

Michele Giannantonio, Anna Laura Boldorini

Atti del XII Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Ipnosi del 2000: il pensiero di Milton Erickson e dei neo-ericksoniani", Milano, novembre: 275-284.

Psicoterapia ipnotica e Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): influenze, differenze, integrazione

Riassunto

La storia dell'ipnosi e della psicoterapia ipnotica si caratterizzano per la lunghezza della loro tradizione, senza eguali nella storia della psicoterapia, e per la capacità della psicoterapia ipnotica di influenzare tutti i principali orientamenti psicoterapeutici. Allo stesso modo, la psicoterapia ipnotica ha saputo arricchirsi confrontandosi con altre tradizioni psicoterapiche. Negli ultimi anni si sta assistendo ad un incontro molto stimolante fra psicoterapia ipnotica ed Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Abstract

The history of Hypnosis and Hypnotic Psychotherapy is characterized by a long tradition, which is unique in Psychotherapy's history, and by the ability of Hypnotic Psychotherapy to influence all main psychotherapeutical approaches. At the same time, Hypnotic Psychotherapy has been able to enrich itself through a continuous comparison with other psychotherapeutical traditions. In the last few years we have been observing an interesting comparison between Hypnotic Psychotherapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Introduzione

Negli ultimi anni si è evidenziato un sempre maggiore interesse per un approccio alla psicoterapia denominato *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*, tanto che attualmente le persone che hanno effettuato un training organizzato o patrocinato dall'*EMDR Institute* sono più di 30.000. Tale orientamento sta coinvolgendo in prima linea

gli studiosi di ipnosi, al punto che il primo numero dell'*American Journal of Clinical Hypnosis* del 2001 è interamente dedicato al rapporto fra ipnosi e EMDR. L'EMDR è di rilevante interesse per gli studiosi della psicoterapia ipnotica e della psicoterapia in generale, e ciò per una serie di elementi che gli autori cercheranno di specificare nel prosieguo.

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

L'EMDR è un approccio psicoterapico creato dalla psicologa americana Francine Shapiro nel 1987. Originariamente concepito come uno strumento utile nella psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), in seguito ha incorporato al suo interno spunti teorici ed applicativi provenienti da differenti paradigmi psicoterapeutici allo scopo di potenziarne l'efficacia e la flessibilità (Shapiro, 1995), consentendo l'applicabilità della metodica ben oltre i limiti dell'originario ambito del PTSD (per una rassegna sugli ambiti di applicazione dell'EMDR: Lipke, 2000).

Nonostante sia presente una accesa polemica attorno alla natura ed all'efficacia dell'EMDR, questo non ha impedito alla metodica di essere considerata «trattamento probabilmente efficace» (valutazione A/B) nella terapia del PTSD dalla *Task Force on Psychological Intervention dell'American Psychological Association*. Questa attribuzione di efficacia è spartita solo con lo *Stress Inoculation Training* e con le terapie basate sull'esposizione (Chambless et al., 1998). Più recentemente, l'EMDR è stata riconosciuta efficace nel trattamento del PTSD anche dall'autorevole *International Society for Traumatic Stress Studies* all'interno della pubblicazione delle sue linee guida per il trattamento del PTSD (Chemtob, Tolin, van der Kolk, Pitman, 2000)¹.

L'elemento di maggiore carattere distintivo dell'EMDR è certamente l'impiego di determinati stimolazioni da parte del terapeuta che, tipicamente, producono nel paziente movimenti oculari a destra ed a sinistra del suo campo visivo i quali, a loro volta, generano una sorta di *elaborazione accelerata delle informazioni* associata ad una più rapida

¹ Sebbene i meccanismi alla base del funzionamento dell'EMDR siano al momento oggetto di ricerca e di speculazione, nondimeno l'EMDR ha dimostrato di essere efficace, innanzitutto per la terapia del PTSD, come dimostrano innanzitutto recenti review sull'efficacia dell'EMDR e studi meta-analitici sull'efficacia di differenti approcci terapeutici al PTSD, sia farmacologici che psicoterapeutici (Cahill, Carrigan, Frueh, 1999; Giannantonio, 2001; Maxfield, 2000; Shepherd, Stein, Milne, 2000; Van Etten, Taylor, 1998), essendo inoltre disponibili ricerche ben strutturate sull'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD, che sembrano non essere vanificate da sostanziali critiche metodologiche (i.e.: Marcus, Marquis, Sakai, 1997; Rothbaum, 1997; Scheck et al., 1998; Wilson, Becker, Tinker, 1995), con follows-up fino a 15 mesi (Wilson et al.,

risoluzione di eventi negativi e traumatici (Shapiro, 1995). La ricerca ha in seguito indicato come i movimenti oculari sarebbero solo una delle possibili modalità efficaci di *stimolazione bilaterale*; risultano efficaci anche altri tipi di movimento oculare, tamburellamenti sul dorso o sul palmo delle mani, rumori proposti alternatamente alle orecchie, l'osservazione di una luce che scorre su una barra luminosa (per una rassegna sulla ricerca sulla stimolazione bilaterale, Lipke, 2000). In ogni caso, tali stimoli devono essere proposti all'interno di un contesto caratterizzato da un'*attenzione duale*, ovvero un'attenzione rivolta contemporaneamente al *target* di intervento ed allo stimolo bilaterale proposto dal terapeuta. La procedura-tipo o algoritmo di intervento per il PTSD² consta di otto fasi specifiche, composte di elementi "non specifici" (relazione terapeutica, elementi psicoeducazionali, etc.), di elementi specifici (stimolazione bilaterale, sequenzialità degli interventi effettuati) ed elementi mutuati - direttamente o indirettamente - da altre tradizioni di ricerca (assessment e ristrutturazione cognitiva, esposizione graduale, abreazione, assecondamento delle libere associazioni, manipolazione delle immagini mentali, tecniche provenienti dalla tradizione della psicoterapia ipnotica ed altro ancora)³.

EMDR e psicoterapia ipnotica

I rapporti fra psicoterapia ipnotica ed EMDR saranno sommariamente analizzati a due livelli: 1) integrazione tecnica e 2) comparazione teoretica. Iniziando dalle questioni tecniche, molto sinteticamente, la trance ipnotica può essere impiegata *prima, durante o dopo* l'intervento con l'EMDR. Questi tre aspetti riguardano, evidentemente, la questione circa quello che la psicoterapia ipnotica può dare all'EMDR, ma gli autori non si occuperanno solo di questa prospettiva.

L'ipnosi prima dell'EMDR

Nel protocollo standard di intervento dell'EMDR è considerato elemento imprescindibile la possibilità di accedere, da parte del paziente, ad una condizione di

1997).

² In questa sede per "protocollo standard di intervento" relativo all'EMDR faremo sempre ed esclusivo riferimento al protocollo EMDR per il trattamento del PTSD.

³ Per l'esposizione dettagliata della procedura d'intervento si faccia riferimento a Shapiro, 1995.

sicurezza psicofisica (esercizio del *luogo sicuro*). Ciò è richiesto per diversi motivi: garantire una "via di fuga" nel caso il paziente dovesse essere eccessivamente disturbato dal lavoro terapeutico, consentirgli di accedere a risorse utili ad affrontare il lavoro terapeutico, permettere a fine seduta di chiudere il lavoro in atto riducendo la possibilità che il paziente sia disturbato da esso nel tempo che lo separa dalla seduta successiva.

La stessa Shapiro prevede la possibilità di impiegare l'induzione della trance ipnotica a tale scopo (Shapiro, 1995) e, più in generale, ha recentemente sostenuto che l'integrazione fra EMDR e ipnosi potrebbe portare ad enormi benefici (Shapiro, 2001). Di fatto, è indiscutibile che la psicoterapia ipnotica non abbia rivali nella produzione di un tale obiettivo, non tanto per l'aspetto del rilassamento somatico (che può essere raggiunto anche con tecniche che prescindono da una marcata modulazione dello stato di coscienza), quanto per la straordinaria possibilità di modificare lo stato di coscienza al fine di accedere in modo radicalmente psicosomatico al bacino di risorse del paziente, prescindendo almeno parzialmente dai vincoli spazio-temporali e razionali (Giannantonio, Boldorini, 1998; Mosconi, 2001). Ci sono indicazioni che l'esecuzione dell'esercizio del luogo sicuro attraverso tecniche ipnotiche, infatti, predisponga in modo più efficace il paziente al successivo lavoro terapeutico (Beere, Simon, Welch, 2001). Nell'esperienza degli autori, un accesso più profondo ad una condizione psicofisica di sicurezza così come prodotto dalla trance ipnotica è poi da considerarsi fortemente consigliabile nei casi in cui si debba lavorare su tematiche altamente disturbanti e/o quando si è in presenza di soggetti con scarse capacità di modulazione delle emozioni.

La psicoterapia ipnotica, inoltre, può essere considerata utile in alcune situazioni come lavoro preparatorio per la successiva psicoterapia con l'EMDR. Ciò è indicato quando il paziente ha bisogno di *costruirsi* - letteralmente - un luogo sicuro, essendo sprovvisto di questa competenza (Beere, Simon, Welch, 2001), potendo di conseguenza fare riferimento ad un'ampia gamma di strategie che spaziano dall'*installazione di risorse*, alla *proiezione nel futuro* fino all'intervento sugli *Stati dell'Io* (per una esposizione esauriente, Phillips, Frederick, 1995). Il mondo dell'EMDR si sta gradualmente impadronendo anche di questi elementi propri della tradizione della psicoterapia ipnotica (i.e.: Manfield, 1998; Parnell, 1999), utilizzandoli come deviazioni rispetto al protocollo standard d'intervento ed implementandoli non con la trance ipnotica bensì con la stimolazione bilaterale. Al momento è difficile da parte degli autori esprimere al riguardo una valutazione complessiva, anche perché l'utilizzazione di queste metodologie con la stimolazione bilaterale piuttosto che in stato di trance ipnotica produce risultati non facilmente

comparabili, la cui efficacia probabilmente varia in funzione delle caratteristiche di personalità del paziente.

La psicoterapia ipnotica condotta prima dell'EMDR è poi assolutamente indicata quando il paziente non è in grado di "lasciarsi andare" e fidarsi delle proprie sensazioni ed emozioni, abilità fortemente richiesta dall'impiego dell'EMDR, e che può essere gradualmente sviluppata attraverso l'impiego della psicoterapia ipnotica, per esempio attraverso l'apprendimento di tecniche di autoipnosi.

Allo stesso modo, la psicoterapia ipnotica sembra agevolare il successivo lavoro con l'EMDR con persone provviste di una scarsa competenza emotiva, la cui massima espressione è l'alessitimia, rappresentando l'approccio ipnotico un possibile contributo all'addestramento dello sviluppo delle competenze emozionali e di "ascolto propriocettivo" necessari per questi pazienti (Taylor, 1997).

Quando il paziente non è adeguatamente capace di tollerare l'intensità delle emozioni o del dolore, un lavoro preparatorio con la psicoterapia ipnotica sembra ugualmente essere indicato, in quanto conferisce, nella maggior parte delle situazioni, un grado di sicurezza e di controllo maggiori al paziente (Beere, Simon, Welch, p. 219). Fa eccezione a questa regola la constatazione, da parte degli autori, che, in alcuni pazienti ad elevata sintomatologia dissociativa, l'assenza della modificazione dello stato di coscienza congiuntamente alla possibilità di avere gli occhi aperti e di lavorare in posizione seduta, conferisce loro un livello di controllo e di sicurezza maggiori.

L'inizio della psicoterapia attraverso l'ipnosi è poi da consigliarsi quando il paziente, essenzialmente come esito della sua storia di attaccamento (Giannantonio, 2000), si trova in una delle seguenti eventualità: 1) ha notevole bisogno di supporto per esplorare il proprio mondo interiore e, di conseguenza, l'impiego di metodologie ipnotiche è fortemente indicato potendo fare leva sul rapporto viscerale che instaura tra paziente e terapeuta e sul lavoro all'interno di una costante condizione di sicurezza. L'autoesplorazione sarà in questo modo avvantaggiata; 2) è estremamente diffidente ed ha paura di essere spinto in direzioni che non può controllare e per tale motivo, con l'EMDR, può scegliere di rendere impraticabile qualunque tentativo di lavoro diretto. Un preventivo lavoro permissivo ed indiretto con la psicoterapia ipnotica può essere fondamentale in quanto mostra chiaramente al paziente che il controllo del lavoro può e deve essere sempre nelle sue mani.

L'ipnosi durante l'EMDR

L'impiego dell'ipnosi durante una seduta di EMDR è innanzitutto indicata quando il paziente ha bisogno di recuperare il controllo dopo avere avuto accesso ad emozioni eccessivamente disturbanti. In alcune situazioni, inoltre, gli autori hanno riscontrato utile il passaggio all'interno di una stessa seduta dall'intervento con l'EMDR a quello ipnotico quando il paziente si trova in stallo perché si sente troppo pressato da una metodica, come l'EMDR, che è di fatto molto potente. Può allora essere utile l'invito ad un leggero stato di trance ipnotica che gli consenta di esplorare con maggiore lentezza e discrezionalità l'area di lavoro che si sta accingendo ad affrontare.

L'ipnosi dopo l'EMDR

Terminata la seduta di EMDR, l'induzione di un leggero stato di trance ipnotica può essere indicato quando il paziente è stato fortemente disturbato emotivamente dalla seduta oppure quando necessita di recuperare energie al seguito di una seduta molto faticosa.

Stimolazione bilaterale in stato di trance ipnotica

Mentre in tutti i punti precedenti si è fatto sostanzialmente riferimento a quello che la psicoterapia ipnotica può dare all'EMDR, esiste la possibilità che l'EMDR possa essere utile alla psicoterapia ipnotica attraverso l'impiego della stimolazione bilaterale effettuata in stato di trance ipnotica. In letteratura ci sono suggerimenti tecnici che invitano all'impiego dei movimenti oculari (gestiti autonomamente dal soggetto preventivamente istruito oppure facendogli aprire gli occhi con l'invito a seguire i movimenti delle mani del terapeuta) nel soggetto in trance ipnotica, al fine, ad esempio, di installare risorse o desensibilizzarsi nei confronti di ricordi disturbanti (Wade, Wade, 2001). Gli autori non hanno sufficiente esperienza per esprimere una valutazione complessiva e definitiva su questo stimolante tema, ma chi utilizza questa modalità di integrazione EMDR/Ipnosi da qualche anno ne testimonia la notevole efficacia (Grecchi, 2001; Hollander, Bender, 2001; Wade, Wade, 2001).

Lo stato di coscienza

A dispetto di quello che si potrebbe pensare superficialmente e di primo acchito, l'EMDR

non induce una modulazione dello stato di coscienza simile alla trance ipnotica, anche se alcune ricerche testimoniano che una delle componenti alla base dell'efficacia dell'EMDR sia una risposta generalizzata di rilassamento (per una rassegna, Shapiro, 1995) e l'unica ricerca esistente al riguardo non consentirebbe di distinguere così nettamente EMDR e ipnosi (Nicosia, 1994; per un commento: Beere, Simon, Welch, 2001). I terapeuti esperti in entrambe le metodiche, però, ne riconoscono chiaramente la differenza (ibid.). È però vero che, nell'esperienza degli autori, quando la stimolazione bilaterale viene effettuata non facendo muovere gli occhi bensì tamburellando alternatamente il dorso delle mani del paziente che tiene gli occhi chiusi, in alcuni pazienti la produzione mentale che ne consegue presenta caratteristiche squisitamente oniriche, sovrapponibili a quelle che si possono produrre in stato di trance ipnotica. È possibile che in questi casi - nell'esperienza degli autori assolutamente minoritari - si sia sviluppato uno stato di leggera trance ipnotica.

L'impiego alternato psicoterapia ipnotica/EMDR

Dell'opportunità di fare precedere all'EMDR la psicoterapia ipnotica si è già detto, come pure dell'utilità, in taluni casi, di interrompere una strategia di intervento EMDR per procedere con la psicoterapia ipnotica. A parere degli autori, però, è da considerarsi degna di considerazione anche l'eventualità contraria, ovvero l'opportunità di interrompere una strategia terapeutica fondata sulla psicoterapia ipnotica per rivolgersi ad una fondata sull'EMDR, anche se è necessario ancora molto approfondimento per avere delucidazioni sui criteri generali per un tale cambio strategico. Anche nella letteratura più aggiornata, infatti, non sembrano esserci particolari chiarimenti in seguito (si faccia riferimento al seguente numero dell'*American Journal of Clinical Hypnosis*, interamente dedicato all'argomento: 43, N° 3,4, 2001). Per esemplificare, il passaggio dalla psicoterapia ipnotica all'EMDR può essere indicato quando non è possibile individuare particolari episodi che fungono da *organizzatori psichici* del paziente (come in alcuni casi di Disturbi di Panico), ma piuttosto i momenti rilevanti per lo sviluppo della psicopatologia sono disseminati a decine lungo tutto l'arco dell'esistenza. L'EMDR, in questo caso, può consentire di ripercorrerli seguendo un percorso stato-dipendente più rapidamente che con la psicoterapia ipnotica, desensibilizzando il paziente nei loro confronti, eventualmente rielaborandoli con grande efficacia.

L'influenza della psicoterapia ipnotica sull'EMDR

Vista la giovane età dell'EMDR, se si fa eccezione per l'impiego sperimentale della stimolazione bilaterale in stato di trance e qualche suggestiva indicazione del paragrafo precedente, attualmente l'influenza fra le due metodiche non può che essere essenzialmente monodirezionale, e cioè della psicoterapia ipnotica nei confronti dell'EMDR. Se riassumiamo brevemente alcuni elementi fatti propri dall'EMDR e mutuati dalla tradizione della psicoterapia ipnotica, aggiungendone altri presenti in letteratura, il bilancio è davvero consistente: impiego di una condizione di sicurezza prima dell'intervento vero e proprio, installazione di risorse, tecnica dell'affetto-ponte (Watkins, Watkins, 1997) implementata dalla stimolazione bilaterale, intervento sugli Stati dell'Io, impiego di tecniche di visualizzazione per rilassare il paziente, *tecniche schermo* (Spiegel, Spiegel, 1978) per ridurre l'impatto emotivo della seduta di EMDR, l'inserimento di cosiddette "cognizioni positive" durante la stimolazione bilaterale che ricordano chiaramente un'attività di suggestione ecologica mentre il paziente ha minor controllo razionale sulle proprie attività mentali. A parte le questioni tecniche, tali scelte metodologiche, congiuntamente alla valutazione complessiva di tutto il protocollo standard di intervento per il PTSD, possono comportare ulteriori ed importanti deduzioni: poiché la psicoterapia ipnotica⁴ e l'EMDR sono così facilmente e produttivamente integrabili, evidentemente devono presentare notevoli similitudini procedurali e concettuali. Tali punti di unione possono, secondo il parere degli autori, essere riassunti nel modo seguente:

- entrambe, ericksonianamente, puntano al primato dell'efficacia piuttosto che a quello della completezza logico-formale di un impianto teoretico magari elegante e suggestivo, ma di fatto inefficace, adattando la terapia al paziente e non viceversa.
- entrambe tendono all'impiego olistico di tutte le risorse del paziente: razionali, comportamentali, emotive, somatiche, presupponendo, ericksonianamente, fino a prova contraria, che l'individuo posseda fin dall'inizio tutte le risorse necessarie per il cambiamento;
- sono entrambi approcci intrinsecamente psicosomatici e, come tali, elettivi nell'intervento sui disturbi post-traumatici (van der Kolk, 1996);
- entrambe sono particolarmente efficaci nell'intervento sulla memoria procedurale, sulla memoria stato-dipendente e nell'integrazione fra i differenti sistemi di

⁴ Per lo meno una determinata forma di psicoterapia ipnotica, ovvero quella radicata e plasmata dallo studio dei disturbi post-traumatici (i.e. Phillips, Frederick, 1995; Pennati, 1995a).

memoria (Giannantonio, 2000b);

- entrambe puntano sull'integrazione degli stati di coscienza, dell'identità personale, delle reti mnestiche, e delle psicoterapie in genere, presupponendo anche una concezione intrinsecamente dissociativa della mente (Phillips, Frederick, 1995), e con ciò distanziando inevitabilmente l'EMDR dall'approccio cognitivo-comportamentale che pure, sempre più frequentemente, fa riferimento ad essa;
- sono molto efficaci nel ridurre l'iperassociazione e la dissociazione, spesso entrambe presenti in molti traumi (van der Kolk et al., 1997),
- entrambe consentono una vivida produzione di esperienze interpersonali profondamente mutative atte ad integrare le precedenti esperienze di attaccamento deficitarie o patologiche (Giannantonio, 2000; Manfield, 1998; Parnell, 1999; Wade, Wade, 2001),
- entrambe hanno il limite intrinseco e pericoloso di essere frequentemente impiegate e pensate reggendosi su teorie implicite, non adeguatamente esplicitate;
- entrambe, e ciò è di importanza capitale, sono state plasmate da quella tradizione che da Pierre Janet fino a Bessel van der Kolk (ispirato lui stesso da Pierre Janet) ha lavorato efficacemente sui disturbi post-traumatici impiegando, implicitamente o esplicitamente, un modello dissociativo della mente umana (Phillips, Frederick, 1995; Pennati, 1995a,b).

Conclusioni

L'EMDR e la psicoterapia ipnotica sono due approcci alla psicoterapia con grandi potenzialità di integrazioni reciproche, al momento attuale essenzialmente della psicoterapia ipnotica nei confronti dell'EMDR. È però allo studio la possibilità di impiegare la stimolazione bilaterale in stato di trance, opzione meritevole di essere meglio approfondita. La psicoterapia ipnotica è però già nelle condizioni di potere imparare una cosa molto importante dall'EMDR, ovvero la necessità di produrre metodologie di intervento più standardizzate e verificabili, ambito nel quale la psicoterapia ipnotica, contrariamente all'EMDR, è più che lacunosa (per una valutazione recente dello stato dell'arte della ricerca della psicoterapia ipnotica nel trattamento del PTSD: Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O., Spiegel, D., 2000). La psicoterapia ipnotica del nuovo millennio, quindi, senza affatto dimenticare gli aspetti più creativi e suggestivi del proprio approccio, dovrebbe definitivamente uscire dall'indiscutibile efficacia provata solo nel

proprio studio e dalla letteratura aneddotica per orientarsi sistematicamente verso gli attuali standard richiesti dalla ricerca scientifica.

Riferimenti bibliografici

- Beere, D.B., Simon, M.J., Welch, K.** (2001). Recommendations and Illustrations for Combining Hypnosis and EMDR in the Treatment of Psychological Trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3-4: 217-231
- Bremner, D.J., Marmar, C. R.** (eds.) (1998). *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press
- Bremner, D.J., Vermetten, E., Southwick, S.M., Krystal, J., Charney, D.S.** (1998). Trauma, memory, and dissociation: an integrative formulation. In D.J. Bremner, C.R. Marmar. (eds), *Trauma, Memory, and Dissociation* (pp. 365-402). Washington: American Psychiatric Press
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H., Frueh, C.B.** (1999). Does EMDR Work? And if so, Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33
- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O., Spiegel, D.** (2000). Hypnosis. In E.B. Foa, T. Keane., M.J. Friedman (eds.), *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., De Rubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A., Bennet, J.S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Sholam, V., Stickle, T., Williams, D.A., Woody S.R.** (1998). Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist*, 51, 1, 3-16
- Chemtob, C.M., Tolin, D., van der Kolk, B., Pitman, R.** (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In E.B. Foa, T. Keane., M.J. Friedman (eds.), *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
- Foa, E.B., Keane, T., Friedman, M.J.** (eds.) (2000). *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
- Giannantonio, M.** (2000a). Attaccamento e psicoterapia ipnotica, *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnologica*, 1: 10-20

- Giannantonio, M.** (2000b). Trauma, psicopatologia e psicoterapia. L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), *Attualità in psicologia*, 3: 336-345
- Giannantonio, M.** (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.) e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza, *Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1: 5-23
- Giannantonio, M., Boldorini, A.L.** (1998). L'importanza e la bellezza di un rifugio interiore, in *Atti del XI Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Quarant'anni di ipnosi in Italia: presente e futuro"*
- Grecchi, V.** (2001). Comunicazione personale.
- Hollander, H. E., Bender, S.S.** (2001). ECEM (Eye Closure Eye Movements): Integrating Aspects of EMDR with Hypnosis for Treatment of Trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, N° 3,4: 187-202
- Lipke, H.** (2000). *EMDR and Psychotherapy Integration. Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress*. Boca Raton: CRC Press
- Manfield P.** (ed.) (1998). *Extending EMDR. A Casebook of Innovative Applications*. New York: Norton
- Marcus, S.V., Marquis, P., Sakai, C.** (1997). Controlled Study of Treatment of PTSD Using EMDR in a HMO Setting. *Psychotherapy*, 34, 3, 307-315
- Maxfield, L.** (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A Review of Treatment Efficacy for Posttraumatic Stress Disorder. *Traumatology*, V, 4
- Mosconi, G.** (2001). Principi Neo-ericksoniani di psicoterapia ipnotica. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica*, 21, 1: 6-9
- Nicosia, G.** (1994). A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography. Comunicazione presentata alla EMDR International Association Annual Conference, Sunnyvale, California, cit. in Beere, Simon, Welch, 2001.
- Parnell, L.** (1999). *EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children*. New York: Norton
- Phillips, M., Frederick, C.** (1995). *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton
- Pennati, A.** (1995a). Ipnosi integrazionale – paradigmi, fondamenti, obiettivi, metodologie, in *Ipnosi e psicoterapia ipnotica*, Atti del X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica, Milano

- Pennati, A.** (1995b). Ipnosi, dissociazione, guarigione nell'opera di Pierre Janet: una miniera d'oro alle radici della psicoterapia ipnotica, in *Ipnosi e psicoterapia ipnotica*, Atti del X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnatica, Milano
- Rothbaum, B.O.** (1997). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of posttraumatic Stress Disordered Sexual Assault Victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 3, 317-334
- Scheck, M.M., Schaeffer, J.A., Gillette, C.** (1998). Brief Psychological Intervention with Traumatized Young Women: The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 1, 25-44
- Shapiro, F.** (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford. (Trad. it. *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso I movimenti oculari*. Milano: McGraw-Hill, 2000
- Shapiro, F.** (2001). The Challenges of Treatment Evolution and Integration. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, N° 3,4: 183-186
- Shepherd, J., Stein, K., Milne, R.** (2000). Eye movement desensitisation and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychological Medicine*, 30, 863-871
- Spiegel, H., Spiegel, D.** (1978). *Trance and Treatment: Clinical uses of Hypnosis*. New York: Basic Books
- Taylor, G.** (1997). Indicazioni per il trattamento. In *Disorders of Affect Regulation. Alexitimia in medical and psychiatric illness* (pp. 151-268). Cambridge: Cambridge University Press (trad. it. *I disturbi della regolazione affettiva. L'alestitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore)
- van der Kolk, B.** (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (eds), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York: Guilford
- van der Kolk, B., Burbridge, J.A., Suzuki J.** (1997). The Psychobiology of Traumatic Memory. Clinical Implications of Neuroimaging Studies, in Yehuda R., McFarlane A.C. (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 821: *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, New York: New York Academy of Sciences
- Van Etten, M.L., Taylor, S.** (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*,

5: 126-144

- Wade, T.C., Wade, D.K.** (2001). Integrative Psychotherapy: Combining Ego States Therapy, Clinical Hypnosis, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in a Psychosocial Developmental Context. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, N° 3,4: 233-245
- Watkins, J.,G., Watkins, H., H.** (1997). *Ego States. Theory and Therapy*. New York: Norton
- Wilson, S.A., Becker, L.A., Tinker, R.H.** (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Psychologically Traumatized Individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 6, 928-937
- Wilson, S.A., Becker, L.A., Tinker, R.H.** (1997). Fifteen-Month Follow-Up of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, 1047-1056