

**XVI CONGRESSO NAZIONALE IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA:  
DALL'INDUZIONE AL PERCORSO TERAPEUTICO: Lo stato dell'arte in Italia  
20, 21 e 22 maggio 2015  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA**

**Titolo:**

**“NON SOLO INDUZIONI: LE TECNICHE INDIRETTE E L'UTILIZZO DELLA TRANCE NATURALE NEI PERCORSI  
DI PSICOTERAPIA IPNOTICA. MODELLI TERAPEUTICI E SPUNTI CLINICI”**

**Parole chiave:**

Psicoterapia Ipnotica, tecniche dirette e indirette, modelli terapeutici.

**Autore:**

**Dott.ssa Flavia Ilaria Passoni**, Psicologa e Psicoterapeuta, Responsabile di Synesis, Centro di Consulenza Psicologica, Carnate (Mb)

**Istituto:**

Synesis, Centro di Consulenza Psicologica, Psicoterapia Ipnotica Clinica  
(Carnate-MB)

**Abstract:**

*"C'è qualcosa che sapete, ma non sapete di sapere. Quando scoprirete ciò che sapevate, ma che non sapevate di sapere... sapete di poter incominciare" (M.H. Erickson)*

Nell'affacciarsi all'infinito orizzonte dell'Ipnosi, dall'aspetto fenomenologico fino all'utilizzo tecnico in un vero e proprio percorso di cambiamento psicoterapeutico, sarebbe consigliabile cominciare allora, in modo aperto e non pregiudizievole, dall'esplorazione dei molteplici e complessi meccanismi sottesi al cambiamento terapeutico, senza cadere nelle consuete trappole delle comuni identificazioni e sovrapposizioni di termini, quali, ad esempio, ipnosi trance e psicoterapia ipnotica che conservano ontologicamente preziose differenze. Affascinati inizialmente dal vasto orizzonte di strumenti e insegnamenti con cui ci si confronta in questo ambito, dopo un approccio iniziale di studio, si corre il rischio, infatti, di rimanere imbrigliati in alcuni intoppi epistemologici ed operativi, perdendosi nella preziosità di certi tecnicismi e identificando in sintesi l'operato dell'ipnoterapeuta con il virtuosismo procedurale di un abile induttore di trance e sapiente costruttore di induzioni, perdendo il senso più ampio del processo terapeutico in sé, in cui terapeuta e paziente sono immancabilmente coinvolti e co-protagonisti.

Il presente lavoro prende respiro dall'analisi critica in chiave neo-ericksoniana delle Tecniche illustrate nei vari passi delle opere di Milton Erickson e dalle evidenze cliniche riscontrati nelle "esperienze sul campo" nel tentativo della loro applicazione operativa.

Passando attraverso i diversi approcci di induzione alla trance, dai più formali ai più estemporanei, verranno passate in rassegna diverse possibilità tecnico-operative utilizzabili

dall'ipnoterapeuta all'interno nel procedimento terapeutico, dove terapeuta e paziente restano soggetti attivamente partecipi di uno scenario in continuo mutamento, in cui si realizzano infinite possibilità di creatività, guarigione e apprendimento.

Passando attraverso i livelli multipli di comunicazione, che utilizzano analogie, giochi di parole, metafore emotive e immagini mentali, ripresi da quanto illustrato direttamente da M. H. Erickson nelle sue opere principali, verranno considerati e illustrati, attraverso brevi esempi clinici, i procedimenti spesso trascurati, delle tecniche indirette, parallele all'induzione di trance e parimenti motrici del cambiamento terapeutico. A partire dagli effetti sorprendenti dell'utilizzo della spontanea trance naturale, a quelli più discreti della disseminazioni, alle disarmanti verità dei truismi, agli effetti disorientanti della confusione, passando attraverso gli interrogativi che suscitano nuove possibilità di risposta (associativa e responsiva), fino gli effetti inattesi ma correlati con la psicoterapia ipnotica delle implicazioni e dei doppi legami, declinate nell'orizzonte neoericksoniano. Qui l'accento e l'attenzione del terapeuta si sposta, come nel tema del presente congresso "dall'induzione al processo terapeutico": l'ipnosi, intesa come procedimento operativo di induzione della trance e le tecniche indirette vengono inquadrati come semplici strumenti dell'orizzonte ben più ampio della Psicoterapia Ipnotica, intesa come comunicazione terapeutica e luogo del cambiamento, a cui vanno attribuiti ruoli tecnico-operativi, finalità, funzionalità, poteri e limiti diversi, pur costituendo due facce della stessa medaglia e restando interdipendenti tra loro. Passaggio obbligato nella strada volta a riconfermare il ruolo della comunicazione terapeutica liberandola dalle sovrastrutture della parte tecnico-induttiva e dalle fenomenologie eclatanti del passato con valore puramente dimostrativo ma che nulla hanno a che fare con il reale processo di cambiamento/evoluzione del paziente.

Snodo essenziale del contributo sarà porrà l'accento sul fatto che i diversi procedimenti, diretti e indiretti, per quanto complessi e internamente diversi essi siano, siano in estrema sintesi tutti volti a suscitare un effetto preciso nella mente inconscia del paziente, in grado di recepire le emozioni positive suscitate dalle diverse tecniche, per costruire così le proprie realtà ipnotiche, ovvero una realtà soggettiva indiretta in cui vivere e realizzare vere e proprie esperienze comportamentali. Realismo percettivo che agisce anche neuro fisiologicamente sul paziente facendogli vivere vie alternative e stati d'animo che lo rendono consapevole delle proprie potenzialità e della loro utilizzazione.

In questo orizzonte le tecniche "classiche" vengono rivisitate in senso strettamente neoericksoniano e traggono la loro vera essenza clinica e il potere terapeutico dalle solide basi del rapport empatico, contesto e strumento terapeutico stesso. Qualsiasi tecnica, infatti, per quanto ben congegnata e applicata, perde di efficacia lontano dalla solidità della fiducia reciproca nel setting, in quanto volte ad un comune obiettivo che senza di esso non potrebbe essere realizzato: la sollecitazione delle risorse interiori e la risoluzione naturale del sintomo.

Qualche conclusiva menzione ad alcune tecniche costituite da schemi terapeutici ricorrenti individuati e sistematizzati ex post l'opera di M. H. Erickson, (quali il noto ricalco, la distrazione dell'emisfero dominante, la generalizzazione), precede la riflessione finale del presente contributo sulla confluenza delle diverse tecniche facenti capo alla psicoterapia ipnotica all'orizzonte comune del cambiamento terapeutico, prodotto internamente al paziente, attraverso la ristrutturazione dei problemi in attività costruttive e la creazione di nuovi quadri di riferimento al posto dei vecchi schemi.

### **Abstract:**

Studying such an infinite field like Hypnosis, we should always start by exploring the complex mechanisms related to the therapeutic change, without using terms like hypnosis, trance or hypnotic psychotherapy in the same way, since each term has differences and unique characteristics. Since we are fascinated by the vast horizon of tools and courses related to these concepts, we often face the risk of being trapped by the desire of focusing on specific definitions, losing ourselves in the vast world of technical terms and banally identifying the job of the hypnotherapist as the person who's capable of making you live a special and in-trance moment. By so doing, we don't focus on the more complex and important context of the therapeutical process, in which both the therapist and the client are involved with the same amount of implication.

Our mission here is to illustrate, through some clinical samples, the processes of indirect techniques, which are always considered as secondary and not important, but which are actually close to the trance induction and other therapeutical activities. Therefore here we focus on the therapeutical process: the hypnosis, defined as the operative process of trance inducing, and the indirect techniques are considered as tools in the vast world of Hypnotic Psychotherapy.

Our analysis will therefore focus on the fact that even if complex and different, both direct and indirect techniques have the same goal of stimulating a definite and precise effect in the unconscious mind of the patient in order to build his own hypnotic realities in which he can live real behavioral experiences.

In this context the classic techniques are re-evaluated from a new-ericksonian point of view and get their therapeutic and clinical essence from empathic relationships, contexts and therapeutical instruments. Any technique, even if well applied, can lose its efficacy if there's not trust in the setting, since the solicitation of internal resources and the natural resolution of the symptom cannot be reached without it.

### **Articolo:**

*"C'è qualcosa che sapete, ma non sapete di sapere. Quando scoprirete ciò che sapevate, ma che non sapevate di sapere... sapete di poter incominciare" (M.H. Erickson)*

Nell'affacciarsi all'infinito orizzonte dell'ipnosi, dall'aspetto fenomenologico fino all'utilizzo tecnico e terapeutico della trance in un vero e proprio percorso di cambiamento/evoluzione del paziente, sarebbe consigliabile, prendendo spunto dalla citazione di M.H. Erickson, cominciare allora, in modo aperto e non pregiudizievole, dall'esplorazione dei molteplici e complessi meccanismi sottesi al cambiamento terapeutico, senza cadere nelle consuete trappole delle comuni identificazioni e sovrapposizioni di termini, su cui a lungo è già stato scritto, che hanno visto sovrapporsi, per poi ontologicamente differenziarsi ed identificarsi, sostantivi e aggettivi quali "trance", "ipnosi", "ipnotico" e "psicoterapia ipnotica".

Affascinati inizialmente dal vasto orizzonte di strumenti e insegnamenti con cui ci si confronta in questo ambito, dopo un approccio iniziale di studio, si corre il rischio, infatti, di rimanere imbrigliati in alcuni intoppi epistemologici ed operativi, perdendosi nella preziosità esteriore di certi tecnicismi e identificando, in sintesi, l'operato dell'ipnoterapeuta con il virtuosismo procedurale di un abile induttore di trance e sapiente costruttore di induzioni, perdendo il senso più ampio del

processo terapeutico in sé, in cui terapeuta e paziente sono immancabilmente coinvolti e co-protagonisti.

Non è infrequente, infatti, che approdino nei nostri studi pazienti estremamente determinati, che, per svariate motivazioni riconducibili a precedenti percorsi fallimentari, al timore di una profonda introspezione personale o ad aspettative magico-irrealistiche, richiedano acriticamente un'ipnosi "a priori", da applicarsi nel più breve tempo possibile, e soprattutto, sempre e comunque, a prescindere da qualsiasi analisi del caso o da quanto ritenuto opportuno dal terapeuta. All'estremo opposto compaiono invece quelle persone fobiche, sovente inviate da altri pazienti o affascinati dalla novità del metodo, ma che rifuggono, altrettanto aprioristicamente e immotivatamente, l'utilizzo della trance ipnotica, quasi si trattasse di un oscuro meccanismo incontrollabile e incomprensibile. In sintesi, senza sollevare lo spinoso argomento dell'opportunità di colludere o meno con le aspettative dei pazienti, il terapeuta neo-ericksoniano si trova spesso nella condizione, per reindirizzare la prima tipologia di utenza e assicurare la seconda, di dover operare all'interno dell'orizzonte della psicoterapia ipnotica senza dover o poter, utilizzare il consueto e consolidato procedimento di induzione formale della trance. E di fatto, il buon terapeuta ipnotico non si scompone di fronte a una tale necessità, ma si appresta a utilizzare i molteplici strumenti a sua disposizione nel comune scopo, condiviso con il paziente, nonché obiettivo terapeutico, del cambiamento/evoluzione dello stesso. Processo in cui l'induzione è certamente un elemento cardine e catalizzatore di effetti terapeutici, ma, fortunatamente, non l'unica risorsa a nostra disposizione.

Non dimentichiamo infatti che l'aggettivo "ipnotico", a completamento e determinazione del sostantivo "psicoterapia", va ad indicare non solo un procedimento terapeutico trasformativo, che passa anche attraverso la trance, ma va a descrivere la peculiarità di tale procedimento, come modalità di comunicazione stessa tra paziente e terapeuta, di cui l'elemento principe non è la trance, bensì lo specifico tipo di rapporto che si instaura tra paziente e terapeuta. Come sottolinea lo stesso M.H. Erickson, l'ipnosi può quindi definirsi come "*un'esperienza congiunta di collaborazione*" (Erickson M.H. e Rossi E, 1980, trad. It. Opere vol. I- IV, Astrolabio, Roma 1984), che pertanto va ben oltre il semplice processo induttivo della trance, ma si configura come un peculiare modo di comunicare, originalissimo, irripetibile nei contenuti, poiché declinato secondo la specificità del caso, e orientato all'obiettivo comune di ottenere il cambiamento del paziente attraverso il recupero e l'utilizzazione delle proprie risorse individuali.

Ciò che si sottolinea nel presente contributo è la centralità del modo di comunicare trasmessa da M. H. Erickson nelle sue molteplici opere, poiché è all'interno di essa che si collocano i diversi strumenti, siano essi induzioni di trance o tecniche indirette o strumenti terapeutici quali immagini mentali, metafore e analogie, tutti indirizzati verso una comunicazione a due livelli: conscio e inconscio, strettamente interrelati.

La comunicazione del terapeuta neo-Ericksoniano, segue, all'interno del rapporto, uno schema duttile ma ben preciso e funzionale, operando una mediazione tra la coscienza e l'inconscio, in cui si parte dal comune riferimento a meccanismi mentali e modelli di comportamento noti al paziente (automatici e quindi funzionalmente inconsci) per poi attivare, dopo aver depotenziato gli atteggiamenti coscienti (ed è qui che si collocano esempi di tecniche come la distrazione lo shock-sorpresa, il sovraccarico cognitivo, la confusione, i paradossi e i doppi legami) una specifica ricerca inconscia (a sua volta declinata in diversi modi attraverso allusioni, giochi di parole, domande a finale aperto o stimoli che suscitano tutte le risposte possibili) volta a recuperare, attraverso atteggiamenti auto-esplorativi, le risorse interne del paziente rendendole disponibili per la soluzione del problema.

Tale ricerca è guidata, ma non direttamente predeterminata, dal terapeuta, attraverso la sollecitazione di processi inconsci, che hanno come effetto la produzione di una 'risposta ipnotica'

data della riorganizzazione di nuovi modelli di funzionamento, con un effetto direttamente tangibile a livello comportamentale. In termini più semplici è possibile affermare che ciò che viene immediatamente afferrato dalla mente conscia è il contesto e il senso generale della comunicazione, che risulta pertinente e densa di significato, mentre le associazioni che non appartengono al contesto generale, o che risultano troppo difficili e incomprensibili, oltrepassano gli atteggiamenti coscienti del soggetto e vengono recepiti dall'inconscio, dove producono i loro effetti attraverso una ricerca "transderivazionale" di nuove associazioni, in grado di ristrutturare un sistema di riferimento più stabile, che a sua volta produce una risposta nuova e del tutto spontanea del paziente, tangibile in termini cognitivi e comportamentali: *"Quando Erickson carica il contesto generale di parole, frasi o proposizioni che hanno delle associazioni individuali comuni, quelle associazioni acquisiscono influenza nell'inconscio fino al punto da esprimersi all'esterno in una esperienza comportamentale che la mente cosciente in quel momento registra con un senso di sorpresa, perché le viene offerta una risposta di cui non sa rendere conto, che viene perciò descritta come se fosse avvenuta 'del tutto a sé', senza alcuna intenzione cosciente da parte del soggetto: la risposta sembra esser autonoma o 'ipnotica'"* (Erickson M.H., Rossi E. e Rossi SH.1976, trad. It. *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma 1979, p.283).

Pertanto è del tutto irrilevante lo strumento che il terapeuta sta utilizzando, sia esso un'induzione di trance o qualsiasi altra tecnica o manovra terapeutica, poiché ciò che sta avviando a livello comunicativo nel rapporto è questo procedimento di utilizzazione dei processi mentali propri della persona, che vanno al di là della normale razionalità e del controllo dell'Io.

La centralità del processo di cambiamento è pertanto da identificarsi non negli strumenti ma nella comunicazione ipnotica stessa, identificata, citando un importante contributo di S. Giacosa *"Come il mezzo attraverso il quale si riesce ad effettuare una trasmissione privilegiata, che permette di essere ricevuto al di sopra della limitatezza del conscio per giungere e agire nella creatività dell'inconscio"* (S. Giacosa, 2009, *Psicoterapia Ipnotica: elementi dell'evoluzione neo-ericksoniana raccolta in un libro recente*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano).

L'induzione di trance conserva pertanto un valore intrinseco nella sua potenzialità di produrre quell'inversione di dominanza emisferica, che garantisce l'accesso alla mente inconscia, ma ciò non implica affatto che un procedimento psicoterapeutico ipnotico debba sempre necessariamente avvalersi solo di tale strumento, e che nessun' altro cambiamento, definibile come "ipnotico" possa essere autenticamente indotto senza di essa. D'altra parte, l'esperienza insegna, la stessa induzione di trance, se non adeguatamente condotta, non gradisce in alcun modo l'avvio di tale processo, con conseguente stallo del problema del paziente.

Così come, depotenziando gli schemi coscienti del paziente, le stesse tecniche indirette si configurano come "induttrici di trance" nel senso più generale del termine, provocando nel paziente quella concentrazione dell'attenzione per cui viene completamente assorto nel fenomeno della trance naturale a noi ben nota come "comune trance quotidiana".

Gli strumenti a disposizione del terapeuta, infatti, come avremo modo di illustrare con qualche piccolo esempio derivato dalla trattazione clinica dei casi allegati al presente contributo, sono differenti, ma ciò che preme sottolineare è la duttilità di impiego della tecnica ipnotica, che può servirsi di molteplici altri mezzi per evocare l'esperienza personale del paziente, nella finalità di una riorganizzazione autonoma e autogenerata del paziente attraverso l'utilizzazione delle sue risorse personali. Il confronto con le prove di realtà e la sperimentazione di diversi modelli di funzionamento rappresentano il tramite dell'espressione operativa e tangibile della ricerca interna,

in cui i diversi strumenti terapeutici sono il viatico della possibilità di un'armonizzazione e riallineamento tra mente conscia e inconscia.

Passando attraverso i diversi approcci di induzione alla trance, dai più formali ai più estemporanei, il terapeuta neo-ericksoniano ha infatti a sua disposizione diverse possibilità tecnico-operative, che si giocano nei livelli multipli di comunicazione, e utilizzano le più trascurate tecniche indirette, analogie, giochi di parole, metafore emotive e immagini mentali, ripresi da quanto illustrato direttamente da M. H. Erickson nelle sue opere principali, e tutte parimenti motrici del processo di cambiamento terapeutico, dove terapeuta e paziente restano soggetti attivamente partecipi di uno scenario in continuo mutamento, in cui si realizzano infinite possibilità di creatività, guarigione e apprendimento.

Qui l'accento e l'attenzione del terapeuta si sposta, come nel tema del presente congresso "dall'induzione al processo terapeutico": l'ipnosi, intesa come procedimento operativo di induzione della trance, e le tecniche indirette vengono inquadrati come semplici strumenti dell'orizzonte ben più ampio della Psicoterapia Ipnocica, intesa come comunicazione terapeutica e luogo del cambiamento. Passaggio obbligato nella strada volta a riconfermare il ruolo della comunicazione terapeutica liberandola dalle sovrastrutture della parte tecnico-induttiva e dalle fenomenologie eclatanti del passato, con valore puramente dimostrativo, ma che nulla hanno a che fare con il reale processo di cambiamento/evoluzione del paziente.

I diversi procedimenti, diretti e indiretti, per quanto complessi e diversificati, sono, in estrema sintesi, tutti volti a suscitare un effetto preciso nella mente inconscia del paziente, in grado di recepire *"le emozioni positive suscitate dalle diverse tecniche, per costruire così le proprie realtà ipnotiche, ovvero una realtà soggettiva indiretta in cui vivere e realizzare vere e proprie esperienze comportamentali"* (Mosconi G., 2008, *Ipnosi neo-ericksoniana: la psicoterapia e il training ipnotico*, Franco Angeli, Milano, p.111). Realismo percettivo che agisce anche neuro-fisiologicamente sul paziente, facendogli vivere vie alternative e stati d'animo che lo rendono consapevole delle proprie potenzialità e della loro utilizzazione.

In questo orizzonte le tecniche "classiche" vengono rivisitate in senso strettamente neo-ericksoniano e traggono la loro vera essenza clinica e il potere terapeutico dalle solide basi del rapporto empatico, contesto e strumento terapeutico stesso. Qualsiasi tecnica, infatti, per quanto ben congegnata e applicata, perde di efficacia lontano dalla solidità della fiducia reciproca nel setting, in quanto volta ad un obiettivo che senza di esso non potrebbe essere realizzato: la sollecitazione delle risorse interiori e la risoluzione naturale del sintomo.

Le stesse metafore (dal termine greco "metaférein" = trasferire, il cui scopo è quello di spostare un significato dalla sfera concettuale a quella empirica e viceversa, raggiungendo il sistema simbolico degli individui), ad esempio, traggono la loro validità solo nella possibilità di avviare, a livello linguistico, quella ricerca interna volta a mobilitare le risorse personali.

Le immagini mentali, d'altro canto, conservano il loro valore clinico solo nella misura in cui mantengono la loro funzione transitiva, tra pensiero e linguaggio, nonché iconica, di rimandare ad altro, all'interno di quel processo di attivazione autonoma di capacità immaginative, stimolata dal terapeuta, e in alcun modo preconfezionata, a scopo suggestivo, come avviene nei fenomeni pubblicitari.

E così per tutti gli altri strumenti terapeutici che vanno analizzati all'interno di questo orizzonte.

La centralità della comunicazione ipnotica deriva dalla sua stessa essenza ontologica, in cui si riscopre il valore della parola: *"Il parlare non è mai un puro e semplice neutro comunicare è sempre anche un agire su di noi e sugli altri con cui comunichiamo è un costruire delle realtà relazionali dove ci mettiamo in gioco anche inconsapevolmente dove insomma va di mezzo qualcosa di noi e degli altri."*

*[...]Se terapeuta e paziente sono funzioni di un campo di relazione, allora per noi è fondamentale, in quanto buoni psicoterapeuti, essere capaci di tutelare custodire proteggere e intreccio delle nostre funzioni "extra terapeutiche" in breve i luoghi e i modi in cui si articola la vita di persone" (I. Lanzini, 2013, *Nomi, verbi, aggettivi: per un uso accorto delle parole in psicoterapia ed ipnosi*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 2, Milano)*

In questo processo non va trascurata l'importanza delle esperienze personali del terapeuta che, utilizzando la spinta generativa della propria stessa mente inconscia, accompagna senza dirigere, e sovrintende senza predeterminare il cammino del paziente, verso un orizzonte comune ma in un approccio più possibile naturalistico, individuale e personalizzato.

Un 'ultima riflessione finale va ai termini, da sempre controversi, di "Diretto-Indiretto" e "Direttivo-non Direttivo". Per "dirette" si intendono quelle tecniche, più note ad altri approcci terapeutici, che comunicano esplicitamente a livello cosciente, un contenuto, che si auspica venga immediatamente recepito ed elaborato nella comunicazione. Con il termine "Indirette", si fa invece riferimento a quelle tecniche, tipiche della psicoterapia ipnotica, che aggirano le difese coscienti, depotenziandole, per operare una comunicazione ad un livello inconscio, volte al procedimento terapeutico di cui sopra.

Tali aspetti, non vanno confusi con il concetto di "Direttività" che implica, invece, la funzione specifica di guidare e coordinare ad un fine. In questo orizzonte l'ipnoterapeuta si muove utilizzando prevalentemente tecniche indirette in un contesto di non direttività, pur dovendo necessariamente conservare, come è bene in psicoterapia, alcuni elementi di direttività. Si potrebbe parlare, più autenticamente, di una "indiretta direttività" in cui la stessa comunicazione ipnotica, si nutre di quel linguaggio comune che non può prescindere dalle esperienze di vita, desideri e aspettative del paziente. L'immagine del suo mondo è punto di partenza per questo tipo di comunicazione da cui il terapeuta deve partire: è da questa immagine infatti che il paziente opera le generalizzazioni, in modo più o meno funzionale, aspetti che non devono essere misconosciuti ma piuttosto riutilizzati per indirizzare il paziente nella direzione verso quale vuole andare.

### **Introduzione ai Casi Clinici: "Imparare a disimparare"**

Poiché, come spesso accade, le teorizzazioni rispetto ai diversi approcci psicoterapeutici rischiano di perdersi in un orizzonte astratto, perfettamente comprensibile ma scarsamente tangibile, mi è sembrato opportuno declinare i contenuti del presente lavoro anche attraverso l'applicazione diretta, pratico-operativa, di alcuni casi clinici, opportunamente scelti, tanto per la varietà e ricchezza della sintomatologia, quanto per la tipologia di paziente.

In entrambi i casi discussi non è mai stato utilizzato l'approccio diretto all'induzione della trance: nel primo caso si è trattato di una scelta deliberata del terapeuta che ha preferito, a torto o ragione ma con un sostanziale buon esito terapeutico, differenziare l'attuale trattamento dal percorso pregresso, in cui l'approccio induttivo era stato ampiamente utilizzato. Nel secondo caso era stata fatta richiesta esplicita dei genitori del piccolo paziente, per quanto rassicurati dal terapeuta, di non utilizzare procedure ipnotiche dirette.

Per l'esigenza di un maggior collegamento con quanto precedentemente espresso, mi sono soffermata a riportare la denominazione formale delle diverse tecniche utilizzate, ben consapevole, d'altra parte, del loro valore relativo all'interno di quel processo di cambiamento, squisitamente umano, che si gioca nel passaggio di emozioni, sensazioni e modelli di vita, costruito nello specifico rapporto con il paziente.

Sono d'obbligo infatti due importanti precisazioni che permettono di ricollocare il presente contributo in una cornice teorica più ampia.

Da un lato, infatti, è bene sottolineare che, per quanto possa essere utile una conoscenza approfondita delle diverse tecniche e opzioni terapeutiche utilizzabili all'interno di un contesto di psicoterapia ipnotica, non è il numero o il tipo di utilizzo delle stesse a essere garanzia dell'avvio di quel processo di trasformazione del paziente sopra riportato. Non è infatti la dovizia di tecnicismi e virtuosismi a fare presa sull'emotività del paziente, sollecitando le sue esperienze trasformative. Rifugiandoci nello studio "matto e disperato" delle infinite possibilità di realizzazione terapeutica, si corre il rischio di "perdere la bussola" e la centralità dell'oggetto stesso dell'intervento, in cui, un eccesso di tecnicismi e formalismi, finirebbero immancabilmente per allontanare paziente e terapeuta, ottenendo quello stesso stallo che si otterrebbe se nessun approccio terapeutico fosse tentato. Rivedo spesso, nella pratica clinica quotidiana, nelle induzioni condotte da tirocinanti e giovanissimi colleghi, quell'attenzione acuta e accorta agli aspetti procedurali, per condurre, nel miglior modo possibile, l'induzione del caso, che io stessa usavo nei primi tentativi induttivi, dimenticando quell'approccio naturalistico profondo e spontaneo insegnato da Milton Erickson. In esso, ciò che si realizza, e a cui si dovrebbe tendere, è invece un passaggio emozionale ed esperienziale profondo con il paziente, dove si incontrano due interiorità, uniche e irriducibili, dove poco conta la realizzazione di una sequenza ordinata di azioni, ma un'intesa intensa e irriducibile, dove il consiglio costante è quello di utilizzare sempre "meno tecnica e più cuore". *"Toglietemi tutto ma lasciatemi rapport"* citava Mosconi in uno dei suoi ultimi articoli nella rivista del Febbraio 2010, parafrasando il significato di una nota pubblicità e trasmettendo quanto tutti gli orpelli tecnici di un procedimento terapeutico possano, di fondo, essere abbandonati, purché non venga toccato il vero fulcro del procedimento terapeutico: *"il nostro rapport, comunicato in modo più familiare possibile, quello ericksoniano, nato e costruito direi su misura di noi psicoterapeuti ipnotisti, la cui presenza è simile alla meravigliosa finalit  del poeta barocco: senza quella ricercata e valida meraviglia, la sua opera   inutile, cambi mestiere."* (Mosconi G., 2010, *toglietemi tutto ma lasciatemi il rapport*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano.)

La seconda considerazione viene di conseguenza: una volta precisato come la terminologia tecnica qui utilizzata non voglia in alcun modo esaurire e snaturare l'approccio naturalistico della comunicazione ericksoniana, in cui l'ecologia psicologica del paziente resta il campo principale del cambiamento, d'altra parte   vero che, altrettanto naturalmente, si declina il loro utilizzo. Lo studio accurato e accorto delle diverse opere di M.H. Erickson e delle tecniche usate rappresenta un bagaglio fondamentale per ogni terapeuta, ma quello che poi si realizza nell'effettivo contesto della seduta con il paziente, non   un'applicazione pedissequa e diretta di quanto rigidamente programmato, ma pi  spesso un uso inconsapevole e naturale di quelle stesse modalit  apprese e studiate in altri momenti didattici, quasi nella mente del terapeuta diventi un naturale modo di pensare, sentire e comportarsi. Non si spaventino dunque i nuovi e/o giovanissimi allievi, e non si annoino gli esperti, nell'analisi cos  accuratamente tecnica di quanto accaduto nei seguenti casi: entrare nell'orizzonte della terapia ipnotica diventa, dopo un po' di tempo, per il terapeuta, un vero e proprio "status mentis" oltre che un "modus operandi", dove non   tanto pi  necessario pensare a lungo cosa fare e dire, quanto invece essere ed esserci.

Personalmente ho trascorso met  della mia giovane carriera clinica ad apprendere le tecniche che mi avrebbero consentito un trattamento pi  profondo ed efficace degli aspetti disfunzionali che i miei pazienti mi chiedevano di modificare e l'altra met  a dimenticarmi queste stesse tecniche, alla ricerca di quel rapporto pi  profondo e autentico che mi avrebbe consentito di usarle.



## Casi clinici:

### **VOLERE VOLARE: l'uso delle tecniche indirette in un caso di fobia del volo**

Elettra è una paziente di 39 anni, impiegata da tempo presso una ditta che produce vernici, in cui riveste un consolidato ruolo amministrativo. E' coniugata da 10, attualmente senza figli. È una paziente già nota allo studio, presso cui si era presentata due anni prima per una problematica, diventata invalidante, di gestione dell'ansia che l'aveva condotta ad alcuni attacchi di panico e a una limitazione disfunzionale di diverse aree della propria vita. In anamnesi erano già stati segnalati un rapporto complesso con la famiglia d'origine, conservatrice e di vecchio stampo, familiarità per disturbi psicologici in linea paterna e un pregresso evento traumatico riconducibile ad un'interruzione di gravidanza all'età di 17 anni.

Elettra richiede un nuovo appuntamento a distanza di diversi mesi dalla chiusura del percorso con una nuova, pressante richiesta: affrontare la sua più grande paura, ancora residua e fino ad allora solo marginalmente menzionata, consistente in una fobia di volare in aereo, presumibilmente nata in seguito ad un'attraversata turbolenta al ritorno del proprio viaggio di nozze. Da allora Elettra ha evitato qualsiasi tipo di viaggio aereo, il cui solo pensiero sembra resuscitare i vecchi sintomi ansiosi con conseguente esitamento fobico di tutti quei luoghi e situazioni che potrebbero essere associati ad una nuova esperienza di volo.

#### **Prima seduta:**

Elettra si presenta come sempre in seduta curata nell'aspetto, perfettamente orientata spazio-temporalmente; l'affettività è sintona e modulabile, buona la rispondenza empatica, linguaggio appropriato al contesto. Al momento del colloquio sembra scevra da qualsiasi sintomatologia invalidante anche se traspare una certa concitazione nel comunicare il suo nuovo, e apparentemente molto sofferto, obiettivo terapeutico.

Essendo la paziente nota e in remissione sintomatologica decido di rinforzarla immediatamente con una manovra indiretta che mi consente al contempo incoraggiarla rispetto all'ambizioso obiettivo terapeutico e di indurla indirettamente ad indagare sulle reali motivazioni sottesi a tale richiesta:

*“ Complimenti! devi avere delle ragioni personali importanti per porti un obiettivo tanto coraggioso!”* affermo mentre sposto il discorso sul generico tema del volo, facilitando le libere associazioni della paziente sul tema.

Segue un lungo monologo della stessa che si prodiga a raccontare tanto delle esperienze pregresse quanto del trauma e paura subiti durante il turbolento ritorno dal viaggio di nozze, in cui per lungo tempo, si è trovata costretta in un abitacolo angusto e molto poco rassicurante, provando un profondo senso di impotenza e mancanza di controllo. Dal novero delle associazioni successive sembrano essere questi i due termini più ricorrenti associati alle esperienze di volo, quasi effetto di un condizionamento accidentale avvenuto in occasione di quella esperienza, cronologicamente collegata allo stesso periodo di esordio della sintomatologia ansiosa, a causa della quale la paziente aveva iniziato a sentirsi davvero impotente e incapace di controllarsi nella vita quotidiana, al di là della semplice tematica del volo.

Sposto quindi il discorso, volutamente in modo distratto, su queste due importanti tematiche, utilizzando una **focalizzazione associativa indiretta** per indurre la paziente a continuare sulla stessa tematica, riconoscendo gradualmente la ripetitività dei due termini nel proprio discorso

e avvicinandosi inconsciamente sempre di più a quella che, in prima battuta, sembra essere un'importante eziologia del problema. Ne segue infatti, in modo del tutto accidentale ma altrettanto illuminante per la paziente, una riflessione rispetto al fatto che quella esperienza proprio non ci voleva, in quel periodo che avrebbe dovuto essere il più felice, eppure si era rilevato insostenibile al punto che la paziente si era ripromessa di "non volersi mai più sentire intrappolata e legata alle sue stesse paure", vittima di una situazione che non poteva controllare, metafora eccezionalmente corrispondente alla situazione di costrizione, sperimentata nel volo, legata ad un sedile nel bel mezzo di un viaggio turbolento.

Chiudo la prima seduta con una **prescrizione paradossale** come manovra volta a potenziare gli schemi coscienti della paziente, in attesa della generazione autonoma dei primi germogli di una nuova possibile ipotesi di funzionamento alternativo: ribadisco alla paziente che il suo obiettivo è lodevole, ma tanto ambizioso, forse, da non poter realisticamente essere perseguito, e che di fatto non è poi così fondamentale dover necessariamente volare, sussistendo una serie di alternative valide perseguibili per gli spostamenti in viaggio, tanto più che Elettra non sembra esservi tenuta per lavoro. La invito pertanto a riflettere sulla sua richiesta, ridimensionandone la reale utilità, suggerendole di non prenotare alcun volo ora, fino a che non avesse trovato un motivo realmente valido che non avesse avuto niente a che fare con l'utilità del volo stesso.

Ne risulta un efficace impiego della tecnica ipnotica, che sapientemente (o serendipitamente?) condensa in una manovra gli effetti della **sorpresa-shock** data dalla prescrizione paradossale inattesa (con conseguente di potenziamento delle difese coscienti della stessa) , con l'utilizzo dei **truismi ad esplicazione temporale** ("ora" - "finché"), con l'utilizzo della **negazione**, che porta a superare l'**inibizione negativa**, data dalla ripetizione di un comportamento disfunzionale, attraverso la spontanea tendenza ad esplorare la possibilità opposta, di fatto alternativa, ma mai utilizzata né contemplata.

### **Seconda seduta:**

Con un sorriso sornione Elettra si presenterà infatti alla seconda seduta sventolando un biglietto aereo acquistato per una vacanza a Cuba a distanza di poco più di un mese, quasi fosse la distanza geografica del tragitto a quantificare la misura oggettiva della sua determinazione e motivazione. Riporta di essersi sentita smarrita nel periodo immediatamente successivo alla seduta, ma di aver gradualmente acquisito la consapevolezza di voler davvero perseguire questo obiettivo, quasi come una sfida personale, dopo il successo del precedente percorso, nonché una rivendicazione di quello stato di impotenza passiva in cui era caduta nel periodo della manifestazione del suo disturbo d'ansia, quasi il volo diventasse l'esplicazione concreta e operativa della sua capacità di azione, in un'inversione metaforicamente chiasmatica, in cui, nel volere volare, volare è volere.

Rinforzo il risultato raggiunto con ulteriori **truismi**, che, da un lato **introducono** ancora una **dimensione temporale**, dall'altro permettono una constatazione semplice di fatto su un comportamento che la paziente ha sperimentato così spesso da non poterlo negare, attivando quella ricerca inconscia che rappresenta lo snodo chiave del recupero delle risorse interiori motrici di un genuino e autogenerato cambiamento:

*"Ora che sei certa di voler recuperare le tue capacità di fare, dobbiamo però chiederci come perseguirle, in questo processo di ricerca dove saremo implicate entrambe come terapeuta e paziente, così come la*

*nostra mente conscia e inconscia, ed è verosimile che la tua paura possa iniziare a diminuire di intensità non appena il tuo inconscio saprà che può affrontare questa prova in modo diverso e costruttivo”.*

Seguono altre forme indirette tra cui **domande che suscitano nuove possibilità di risposta**, volte a depotenziare gli schemi coscienti e avviando quella ricerca inconscia nei cui momenti di vuoto il terapeuta si inserisce con adeguati stimoli positivi.

La ricerca è così attivata: in questa e nelle sedute successive si prosegue seguendo i flutti, dopo aver salpato l'ancora, verso l'orizzonte che si intravede, indefinito ma individuabile, sentendo senza ascoltare, vedendo senza guardare, sognando senza immaginare, evolvendo senza mutare.

### **Sedute successive:**

Tra le diverse tecniche usate nel corso delle sedute successive, un passaggio cruciale ha rappresentato un **ricalco nel futuro**, in cui è stato richiesto alla paziente di visualizzare se stessa al termine della terapia e al momento del sospirato volo, riproducendo a ritroso i passi che l'hanno condotta fino al momento del decollo. **Distorsione temporale** efficace e necessaria a ricercare quella metodologia alternativa autonomamente costruita dalla paziente ma fino a poco tempo prima impensabile e irrealizzabile.

Nelle ultime sedute prima del volo ci siamo concesse una vicaria esperienza anticipatoria rassicurante: *“Devi sentirti davvero molto soddisfatta del percorso fin qui fatto e di fatto è quasi un peccato attendere fino alla data del volo per goderti a pieno i profitti di un così duro lavoro svolto. Ad ogni modo, devi sentirti davvero realizzata e a tuo agio, piacevolmente gratificata. E ciò sia che tu attenda piacevolmente e liberamente il giorno del viaggio, sia che tu inizi a vivere liberamente e piacevolmente il tuo viaggio mentale, qui, comodamente seduta con me, sul sedile dell'aereo, godendo a pieno della soddisfazione che ti sei meritata, e lasciandosi trasportare dalle sensazioni positive che puoi provare, sia, infine, che tu decida di viverle quotidianamente nella vita di tutti i giorni, attraverso quei piccoli gesti che ti fanno sentire piacevolmente liberata dalle tue vecchie costrizioni.”*

E ciò viene realizzato facendo leva sulle recenti acquisizioni della paziente, e usando stimoli positivi quali la **disseminazione** di parole evocative di sensazioni positive, **alternative che implicano tutte le possibilità di risposta** (aspettare il viaggio, prefigurarlo mentalmente, vivere la piacevolezza delle sensazioni del viaggio nella vita quotidiana) imbrigliando in un **doppio legame terapeutico**, e utilizzando, pur senza nessun induzione formale della trance il procedimento della **localizzazione ideodinamica indiretta**, utile per far sperimentare alla paziente direttamente come le idee possono trasformarsi in una reale esperienza di pensieri, sensazioni e percezioni. Non a caso Elettra sceglierà la seconda possibilità e si congederà dall'ultima seduta con un'esperienza psicosensoriale di volo rassicurante ed appagante, per quanto non così soddisfacente come quella sperimentata nel corso del suo viaggio.

### **APPRENDERE ad APPRENDERE- CHRISTIANBURRASCA: l'uso delle tecniche indirette in un caso di ipnoterapia pediatrica**

Simpatico e irrequieto Christian è un bimbo di 8 anni che frequenta la terza elementare, accompagnato al primo appuntamento dai genitori, una giovane coppia che ho incontrato la settimana prima per raccogliere la richiesta e tracciare un breve inquadramento anamnestico sintomatologico del caso. Affiatati e indipendenti, i genitori si sono conosciuti poco più che ventenni

durante gli studi universitari della prima nella città del secondo, un'intesa immediata e un breve corteggiamento è stato sufficiente a renderli coppia di fatto, seguito un paio d'anni dopo dal matrimonio e dalla nascita del piccolo Christian, e, a quattro anni di distanza, da quella della sorellina Sofia. Il padre è un calciatore professionista, seguito negli spostamenti dalla sollecita moglie, che ha intrapreso diverse professioni di tipo impiegatizio e commerciale, di cui l'ultima nell'azienda di famiglia, esperienza chiusa con una grave compromissione dei già critici e pericolanti rapporti con la propria famiglia di origine, caratterizzati da sempre, a quanto racconta, da menzogne violenze psicologiche, ingiustizie e comportamenti altamente conflittuali, causa principale del suo allontanamento in altra città.

Aspetti tuttora in essere che influiscono, congiuntamente ad altri fattori importanti, sul comportamento di Christian, caratterizzato, negli ultimi tempi in ambito scolastico, da bruschi scoppi di collera, atteggiamenti impulsivi non controllati e recentemente estremizzati in comportamenti aggressivi rivolti verso i compagni, sovente in occasione di scherno o scaramucce infantili, tali da richiedere l'intervento degli insegnanti. Pur non presentando un analogo comportamento all'interno delle mura domestiche, i genitori sono concordi nel riconoscere la tendenza di Christian ad agire senza un adeguato filtro razionale e l'inadeguatezza e gravità dei recenti episodi.

### **Prima seduta:**

Rimasto solo con me, dopo qualche frase di intesa volta a dissolvere la tensione e resistenza iniziali e a creare un comune clima di alleanza spostato al contempo l'argomento di conversazione su un terreno più favorevole al bambino, e, partendo da una dissertazione sui giochi preferiti dal piccolo, mi soffermo a chiedere se in queste circostanze si sono mai verificati i comportamenti di cui mi hanno riferito i genitori, per poi ampliare il raggio di indagine agli altri ambiti in cui il piccolo ha la percezione di comportarsi in modo inadeguato. Per sua stessa ammissione Christian riconosce l'inopportunità di questi comportamenti, con un inatteso senso critico che sembra più ispirato ad una riflessione autonoma che ad una morale eteronoma esternamente imposta: *"Non m'importa dei castighi, tanto alla fine non mi fanno niente di particolare, è che non so come spiegare, succede che non mi sento più io e dopo mi rendo conto e mi dispiace tanto. Cioè lo so benissimo che non dovrei fare così, ma non ci riesco."*

Un'ulteriore approfondimento porterà Christian ad **associare** a quelle circostanze un sentimento di inadeguatezza, che per la prima volta viene però individuato non solo come la conseguenza di un comportamento inappropriato, ma come la causa stessa che sembra averlo generato. Ristrutturo pertanto la nostra preziosa intuizione restituendone il senso, in termini semplici e comprensibili, al piccolo: *"Quindi si può dire che tu ti comporti così quando ti senti non adeguato o inferiore o diverso da come vorresti che gli altri pensassero che tu fossi?"* Christian annuisce, rendendosi improvvisamente conto dell'importanza del giudizio altrui, compreso quello di compagni, genitori e insegnanti, che sembra aver invece sempre bistrattato.

L'illustrazione semplice della natura del **doppio legame** sotteso a questa importante scoperta terapeutica chiuderà la prima seduta, congiuntamente ad un'illuminante ristrutturazione che porterà ad una diversa accettazione, avviando il consueto processo di ricerca inconscia e il conseguente superamento del doppio legame.

A Christian viene infatti spiegato quanto sia difficilmente eliminabile quel comportamento, poiché spesso rappresenta una scelta obbligata: se infatti Christian non reagisce alle provocazioni dei compagni dimostrando ai genitori di essere un bravo bambino, conferma però l'idea dei compagni

che sia uno "debole e passivo" ma d'altra parte l'unico modo per dimostrarsi "forte e capace di fare sentire la sua" è quello di reagire, aggredendo i compagni e disobbedendo ai genitori.

La finale constatazione del terapeuta sulla base della quale *"non è possibile essere sempre quello che gli altri vorrebbero che fossimo e non potendo accontentare tutti gli altri, tanto vale essere se stessi trovando una via alternativa"*, sarà stimolo di riflessione e ricerca inconscia, seppur in una mente così giovane e in evoluzione fino alla seduta successiva.

Come compito per il prossimo incontro viene richiesto al piccolo, per una sola volta in cui si trovi nella consueta condizione di voler reagire aggressivamente nei confronti di qualche stimolo negativo, di fare per la prima volta qualcosa di diverso rispetto al solito, qualsiasi sia la sua "nuova" reazione.

### **Seconda seduta:**

Christian si appresta ad entrare in studio decisamente più entusiasta della volta precedente, felice di aver prestato fede al difficile compito della terapeuta, illustrando come, per la prima volta, in corrispondenza di una provocazione di un compagno, abbia adottato un comportamento del tutto diverso. Con l'aiuto della mamma, che aveva assistito agli ultimi stralci della seduta e alla formulazione del compito, aveva stilato una lista di possibili azioni alternative a quella indesiderata, realizzando autonomamente e inconsapevolmente quella manovra terapeutica che consiste nella sostituzione di un **conflitto evitamento-evitamento**, che si verifica nel momento in cui siamo costretti a scegliere un'alternativa all'interno di un elenco che vorremmo del tutto evitare, con un **conflitto avvicinamento-avvicinamento**, in cui ci troviamo invece a scegliere una serie di azioni desiderabili che esclude tutte le altre possibilità.

Poco importa quale sia stato il comportamento concreto di Christian (che nella fattispecie, al posto di aggredire il compagno, aveva scritto su un bigliettino *"sono molto arrabbiato con il mio compagno!"* per poi distruggerlo strappandolo e buttando nel cestino con conseguente senso di liberazione), ciò che preme sottolineare, invece, è l'introduzione, sollecitata attraverso l'intervento del terapeuta, di quella ricerca interiore che porta a riattivare le proprie risorse e a individuare schemi di funzionamento alternativi, per quanto semplici e banali in sostituzione di quelli pregressi disfunzionali.

Analoghe tecniche verranno utilizzate dalla terapeuta nell'intento di depotenziare gli schemi coscienti, ad esempio attraverso **sovraccarico cognitivo e confusione**, per poi introdurre adeguatamente, nella pausa posta dalla ricerca inconscia, gli stimoli necessari alla ristrutturazione del problema attuale.

Un esempio può essere dato dal seguente intervento:

*"Sei stato molto bravo. Christian, a dimostrare a te stesso quali altre soluzioni puoi mettere in atto, per comportarti nel modo che tu realmente desideri. Come hai potuto ben constatare, puoi sempre fare delle scelte, e anche ora puoi scegliere: puoi continuare ad ascoltarmi in piedi o metterti a sedere, puoi sederti nella sedia davanti a me o in quella accanto dove era seduta la tua mamma, puoi uscire da questa porta e chiamare i tuoi genitori, oppure puoi rimanere nella stanza, puoi stare fermo o muoverti mentre ascolti le mie parole.... Sono tante le cose che puoi fare, così tante che anche mentre mi ascolti hai ancora la possibilità di scegliere se continuare le strategie che hai messo in atto e le cose che hai imparato, o cercarne di nuove che ti piacciono di più. Oppure potresti tornare ad usare i comportamenti che avevi prima e sperimentare ancora una volta che non ti fanno star bene prima di tornare ad usare le nuove strategie. Oppure puoi decidere che ti basta così, che sono sufficienti le cose che hai imparato*

*per continuare a essere messe in pratica. E io non so quale sarà la scelta che tu farai, ma penso che la cosa che tu non voglia fare è quella di tornare a pensare che non puoi scegliere.*" Più che un esame didattico delle procedure indirette qui sopra utilizzate in un'unica manovra terapeutica (**sovraccarico cognitivo, copertura di tutte le possibilità di risposte, l'uso del "non sapere e non fare"** come ristrutturazione in cui si intravede la soluzione di un problema senza dare un limite temporale e/o un metodo) ciò che preme sottolineare qui è la duttilità del loro impiego, anche in casi di una terapia pediatrica, per quanto opportunamente riadattate e rese comprensibili, nonché la reale efficacia nell'attivazione di quelle risorse inconsce che, in ogni età e in ogni soggetto, rappresentano il vero motore del cambiamento.

### **Sedute Successive**

Le stesse tecniche in forme e modi diversi, sono state utilizzate dalla terapeuta nelle poche sedute successive, in cui, attraverso un **rinforzo di campo affermativo** è stato possibile rendere facilmente accettabili, in associazione con comportamenti e stimoli familiari, le nuove acquisizioni positive, così come gli stimoli positivi del terapeuta. Ciò in un percorso breve e lineare, focalizzato sull' "Hic et nunc" del cambiamento del sintomo/comportamento desiderato, ma in un'ottica sicuramente più globale, di apertura ad un orizzonte terapeutico dove tutto è perseguibile e realizzabile, purché autenticamente generato desiderato e ricercato dal paziente.

### **Bibliografia:**

- 1) Baffigi A. (2009), *Non solo metafore: uno stralcio di psicoterapie ipnotica*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 4, Milano 2010
- 2) Peter B. (2012), *Ipnosi e costruzione della realtà*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 4, Milano 2012
- 3) Erickson M.H., Rossi E. e Rossi SH. (1976), trad. it. *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma 1979
- 4) Erickson M.H. e Rossi E. (1979), trad. it. *Ipnoterapia*, Astrolabio, Roma, 1982
- 5) Erickson M.H. e Rossi E (1980), trad. it. Opere vol. I, *La natura dell'ipnosi e della suggestione*, Astrolabio, Roma 1984
- 6) Erickson M.H. e Rossi E (1980), trad. it. Opere vol. IV, *L'ipnoterapia Innovatrice*, Astrolabio, Roma 1984
- 7) Erickson M.H. (1982), trad.it. *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma, 1983
- 8) Erickson M.H. e Rossi E. (1983), trad. it. vol. I *Guarire con l'ipnosi*, Astrolabio, Roma 1984
- 9) Giacosa S. (2009), *Psicoterapia Ipnotica: elementi dell'evoluzione neo-ericksoniana raccolta in un libro recente*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano 2009
- 10) Giacosa S. (2013), *Memento: 21 consigli di base*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 4, Milano 2013

- 11) Lanzini I. (2012), *Parole, stili, immagini: tra concetti ed emozioni*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano 2012
- 12) Lanzini I. (2013), *Nomi, verbi, aggettivi: per un uso accorto delle parole in psicoterapia ed ipnosi*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 2, Milano 2013
- 13) Lanzini I. (2013), *"immagina, puoi." Ovvero, del buon uso delle capacità immaginative dei pazienti*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano 2013
- 14) Laurini S. (2000), *Le parole della metamorfosi: strategia linguistica del cambiamento nel modello Ericksoniano*, AMISI, Milano
- 15) Mosconi G. (2008), *Cronaca breve ed essenziale del XIV Congresso AMISI Milano 25-26 e 27 settembre 2008 Università Cattolica del Sacro Cuore*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 3, Milano 2008
- 16) Mosconi G. (2008), *toglietemi tutto ma lasciatemi il rapport*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano 2010
- 17) Mosconi G (1993), *Psicoterapia Ipnotica. Principi e fondamenti*, Piccin, Firenze, 1993
- 18) Mosconi G. (1998), *Teoretica e pratica della Psicoterapia Ipnotica*, Franco Angeli, Milano 1998
- 19) Mosconi G. (2004), *Erickson: la trance ipnotica come terapia. Storia dell'uomo che guariva con la parola*, Athenaeum, Firenze, 2004
- 20) Mosconi G. (2008), *Ipnosi neo-ericksoniana: la psicoterapia e il training ipnotico*, Franco Angeli, Milano, 2008
- 21) Paglialunga E. (2011), *Principali indirizzi psicoterapeutici. La psicodinamica e il concetto di inconscio secondo Freud*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano 2011
- 22) Passoni F. I., Laurini S. (2008), *Le vie dell'inconscio e la crescita personale. La produzione di effetti terapeutici collaterali e congrui alla Psicoterapia Ipnotica ma non attivamente ricercati e non sempre attesi. Cenni bibliografici e applicazioni cliniche. Atti del XIV Congresso Nazionale AMISI*, Milano, 2008
- 23) Vanni M. (2011), *Ipnosi, sostantivo o attributo di Psicoterapia?*, Rivista Italiana di Psicoterapia Ipnotica, AMISI, n 1, Milano 2011

**Recapiti Corrispondenza:**

**Dott.ssa Flavia Ilaria Passoni,**

Psicologa e Psicoterapeuta,

specializzata in Psicodiagnostica, Sessuologia clinica, EMDR Practionier,

Responsabile equipe autorizzata attività di prima certificazione e diagnosi DSA, ASL-MB

Direttore Scientifico di Synesis, Centro di Consulenza Psicologica, via Pace 11, Carnate;

Via Banfi 11, 20040, Carnate (MB), tel.: 338/1863275, [studiopsicologia@hotmail.it](mailto:studiopsicologia@hotmail.it)