Michele Giannantonio

Comunicazione presentata al IX Congresso della Società Europea di Ipnosi: L'ipnosi e gli altri modelli terapeutici nel nuovo millennio, Roma, 25-29 settembre 2002, pubblicata in www.psicotraumatologia.com

Psicoterapia ipnotica e Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): sinergie e integrazioni nella psicoterapia dei disturbi post-traumatici e dell'attaccamento

L'incremento costante di interesse nei confronti dei disturbi post-traumatici sta portando non soltanto ad un costante e rapido approfondimento delle conoscenze in questo campo, ma anche ad una continua riscoperta della psicoterapia ipnotica e ad un suo raffinamento come approccio psicoterapico. La psicoterapia ipnotica, infatti, non solo è la più antica delle psicoterapie, ma anche la prima ad essere stata in grado di trattare con successo gli esiti di esperienze traumatiche o altamente stressanti e ad attribuire ad esse una adeguata rilevanza in seno ad una comprensione trasversale della psicopatologia tutta. Nonostante l'evidente esistenza di frequenti esperienze traumatiche nel corso della vita delle persone, con ogni probabilità, però, solo le conseguenze sociali drammatiche di continui coinvolgimenti bellici (insieme alla rivoluzione della cultura femminista) hanno portato definitivamente al centro dell'attenzione la presenza di esperienze reali come implicate nello sviluppo di stati di sofferenza (Hacking, 1995). La rinascita del cosiddetto "modello traumatico" di Pierre Janet ha portato ad una iniziale riscoperta dei traumi secondo una concezione di essi come di esperienze discrete, circoscrivibili, rilevanti essenzialmente per la loro grandezza oggettiva; una tale visione, infatti, viene ufficializzata dalla pubblicazione della terza edizione del manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) e progressivamente diventa la concezione dominante in tema di Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD). Il progresso delle conoscenze, però, sta portando sempre più in luce che nella comprensione dei disturbi post-traumatici sono necessari modelli molto più complessi e non lineari (Pennati, 1995, 2001; Pennati, Grecchi, 2001), valutativi di un insieme di condizioni cliniche molto più vasto ed articolato di quello previsto dal DSM-IV (Wilson, Friedman, Lindy, 2001), pienamente immersi nei molteplici e affatto secondari *fattori di rischio*: psicologici, genetici, neurologici, biochimici, interpersonali, sociologici (per una rassegna: Yehuda, 1999). Oltre a ciò, anche nei confronti del più studiato e prototipico dei disturbi post-

traumatici, ovvero il Disturbo Post-traumatico da Stress, vengono sempre più decisamente sollevate obiezioni concettuali che renderebbero quantomeno parzialmente discutibili le ricerche sull'efficacia delle psicoterapie nel loro trattamento. Infatti, sebbene la quasi totalità della ricerca si concentri sulla valutazione testistica dei sintomi di intrusione, evitamento ed iperattivazione, nondimeno sembra opportuno pensare che il PTSD sia costituito anche da alterazioni del sistema motivazionale dell'attaccamento, delle strategie interpersonali e della strutturazione del Sé (Wilson, Friedman, Lindy, 2001) (Tabella 1).

Le considerazioni si fanno più problematiche, inoltre, se estendiamo il campo dell'attenzione all'intero *spettro* dei disturbi post-traumatici, in quanto le tematiche relative ai disturbi dell'attaccamento, dissociativi e di personalità gravi rendono ben più complessa la questione della valutazione dell'efficacia di un trattamento psicoterapeutico (Giannantonio, 2001; Wilson, Friedman, Lindy, 2001). Nonostante ciò, buona parte di queste ricerche si concentra esclusivamente sulla triade sintomatologica prevista dal DSM IV (intrusione, evitamento, iperattivazione), e tipicamente scremando nella composizione del campione sperimentale parte dei soggetti in comorbilità con altre patologie (Giannantonio, 2001) (Tabella 2), sebbene la comorbilità del PTSD oscilli, a seconda delle ricerche, dal 62 al 92% (Davidson et al., 1991; Shore et al., 1899). Infine, in parte rilevante di queste ricerche aleggia la tacita convinzione che la "bontà" di una psicoterapia nel trattare il PTSD sia generalizzabile ai disturbi post-traumatici *tout court*, e tale efficacia viene quasi sempre misurata come esito del trattamento di un singolo evento traumatico o di un assemblaggio di eventi affini, di norma attraverso strumenti di assessment la cui esaustività ed attendibilità d'indagine è quanto meno dubbia (Giannantonio, 2002).

Il risultato di questa parzialità metodologica e concettuale può, ad esempio, essere esemplificata utilizzando il caso di seguito sinteticamente tratteggiato. Una lettura superficiale dei dati porterebbe a far pensare ad un eccezionale risultato terapeutico in seguito a quattro sedute di EMDR nel trattamento, a scopo di ricerca (Anchisi, Guzzi, Fernandez, Giannantonio, Ziveri, 2001), di una ragazza di 25 anni con un PTSD connesso a molestie sessuali subite da un parente in età infantile, per tempo molto prolungato. È possibile osservare come l'attivazione nervosa misurata attraverso il tracciato SPR (*Skin Potential Response*) indichi come nel confronto tra la fase pre- e post-trattamento il soggetto reagisca in modo profondamente diverso all'esposizione immaginativa audioregistrata nei confronti dei ricordi traumatici (Tabella 3).

Tabella 1. Fonte: Wilson, J. P., Friedman, M. J., Lindy, J. D. (2001). *Treating Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford

TABLE 1.2. Common Goals in Treatment for PTSD and Their Relation to Allostasis

PTSD dimension	PTSD treatment goal
1. *Psychobiological alterations:* hypervigilance, irritability, proneness to anger, depression, emotional lability, exaggerated startle response, sleep disturbance, problems of concentration, dissociation, somatic expressions of PTSD, vulnerability to medical illness	Reestablish normal stress response; normalize PTSD as psychobiological process; medicate as necessary; restore sleep and relaxation mechanisms (e.g., biofeedback, exercise); understand dissociation as hyperarousal; gain insight into medical/somatic expressions of PTSD
2. *Traumatic memory:* intrusive recollections, nightmares, emotional (somatic) memories, acting-out/reliving trauma, reenactment play, perceptual illusions, dissociation, memory retrieval	Identify "triggers" for memories; active cognitive reappraisal; understand dissociative episodes; integrate memories of trauma; uncouple memory from debilitating affect; gain mastery over fear and distress; learn accurate appraisal of anxiety and threat stimuli
3. *Avoidance, numbing, and denial:* avoidance, emotional constriction/numbing, amnesia, loss of active social interpersonal engagement, substance abuse, social/geographic isolation, desexualization, estrangement and detachment, obsessive–compulsive, attention diversion as defense	Gain insight into development and use of avoidance/numbing/denial mechanisms; facilitate recall of fragmented, amnestic, repressed, or blocked memories; treat substance abuse concurrent with PTSD; restore self-esteem and identity as survivor rather than victim; find ways to reconnect to self, others, and meaningful activities; reduce maladaptive coping behavior; uncouple memory from fear response
4. *Self-concept, ego states, personal identity, and self-structure:* demoralization, ego fragmentation, identity diffusion, proneness to dissociation, hopelessness and helplessness, vulnerability, loss of spirit and vitality, dysphoria, shame, guilt, misanthropic beliefs, faulty cognitions about self and world	Reduce narcissistic injury to self; restore self-esteem; restore personal integrity and vitality; decrease sense of vulnerability; integrate trauma experience in self-concept; identify risks of suicidality; place trauma within developmental perspective; facilitate normal psycho-social development and understand changes in life-course developmental trajectory; correct faulty cognitions about self and world
5. *Attachment, intimacy, and interpersonal relations:* Alienation; mistrust, detachment; self-destructive relationships; somatic tension; "boundary" problems with others; issues of loss, abandonment, impulsiveness, and object relations deficits	Restore good personal relations; learn to establish healthy boundaries; confront emotional feelings associated with vulnerability, detachments, and problem areas associated with bodily tension, invoke self-trust and capacity for meaningful personal relationships

Tabella 2.

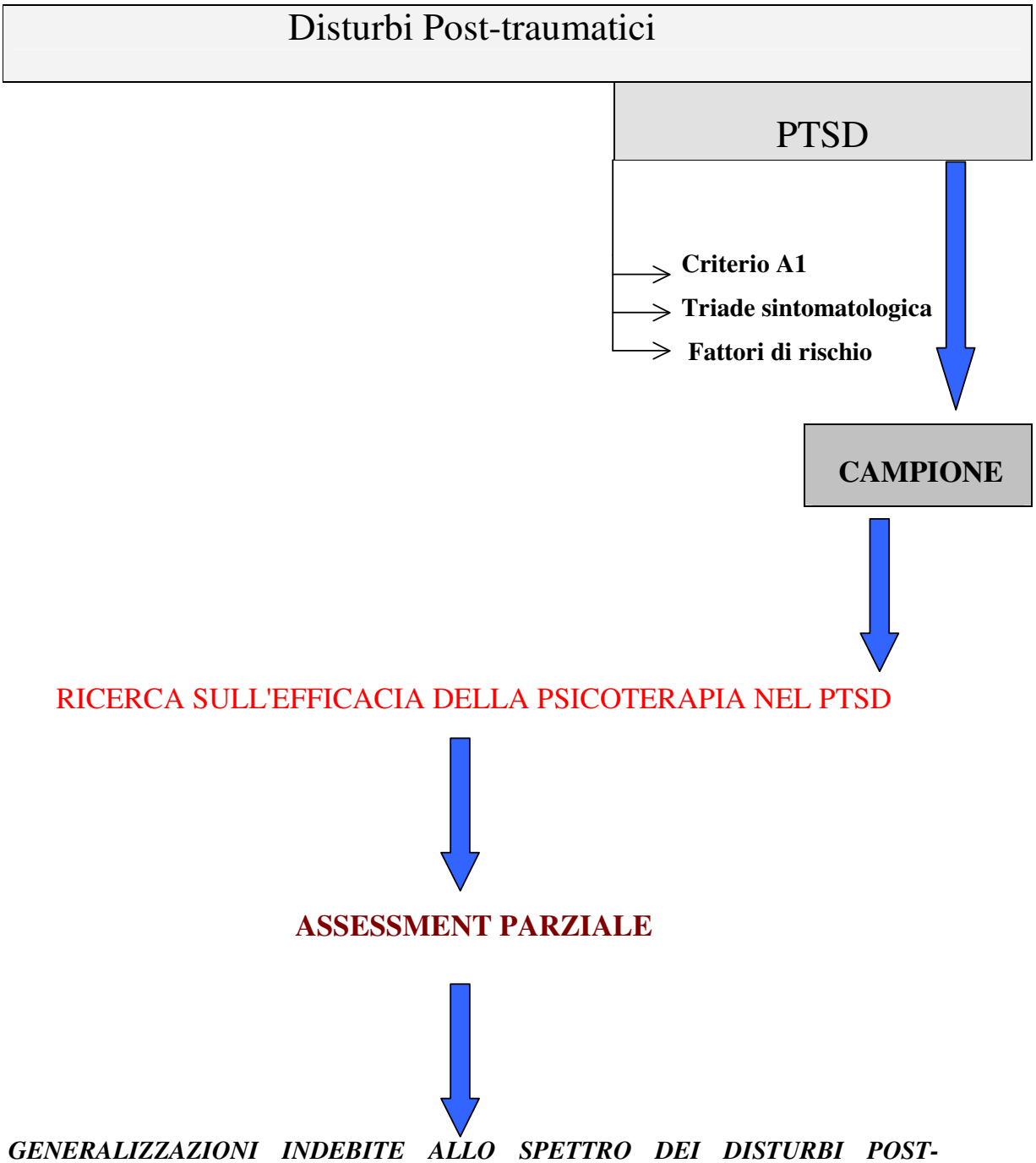
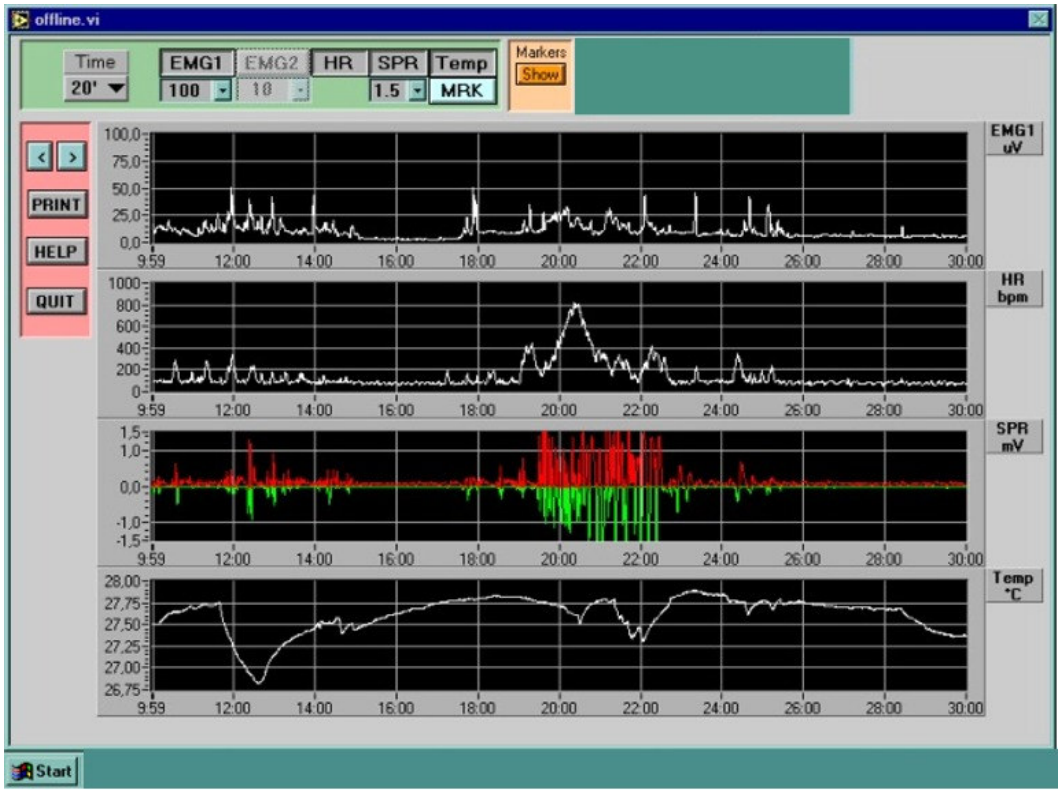

Disturbi Post-traumatici
PTSD
Criterio A1
Triade sintomatologica
Fattori di rischio
CAMPIONE
RICERCA SULL'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA NEL PTSD
ASSESSMENT PARZIALE
GENERALIZZAZIONI INDEBITE ALLO SPETTRO DEI DISTURBI POST-TRAUMATICI

Tabella 3. Tracciato SPR pre- e post-trattamento con EMDR all'esposizione immaginativa ai ricordi traumatici in un soggetto con PTSD. Nella registrazione pre-trattamento l'esposizione occupa dal 19' al 21' minuto, nel post-trattamento dal 4,50' al 5,50'



Sebbene si tratti di un risultato certamente interessante dal punto di vista clinico ed anche umano - vista la soddisfazione che il soggetto ha dimostrato attraverso il resoconto verbale e testistico, ma che è inopportuno riferire in questa sede -, nondimeno il problema più grande in sede di psicoterapia è risultato essere non tanto l'importanza delle molestie subite, quanto l'assenza di adeguate capacità di protezione e accudimento esibite dai genitori. La madre, in particolare, colto il parente sul fatto, non avrebbe poi fatto alcunché affinché l'abuso non si ripetesse. Sebbene il risultato ottenuto abbia migliorato le condizioni cliniche generali della paziente, il suo rapporto con la sessualità ed il partner, nondimeno ha lasciato inalterato una relazione altamente deteriorata con i genitori, una generale sfiducia nei confronti del prossimo ed una discreta tendenza alla dissociazione in presenza di situazioni stressanti.

Come implicitamente sostenuto in precedenza, una chiave di lettura particolarmente utile per la comprensione delle esperienze traumatiche nella vita di una persona e nella psicopatologia nel suo insieme, è la teoria dell'attaccamento di John Bowlby e dei suoi continuatori (Cassidy, Shaver, 1999). Infine, la teoria dell'attaccamento può rivelarsi di grande utilità per una lettura ed una pratica proficua della psicoterapia ipnotica, specie per quanto riguarda alcuni suoi aspetti più complessi e creativi, a volte condotti essenzialmente sulla base dell'intuizione e della propria esperienza clinica.

Il comportamento di attaccamento, frutto dell'evoluzione per la sopravvivenza della specie, è «quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento diventa evidente ogni volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure» (Bowlby, 1988). Compito biologico e psicosociale della figura di attaccamento è quello di svolgere nei confronti del bambino il ruolo di una *base sicura* da cui si possa affacciare verso il mondo esterno «e a cui possa ritornare sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato. In sostanza questo ruolo consiste nell'essere disponibili, pronti a rispondere quando chiamati in causa, ma intervenendo solo quando è chiaramente necessario» (Bowlby, 1988). In funzione delle esperienze con le figure di accudimento, il comportamento di attaccamento si organizzerebbe all'interno di specifici *patterns* di attaccamento, contraddistinti da schemi interpersonali, modalità di gestione delle emozioni, strategie di risoluzione di problemi, aspettative sull'esito delle relazioni. In presenza di

esperienze di incuria, di abuso (nelle sue diverse forme), di croniche condizioni di disagio ma anche in presenza di un lutto, possono strutturarsi patterns d'attaccamento disfunzionali o disorganizzazioni dell'attaccamento che stentano a modificarsi spontaneamente (Crittenden, 1994, 1999; Main, Hesse, 1992), possono rendere difficile se non impossibile un'alleanza terapeutica, e che è oltremodo riduttivo ricondurre alla semplice triade di sintomi previsti dal PTSD.

Milton Erickson è stato un anticipatore di molte strategie terapeutiche, e un aspetto del suo approccio che certamente è di grandissima attualità e potenzialità è proprio l'intervento sugli eventi o *scene nucleari* (Guidano, 1997) che hanno costituito i momenti aggreganti o fondanti dei pattern di attaccamento disfunzionali. Esempio emblematico di questo approccio è certamente la strategia esemplificata ne l'"Uomo di Febbraio" (Erickson, Rossi, 1989). **La psicoterapia ipnotica ha infatti il grande pregio di sapere intervenire efficacemente sugli esiti delle esperienze traumatiche meno studiate dalle ricerche sulla psicoterapia *evidence-based*** (efficacia purtroppo troppo poco valutata adeguatamente in sede di ricerca: Cardeña, 2000; Cardeña, Maldonado, van der Hart, Spiegel, 2000) ed una straordinaria ricchezza di strategie di intervento, peraltro inserite all'interno di un backgraund concettuale da sempre in rapporto osmotico con il trattamento delle esperienze traumatiche. Ciò nonostante, a parere di chi scrive, non sembra essere l'unica depositaria di tali potenzialità.

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1995), infatti, una delle più recenti innovazioni nel campo del trattamento del PTSD e dei disturbi post-traumatici, dimostra marcate similitudini "filosofiche", cliniche e procedurali con le metodiche d'intervento proprie della psicoterapia ipnotica improntata al trattamento dei disturbi post-traumatici (Bjick, 2001; Phillips, 2000, 2001). 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 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. L'EMDR è stata valutata «trattamento probabilmente efficace» (valutazione A/B) nella terapia del PTSD dalla *Task Force on Psychological Intervention dell'American Psychological Association* (Chambless et al., 1998) e, più recentemente, 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'EMDR sta coinvolgendo in prima linea anche gli studiosi di psicoterapia ipnotica, ed è emblematico che il primo numero dell'*American Journal of Clinical Hypnosis* del 2001 sia interamente dedicato al rapporto fra ipnosi e EMDR.

In linea generale, i rapporti fra psicoterapia ipnotica ed EMDR possono essere analizzati a due livelli: 1) integrazione tecnica e 2) comparazione teoretica[2]. 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 non ci si occuperà solo di questo livello di analisi.

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 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

---

[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., 1997).

2 Per una trattazione più approfondita si rimanda a Beere, Simon, Welch, 2001; Giannantonio, Boldorini, 2001; Hoolander, Bender, 2001; Phillips, 2001; Wade, Wade, 2001.

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). 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 dell'autore, 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 con soggetti provvisti di scarse capacità di modulazione delle emozioni o scadente competenza emotiva, rappresentando l'approccio ipnotico un possibile contributo all'addestramento dello sviluppo delle competenze emozionali e di "ascolto propriocettivo" necessari per questi pazienti (Taylor, 1997).

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* (Watkins, Watkins, 1997). Il mondo dell'EMDR si sta gradualmente impadronendo di questi elementi propri della tradizione della psicoterapia ipnotica (i.e.: Manfield, 1998; Parnell, 1999; Phillips, 2001; Schmidt, 1998, 1999), utilizzandoli come deviazioni rispetto al protocollo standard d'intervento ed implementandoli non con la trance ipnotica bensì con la stimolazione bilaterale.

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 adeguate tecniche di autoipnosi (Giannantonio, 1998).

L'inizio della psicoterapia attraverso l'ipnosi è poi da consigliarsi quando il paziente, essenzialmente come esito della sua storia di attaccamento, 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. 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'induzione della trance ipnotica 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, può essere 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 tende ad imporre un ritmo serrato alla rielaborazione di un trauma. 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, ad esempio 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). L'autore non ha una sufficiente esperienza per esprimere una valutazione

complessiva e definitiva su questo tema, ma ci sono indicazioni per ipotizzare una notevole efficacia di questa modalità di integrazione (Grecchi, 2001; Hollander, Bender, 2001; Wade, Wade, 2001).

L'EMDR prima della psicoterapia ipnotica

Quando il paziente non è adeguatamente capace di tollerare l'intensità delle emozioni o del dolore, un lavoro preparatorio con la psicoterapia ipnotica sembra essere indicato in quando conferisce, nella maggior parte delle situazioni, un grado di sicurezza e di controllo maggiori al paziente (Beere, Simon, Welch, 2001). Fa eccezione a questa regola la constatazione che, in alcuni pazienti con sintomatologia elevatamente dissociativa, l'assenza della modificazione dello stato di coscienza congiuntamente alla possibilità di avere gli occhi aperti e di lavorare in posizione seduta, può conferire loro un livello di controllo e di sicurezza maggiori. Allo stesso modo, quando la richiesta di rilassamento e di abbandono proprie della psicoterapia ipnotica è fonte di una angoscia ingestibile, può essere impostato un iniziale lavoro con l'EMDR, passando in una seconda fase ad un eventuale intervento con la psicoterapia ipnotica, ma senza alcuna necessità di modificare la strategia di intervento. In queste condizioni, un iniziale lavoro con l'EMDR consente di condurre interventi che con la psicoterapia ipnotica potrebbero risultare, invece, molto difficoltosi, lenti o decisamente impraticabili.

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. È però 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 approfondimento per consolidare criteri generali per un tale cambio strategico. Anche nella letteratura più aggiornata, infatti, non sembrano esserci particolari chiarimenti in seguito, sebbene ci sia una significativa tendenza a proporre l'ipnosi nelle fasi esplorative, che necessitano di maggiore contenimento o di abreazioni frazionate (Fine Berkowitz, 2001) e l'EMDR nell'intervento su eventi critici chiaramente evidenziabili (si faccia riferimento al seguente numero dell'*American Journal of Clinical Hypnosis*,

interamente dedicato all'argomento: 43, N° 3-4, 2001). Oltre a ciò, 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 ad esempio 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, orientandolo alla loro rielaborazione.

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 al momento è essenzialmente monodirezionale, e cioè della psicoterapia ipnotica nei confronti dell'EMDR. Se riassumiamo brevemente gli elementi dell'EMDR e mutuati dalla tradizione della psicoterapia ipnotica 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), intervento sugli Stati dell'Io, 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. Poiché la psicoterapia ipnotica[3] e l'EMDR sono così intuitivamente e produttivamente integrabili, evidentemente devono presentare notevoli similitudini procedurali e concettuali, e la stessa Shapiro ha recentemente sostenuto che l'integrazione fra EMDR e ipnosi potrebbe portare ad enormi benefici (Shapiro, 2001). Tali punti di unione possono 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 non necessariamente efficace, adattando la terapia al paziente e non

3 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).

viceversa.

- Entrambe tendono all'impiego olistico delle risorse del paziente, razionali, comportamentali, emotive, somatiche, interpersonali, presupponendo - fino a prova contraria - che l'individuo possegga fin dall'inizio tutte le risorse necessarie per il cambiamento. Sono entrambi approcci intrinsecamente psicosomatici e, come tali, elettivi nella psicoterapia dei 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 memoria (Giannantonio, 2000b).
- Entrambe puntano all'integrazione degli stati di coscienza, dell'identità personale, delle reti mnestiche, e delle psicoterapie in genere (Shapiro, 1995, 2001, 2002), presupponendo anche una concezione intrinsecamente dissociativa della mente (Phillips, Frederick, 1995).
- Sono molto efficaci nel ridurre l'iperassociazione e la dissociazione, spesso presenti contemporaneamente come esito dei traumi (van der Kolk et al., 1997).
- Entrambe utilizzano dispositivi - la trance ipnotica da un lato, la stimolazione bilaterale all'interno di un contesto di attenzione duale dall'altro - che consentono una rielaborazione agevolata degli eventi traumatici, in chiave primariamente ma non esclusivamente somatica, aiutando a bypassare ma anche a modificare i *meccanismi di esclusione selettiva delle informazioni* (Bowlby, 1988) che ostacolano una fisiologica e spontanea rielaborazione degli eventi traumatici, l'integrazione di essi nella rete delle informazioni e delle risorse esistenti, l'integrazione delle parti scisse del Sé, la modificazione di modelli operativi interni disfunzionali.
- Entrambe sono state plasmate da quella tradizione che da Pierre Janet fino a Bessel van der Kolk (influenzato egli stesso da Janet) ha lavorato efficacemente sui disturbi post-traumatici impiegando, implicitamente o esplicitamente, un modello dissociativo della mente umana (Phillips, Frederick, 1995; Pennati, 1995).
- **Entrambe consentono una vivida produzione virtuale di esperienze interpersonali profondamente mutative atte ad integrare le precedenti esperienze di attaccamento deficitarie o patologiche** (Giannantonio, 2000 a,b; Manfield, 1998; Parnell, 1999; Wade, Wade, 2001).

Quest'ultimo punto è di importanza capitale, differenziando entrambi gli approcci dalla quasi totalità delle abituali metodiche psicoterapeutiche. Impiegando sia l'EMDR che la psicoterapia ipnotica si nota frequentemente come - spontaneamente - i pazienti, durante la rielaborazione di un trauma o di un evento particolarmente stressante, alterino secondo modalità ecologiche l'andamento dei fatti storicamente avvenuti. In particolare, questo fenomeno è di grande importanza quando riferito a specifici eventi che assurgono al ruolo di veri *organizzatori psichici* oppure quando riferito a scene nucleari strettamente connesse allo sviluppo del sistema comportamentale dell'attaccamento, esito dell'assemblaggio cognitivo, emotivo e viscerale di situazioni significative ripetute, prototipiche, solitamente non evitabili e non intenzionali. In altre parole, è come se i pazienti si ritrovassero ad avere una seconda possibilità per sperimentare relazioni interpersonali che potrebbero consentire loro di sviluppare patterns d'attaccamento più ecologici ed integrati tra loro. È frequente la comparsa spontanea di "parti" della persona provviste delle capacità necessarie per affrontare le situazioni che allora li hanno soverchiati o resi impotenti, ed anche l'intervento delle stesse parti o di figure di attaccamento alternative nello svolgimento di una funzione di accudimento riparatorio e generativo nei confronti delle parti rimaste - metaforicamente - fuori dal tempo e perciò non sincronicamente evolute con le parti più adattive. L'EMDR, anche facendo esplicito riferimento alla Terapia degli Stati dell'Io della tradizione ipnotica, negli ultimi anni sta implementando sistematicamente queste strategie autocurative agite spontaneamente dai pazienti, organizzandole all'interno di un modello di intervento che, come anche attraverso la psicoterapia ipnotica, consente una ripresa - in senso stretto - dello sviluppo del sistema comportamentale dell'attaccamento, ritornando esattamente nei momenti critici del suo sviluppo, desensibilizzandoli, modificandoli, ed integrandoli con esperienze correttive e maturative, il tutto all'interno di una realtà virtuale profondamente radicata nella memoria procedurale e nel soma, anche attraverso interventi decisamente direttivi. **Queste potenzialità rendono EMDR e psicoterapia ipnotica in grado di affrontare disturbi post-traumatici diversi dal PTSD, ma anche di occuparsi di aspetti del PTSD attualmente trascurati dalla ricerca sull'efficacia delle psicoterapie**, e non trattabili con approcci che tendono essenzialmente alla desensibilizzazione o alla rielaborazione meramente verbale degli eventi traumatici.

Un tale approccio non può però assolutamente sostituire la fondamentale funzione trasformativa della gestione della relazione terapeutica (innanzitutto l'obiettivo di rendere il setting terapeutico una base sicura; Bowlby, 1988), ma solo integrarsi e potenziarsi con essa.

Bibliografia

Ammaniti, A., Stern, D.N. (a cura di) (1992). *Attaccamento e psicoanalisi.* Bari: Laterza

American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Trad. it. Milano: Masson, 1990.

American Psychiatric Association (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IVª Edizione. Trad. it. Milano: Masson, 1996

Anchisi, R., Guzzi, R., Fernandez I., Giannantonio M., Ziveri D. (2001). Biofeedback measures in EMDR treatment, *International CIANS Conference* (CIANS: Collegium Internationale Activitatis Nervosae Superioris; International Association for Integrative Nervous Functions, Neurobiology of behaiour and Psychosomatics), Palermo, 3-6 ottobre 2001

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

Bjick, S. (2001). Accessing the Power in the patients with Hypnosis and EMDR, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3-4: 203-216

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Trad. it. Milano: Cortina, 1989

Briere, J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington: American Psychological Association

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. (2000). Hypnosis in the Treatment of Trauma: A promising, but not fully supported, Efficacious Intervention, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 2, 225-238

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

Cassidy, J., Shaver, P.R. (1999) (eds). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. 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

Crittenden, P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria a pratica in famiglie ad altro rischio*. Milano: Guerini

Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult attachment Interview*. Trad. it. Milano: Cortina

Davidson, J. R. T., Hughers, D., Blazer, D., et. al. (1991). Postraumatic Stress Disorder in the Community: an Epidemiological Study. *Psychological Medicine*, 21, 1-19

Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious*. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1976

Erickson, M., Rossi, E.L. (1989). *L'uomo di febbraio. Lo sviluppo della coscienza e*

dell'identità nell'ipnoterapia. Trad. it. Roma: Astrobabio, 1992
Fine, C.G., Berkowitz, A.S. (2001). The Wreating Protocol: The Imbrication of Hypnosis and EMDR in the Treatment of Dissociative Identity Disorder and Other Dissociative Responses, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3-4: 275-290
Foa, E.B., Keane, T., Friedman, M.J. (eds.) (2000). *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
Gauld, A. (1992). *A History of Hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press
Giannantonio, M. (1998). Una tecnica di autoipnosi "strutturata" per il Disturbo di Panico con Agorafobia, in *Atti del XI Congresso Nazionale A.M.I.S.I.*, "Quarant'anni di ipnosi in Italia: presente e futuro", *pubblicato in www.psicotraumatologia.com*
Giannantonio, M. (2000a). Attaccamento e psicoterapia ipnotica. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnotica*, 1: 10-20, *pubblicato in www.psicotraumatologia.com*
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, *pubblicato in www.psicotraumatologia.com*
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, *pubblicato in www.psicotraumatologia.com*
Giannantonio, M. (2002). Interventi riparativi e generativi nelle patologie gravi dell'attaccamento e nel Disturbo Post-traumatico da Stress: EMDR e psicoterapia ipnotica, *XI Congresso Nazionale SITCC: Psicoterapia e scienze cognitive. La realtà clinica tra prpcedure, dialogo terapeutico e ricerca scientifica*, Bologna, 19-22 settembre, *pubblicato in www.psicotraumatologia.com*
Giannantonio, M., Boldorini, A.L. (2001). Psicoterapia ipnotica e Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): influenze, similitudini, differenze, in *Atti del XII Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Ipnosi del 2000: il pensiero di Milton Erickson e dei neo-ericksoniani"*, 2001: 275-284, *pubblicato in www.psicotraumatologia.com*
Grecchi, V. (2001). Comunicazione personale
Guidano, V. (1987). *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva.* Torino: Boringhieri
Hacking, I. (1995). *La riscoperta dell'anima*. Trad. it. Milano: Feltrinelli, 1996
Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391
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 Psychoterapy Integration. Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress*. Boca Raton: CRC Press
Main, M., Hesse, E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori, in Ammaniti, Stern, 1992
Maxfield, L. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A Review of Treatment Efficacy for Posttraumatic Stress Disorder. *Traumatology*, V, 4
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. *Psychoterapy*, 34, 3, 307-315
Parnell, L. (1999). *EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children*. New York:

Norton
Pennati, A. (1995), Ipnosi integrazionale – paradigmi, fondamenti, obiettivi, metodologie, in Ipnosi e psicoterapia ipnotica, Atti del X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, Milano
Pennati, A. (2001). Complessità, umiltà, olisticità: paradigmi fondanti la psicoterapia ipnotica ericksoniana, in Atti del XII Congresso AMISI, *Ipnosi del 2000: il pensiero di Milton Erickson e dei neo-ericksoniani*
Pennati, A., Grecchi, V. (2001). Psicoterapia ipnotica ericksoniana e nuove codificazioni dei disturbi di personalità, in Atti del XII Congresso AMISI, *Ipnosi del 2000: il pensiero di Milton Erickson e dei neo-ericksoniani*
Phillips, M. (2000). *Finding the Energy to Heal. How EMDR, Hypnosis, TFT, Imagery, and Body-Focused Therapy Can Help Restore Mondbody Health*. New York: Norton
Phillips, M. (2001). Potential Contribution of Hypnosis to Ego Strengthening, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3-4: 247-262
Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton
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
Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford, Trad. it. 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
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
Schmidt, S. J. (1998). Internal Conference Room Ego-State Therapy and the Resolution od Double Binds: Preparing clients for EMDR trauma processing, *EMDRIA Newsletter*, giugno
Schmidt, S. J. (1999). Resource-Focused EMDR: Integration of Ego State Therapy, Alternating Bilateral Stimulation, and Art Therapy, *EMDRIA Newsletter*, marzo
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
Shore, F.S., Chen, J., McFarland, R.E. et al. (1989). Postraumatic Stress Disorder and Concurrent Psychiatric Illnes: a Preliminary Report. American *Journal of Psychiatry*, 177, 681-685
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'alessitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore)
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
Yehuda, R. (1999). *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychiatric Press
Wade, T.C., Wade, D.K. (2001). Integrative Psychoterapy: Combining Ego States Therapy, Clinical Hypnosis, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing

(EMDR) in a Psychosocial Developmental Context. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3,4: 233-245

Watkins, J.,G., Watkins, H., H. (1997). *Ego States. Theory and Therapy*. New York: Norton

Wilson, J.P., Friedman, M.J., Lindy, J.D. (eds) (2001). *Treating Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford

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