si sono spalancate anche le mie porte percettive, i miei canali comunicativi, tanto che le mie pazienti sentono la mia presenza emotiva, non fisica. Poi ho iniziato a lavorare sul trauma con l'ipnosi. Il primo step, per quasi tutte, è stata un'applicazione dell'induzione ipnotica per "allenarle" all'ascolto dell'inconscio ma anche perché riportavano tutte sintomi psicosomatici come insonnia, inappetenza, emicranie frequenti. Poi, seduta dopo seduta, è stata trattata l'elaborazione del trauma; l'aspetto più difficile che ho incontrato è stato il dover essere estremamente flessibile, poiché spesso si lavorava su un aspetto e, improvvisamente, durante la fase in ipnosi l'inconscio della paziente mi dirigeva verso un altro. L'ipnosi ha permesso, inoltre, di lavorare sul senso di colpa che le donne abusate hanno. Dentro di loro, infatti, c'è sempre una vocina che dice "Potevi scappare, non hai urlato abbastanza, in fondo è colpa tua se sei rimasta lì…", fino a raggiungere livelli di vera e propria autocolpevolizzazione nei casi di violenze in infanzia. Per trattare questo aspetto mi sono servita tantissimo dell'uso di metafore, attraverso le quali le donne comprendevano profondamente ed emotivamente che il senso di colpa era assolutamente un inganno e che avrebbero finalmente potuto perdonarsi. Inoltre, un'altra tecnica che ho utilizzato è stata l'induzione per oscillazione, perché molte donne abusate fanno davvero fatica a lasciarsi toccare e il minimo contatto fisico che c'è in questo tecnica mi ha permesso di trasmettere loro che potevano fidarsi e lasciarsi andare, anche usando il loro corpo. Dopo aver trattato diversi casi con successo, ho pensato che la ricchezza delle esperienze individuali venisse un po' persa con il solo lavoro in studio e che molte donne mi avevano riportato il malessere della solitudine, di non riuscire a parlare dell'accaduto per vergogna, di sentirsi isolate. Quindi ho voluto sperimentare l'uso dell'ipnosi in un contesto un po' allargato: il gruppo.
Per un anno e mezzo ho seguito gruppi di 6-8 donne vittime di violenza che si sono aperte per raccontarsi e parlare di sé. L'esperienza è stata bellissima, e il gruppo è servito per legittimare il parlare delle violenze in ognuna di esse; per lavorare insieme sull'abbassamento dell'ansia e sull'autostima, per trattare i ricordi dolorosi. Tuttavia, alla fine di questo percorso, ho capito che nei casi di vittime di violenza il gruppo serve tantissimo nelle prime fasi, ma che arriva un momento in cui la donna deve affrontare da sola i suoi ricordi traumatici, altrimenti il gruppo si trasforma da elemento di aiuto in elemento "scudo", che protegge la donna ma che le impedisce di entrare in prima persona nel suo trauma individuale. Attualmente continuo a lavorare con vittime di violenza. E l'ipnosi è diventato uno strumento indispensabile.

NOTIZIE

visita www.ericksoninstitute.it

clicca mi piace su Facebook

seguici su Twitter

guarda i video su YouTube