

L'utilizzo dell'ipnosi, in una comunità terapeutica per tossicodipendenti, offre un notevole ausilio allo sforzo congiunto dell'operatore/terapeuta e dell'utente/paziente per ridurre e/o evitare le recidive da uso e abuso di sostanze stupefacenti nonché per modificare alcuni dei processi psicodinamici sottostanti ai comportamenti orientati alla (tossico)-dipendenza. In questo articolo, facendo riferimento ad una modalità di trattamento residenziale presso una comunità terapeutica e sulla base di alcune delle teorie psicodinamiche sull'eziopatogenesi della tossicodipendenza, verrà riportato un caso clinico per spiegare la modalità di utilizzo dell'ipnosi, in particolar modo l'uso della tecnica di disseminazione e della tecnica regressiva per modificare le dinamiche psichiche sottese all'addiction e ristrutturare esperienze traumatiche infantili

---

## Introduzione

La tendenza all'acting-out, le difficoltà di elaborazione dell'emozione e l'intolleranza alla frustrazione, sono alcuni dei tratti della personalità comuni ai soggetti tossicodipendenti. Queste caratteristiche comportamentali fanno sì che la comunità sia il luogo privilegiato per prevenire i rischi di recidive da uso di stupefacenti e per iniziare un programma di recupero mirato al miglioramento della qualità della vita. Ogni comunità in rapporto ai principi ed ai valori su cui si fonda, prevede un diverso genere di trattamento.

Nella "Comunità di Città della Pieve", luogo dove svolgo una parte del mio lavoro sia come operatore sia come psicoterapeuta, le premesse epistemologiche da cui si sviluppa l'intero programma originano da un'idea di <<...uomo come unità mente-corpo-ambiente che non può essere scissa nelle sue singole parti...>> (a cura di: A.Addazi, R.Marini, N.Rago, 2009, pag.29). Riteniamo dunque che qualsiasi intervento debba tener conto delle rappresentazioni che l'individuo ha di sé, dell'ambiente di vita e dei contesti che lo caratterizzano nonché delle relazioni che instaura con gli altri. Approcciare al problema tossicodipendenza in tale maniera significa riconoscerne la multifattorialità delle cause scatenanti e consequenziali che non consentono di annoverare i trattamenti in un protocollo metodologico univoco e lineare. Da queste premesse è possibile affermare che un programma di recupero, che possa definirsi terapeutico, deve poter analizzare il disagio prendendo in esame gli aspetti fisici, psichici, familiari, sociali, legali e lavorativi delle persone in carico. <<L'obiettivo non deve essere solo circoscritto all'interruzione del comportamento di abuso, ma esteso al raggiungimento di un maggior grado di autonomia, benessere e salute in ogni area della vita>> (idem 2009, pag 30). Un programma terapeutico orientato a questi scopi deve tuttavia prevedere dei modelli teorici di

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

riferimento e tecniche psicoterapiche capaci di favorire gli auspicati processi di cambiamento. Sicuramente, il modello sistemico-relazionale è quello che su un piano metodologico consente una maggiore praticità ed adattabilità al contesto di vita gruppale comunitario, sia perché include nell'intervento i vari componenti della famiglia (le cui dinamiche hanno un rilievo nell'evoluzione della tossicodipendenza del paziente), sia perché consente di focalizzare l'attenzione sulla ricorsività di un copione relazionale generatosi nella famiglia di origine e ripetuto secondo le sue modalità disfunzionali nel gruppo delle persone ospitate, operatori compresi. Anche una lettura psicodinamica degli accadimenti individuali e gruppali, risulta utile per favorire una capacità introspettiva, indispensabile per rileggere azioni e scelte di vita in virtù dei propri stati emotivi interni piuttosto che attribuirle ad eventi casuali e fortuiti a cui sottostare passivamente. Solo un tipo di approccio che includa gli aspetti concreti, di cui si connota la vita residenziale quotidiana, in uno stile di relazione (terapeutica) tra pari ed operatori, consente di trasformare 4 quel vissuto "di sentirsi gettato nel mondo" in una nuova possibilità di essere artefice del proprio destino.

Parlare di relazione terapeutica, di modelli e di tecniche psicologiche applicate in un ampio contesto gruppale quale quello di una comunità implica una riflessione sul setting entro cui tali caratteristiche si ascrivono.

---

### **La comunità come setting stratificato**

Il termine "setting" fu coniato da Winnicott (1956) che lo definì come l'insieme di tutti i particolari che riguardano la conduzione dell'analisi. In senso generico lo si può intendere come l'insieme delle regole che definiscono la relazione terapeutica e creano una cornice spazio-temporale che rende possibile un contenimento ed elaborazione degli elementi consci ed inconsci che emergono sia dal terapeuta sia dal paziente.

All'interno di una struttura residenziale il concetto di setting deve essere esteso all'intero contesto comunitario ed alle relazioni in esso strutturate, vale a dire tra il gruppo dei diversi ospiti e l'equipe dei professionisti che vi lavorano.

Ciò significa che non è possibile pensare ad una comunità terapeutica dove le attività psicoterapiche siano una cosa a sé rispetto all'insieme delle attività quotidianamente svolte. In accordo con Iacone (1997) è necessario pensare ad un modello integrato di comunità-psicoterapia partendo dall'assunto che la comunità è essenzialmente un'esperienza gruppale alla quale la psicoterapia non può sottrarsi, anzi deve proporsi soprattutto come terapia di gruppo; per l'autore è soprattutto il gruppo il ponte tra l'esperienza quotidiana del lavoro, dei pasti, dello sport e lo spazio terapeutico.

Partecipare alla vita di gruppo significa intrecciare una serie di relazioni transferali utili a rileggere, comprendere e trasformare i vissuti fantasmatici che emergono di volta in volta. Ciò che determina il dinamismo del gruppo sono dunque le relazioni e le attività che il programma terapeutico prevede. Anche lo psicoterapeuta/operatore non può sottrarsi alla vita di gruppo senza perdere gli aspetti psicodinamici che in esso avvengono e che risultano essere gli

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

elementi principali da analizzare. La partecipazione dello psicoterapeuta/operatore avviene in virtù di due funzioni principali: la prima definibile come "maternage" intesa come relazione empatica di supporto per gli stati emotivi che emergono nei vari contesti, ed una seconda definibile come "paternage" intesa come stimolo e guida alle attività previste ed a tutti i vari aspetti concreti e razionali della vita quotidiana. Queste mansioni fanno sì che anche l'operatore viva la quotidianità della vita comunitaria, (mangia insieme agli utenti, può giocare una partita di pallone con loro ecc.).

Si può allora ritenere che la terapia coincide con il programma di per sé e include la totalità delle attività previste (lavorative, psicoterapiche, ludicoricreative ecc.) che insieme al luogo della struttura ed alle norme che ne regolano la funzionalità risultano essere i confini del setting terapeutico.

Con tali considerazioni non si intende soppiantare la possibilità di setting individuali. Essi a mio avviso devono essere considerati come un elemento strutturale ausiliario del programma stesso con cui allacciare una dialettica operativa per le dinamiche che emergono e che necessitano di un più attento e personale contesto per essere approfondite.

Si configura in tal modo un setting definibile come "stratificato" dove i singoli elementi che lo compongono sono le attività quotidiane, le regole sono quelle della comunità, e il tipo di relazione è quella funzionale a svolgere le mansioni dell'operatore/psicoterapeuta. Qualsiasi psicoterapia individuale è dunque soggetta alle influenze delle attività del contesto più ampio dove essa è inserita e deve pertanto tenerne conto affinché non diventi un'appendice distaccata da tutto il resto del programma di recupero.

Questo comporta un ripensamento del setting individuale (o meglio del "sottosetting") che deve a mio avviso mantenere una caratteristica di base per poter essere funzionale alla persona: stimolare un cambiamento interno modificando le dinamiche inconsce sottese all'addiction e ristrutturare i vissuti angoscianti ed i traumi in modo sistematico.

È comprensibile come ogni tentativo di riproporre un contesto operativo quanto più vicino possibile ad un modello con un setting precostituito, sia destinato ad un fallimento per le inevitabili "contaminazioni" delle variabili interferenti in gioco.

Una psicoterapia che tuttavia si ponga questo obiettivo deve allora operare un ripensamento del (sotto)setting facendo in modo che sia esso stesso ad adattarsi alla persona ed al contesto comunitario e non viceversa.

---

### **L'ipnositerapia come sottosetting alternativo**

Adattare la terapia al paziente piuttosto che il paziente stesso alla terapia è stato uno dei principi cardine nel lavoro in ipnosi di M. Erickson. Fin dall'inizio, il suo approccio si è caratterizzato per il superamento di induzioni di trance in modo ritualistico e formale per favorire un approccio naturalistico. Approccio naturale significa accettare il comportamento del paziente così come si presenta, senza nessun tentativo di modificarlo al fine di adattarlo a possibili condizioni ideali della terapia. L'utilizzo di qualsiasi comportamento del paziente

diventa sia una parte effettiva dell'induzione sia un elemento diagnostico dei processi psichici che il paziente utilizza per rappresentarsi la realtà (Erickson, 1978). Quanto detto trova un fondamento sul fatto che la trance risulta essere un fenomeno naturale della vita psichica che può essere utilizzata dall'ipnoterapeuta a partire da qualsiasi comportamento e stato mentale presentato dal paziente. Scrive a riguardo Erickson <<gli studiosi seri dell'ipnosi sanno per esperienza che si possono trovare tutti i fenomeni ipnotici nel normale comportamento della vita di ogni giorno...>> (1984b).

In comunità si possono osservare diversi momenti di trance spontanea soprattutto durante lo svolgimento del gruppo terapeutico dove la narrazione delle esperienze salienti e dei vissuti traumatici cattura l'attenzione focalizzandola sugli stati emotivi emergenti e condivisibili. Come descritto nel caso clinico di seguito riportato, cogliere questi momenti offre una possibilità di accesso alla vita inconscia dell'utente consentendo di depotenziare quegli schemi mentali che creano disagio e rigenerare nuove associazioni di idee più in armonia con il Sé del soggetto. Va comunque precisato che seppure la trance sia un fenomeno spontaneo e la sua induzione non necessita di un adattamento del paziente ad un setting specifico, ciò non vuol dire che sia di per sé un'ipnositerapia e che a sua volta non implichi un setting. Scrive ancora Erickson <<...il valore dell'ipnosi risiede interamente nell'uso che se ne fa come modalità per favorire i processi di risanamento mediante l'evocazione di risposte psicologiche e fisiologiche tendenti al benessere dell'intera persona...>> (idem). Evocare risposte di tal genere significa condurre il soggetto verso un'esperienza diversa rispetto al vissuto da cui origina il disagio stimolando i processi di resilienza.

Come allora in ogni forma di psicoterapia, anche in quella ipnotica, per risultare terapeutica, sono fondamentali delle caratteristiche quali:

1. Il contesto: possiamo intendere l'holding in senso winnicottiano e tutto ciò che caratterizza l'ambiente entro cui la terapia si svolge.
2. La relazione terapeutica: si caratterizza come relazione di aiuto. Sia il terapeuta sia il paziente si alleano per perseguire degli obiettivi orientati al benessere di quest'ultimo.
3. Un modello teorico di riferimento che comprenda una spiegazione del determinismo psichico, delle modalità di cambiamento, e delle tecniche per attuarlo.

Rispetto al punto a) l'ambiente risulta essere quello della comunità con le sue regole interne relative al programma di recupero. L'holding in senso stretto è data dalle singole persone che vi lavorano e dai singoli ospiti come pure dal gruppo dei pari e dall'equipe.

Rispetto al punto b), anche nel campo ipnoterapeutico, ritengo, si possa ritenere valida l'asserzione che la terapia sia più funzionale al paziente quando diviene più il prodotto di quello che il terapeuta è piuttosto che di quello che il terapeuta fa. Ancor più nell'ipnositerapia, dove lo stato di coscienza alterato determina un diretto contatto con il funzionamento inconscio del paziente, il quale a sua volta diviene più recettivo ad ogni stimolo (conscio ed inconscio) del terapeuta, la disposizione mentale del terapeuta stesso deve essere sempre di apertura e

fiducia verso i propri input inconsci per trasformarli creativamente in utili elementi da utilizzare nella trance. L'ipnoterapeuta ericksoniano sa che egli stesso deve poter entrare in trance un momento prima del paziente affinché anch'egli sia recettivo con la totalità della sua mente alla dimensione conscia ed inconscia del paziente. Quanto detto trova la sua esternazione nel rapport.

La definizione che Erickson dà del rapport è di: <<uno stato di armonia tra il soggetto e l'ipnotista in cui il primo dipende dal secondo quanto agli stimoli che lo motivano e lo guidano. Esso dà modo all'ipnotista di rimanere in pieno contatto con il soggetto...>> (1983, pag 16). La definizione che ne danno Del Castello e Casilli (2007, pag 229) è la seguente: <<l'insieme delle peculiarità della relazione interpersonale tra ipnotista e soggetto che si viene a creare in un contesto di ipnosi. La sua caratteristica è quella di essere uno stato modificato di coscienza di tipo relazionale che concentra nello spazio e nel tempo le caratteristiche comuni della relazione trasformativa>>.

In virtù del fatto che l'utilizzo degli stati di coscienza "alterati" possano favorire un'evoluzione mentale attraverso la scoperta di risorse inconscie e la trasformazione di comportamenti sintomatici, si può ritenere che ancor di più il loro utilizzo, sotto forma di stati ipnotici indotti verbalmente, trasformino meglio la relazione tra operatore utente da relazione quotidiana a relazione di cambiamento.

Rispetto al punto c) sappiamo come Erickson non sviluppò un nuovo modello evolutivo della mente per spiegare i comportamenti umani, tuttavia riconsiderò la dialettica tra mente conscia e mente inconscia, quest'ultima non più solo fonte di conflitto bensì l'insieme di esperienze che rappresentano le risorse psichiche di una persona.

Ricordiamo come in rapporto a questo suo modo di pensare alla mente conscia ed inconscia egli riteneva che:

- non è necessario rendere conscio l'inconscio in quanto i processi inconsci possono essere utilizzati autonomamente per stimolare in modo diretto le risorse interne utili per risolvere il problema generatosi.
- non è necessario analizzare ed interpretare i contenuti bensì agire direttamente sui processi mentali con cui il paziente si rappresenta la realtà interna ed esterna.
- non è necessario che la suggestione sia diretta, anzi la suggestione indiretta riesce ad aiutare meglio il paziente in quanto produce dei significati diversi che sono sentiti come autogenerati.

Da quanto detto è deducibile che l'utilizzo dell'ipnosi all'interno di una struttura comunitaria, per le sue caratteristiche di adattabilità al paziente ed al contesto stesso, offre una maggiore possibilità di incidere su aspetti psicodinamici profondi. Tali aspetti non risultano influenzabili a pari livello dai soli metodi interpretativi in quanto essi richiedono una capacità di associare liberamente che in questa 8 tipologia di pazienti risulta essere deficitaria. L'ipnosi diviene pertanto uno strumento che calato all'interno di queste caratteristiche, non solo utilizza e

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

rinforza la relazione tra operatore/terapeuta–utente/paziente, ma favorisce altresì lo sviluppo di un pensiero (in senso Bioniano) attraverso la stimolazione di risorse inconscie che evolvono in nuove strategie di coping segnando così un'evoluzione mentale e creando le condizioni per l'abbandono del ricorso agli stupefacenti.

---

### **Una possibile lettura degli aspetti psicodinamici sottesi all'*addiction***

Prima di descrivere il caso clinico e spiegare in dettaglio le modalità di utilizzo dell'ipnosi, ritengo opportuno descrivere alcuni processi psicodinamici sottesi alla (tossico)-dipendenza che ho utilizzato come parametri di riferimento per stimare il cambiamento nel paziente.

Scrive Peyron <<nella relazione col tossicomane chi parla è primariamente il corpo, vale a dire non si parla per mezzo di simboli; è il corpo che parla con le sue lesioni organiche, con i suoi tatuaggi, carie, epatite, h.i.v (corsivo mio)>> (a cura di: J.Bergeret, M.Fain, M.Bandelier, 1999 pag.89). Avvicinare il tossicomane ad un percorso terapeutico significa accogliere in primis il corpo biologico che è al centro della prima domanda. Nella maggior parte dei casi, i segni semiologici riportati sulla pelle attestano un percorso di vita incentrato alla disperata ricerca di un regolatore affettivo/emotivo esterno che ha potuto trovare la sua concretezza solo nell'oggetto droga. Questi aspetti esteriori fanno descrivere il tossicomane come meschino, egoista, bugiardo, incapace di indipendenza, che tende a mostrare la peggiore parte di sé trovando quasi soddisfazione a mostrarsi agli altri in modi inopportuni. Al contrario, durante un percorso terapeutico e lontano dall'oggetto droga, è possibile rintracciare un individuo offeso che sente di aver subito una profonda ingiustizia la quale genera una costellazione psichica di rivolta rabbiosa al suo stesso corpo perché avvertito come fonte del bisogno, ma anche rabbia verso gli altri che non appagano in modo stabile le necessità interiori. Si può ipotizzare che le autoaggressioni ripetute che il tossicomane mette in atto, siano in realtà aggressioni verso l'oggetto d'amore perduto e con il quale si identifica così come fa il depresso, oggetto che lo ha abbandonato lasciandolo nel vuoto, alle prese con un lutto non elaborabile (idem, 1999). Questa condizione determina una fissazione ad una fase orale e pre-verbale in cui domina il bisogno di incorporare l'oggetto buono che nel tossicomane risulta parziale e incostante e non

consente una sua introiezione che darebbe invece una stabilità emotiva.

<<...Il passaggio dalla bocca piena di seno alla bocca piena di parole si fa attraverso l'esperienza della bocca vuota. Questa può aver luogo solo con l'assistenza costante di una madre che parla al suo bambino e del suo bambino; tale costante è la garanzia necessaria delle parole. Quando questa garanzia è acquisita, le parole possono rimpiazzare la presenza materna e dar luogo a nuove introiezioni dinamizzanti. Introiettare una situazione vuol dire farla passare per il 9 linguaggio>> (idem 1999, pag. 90). L'introeiezione diviene pertanto il processo psichico capace di farci accettare la perdita dell'oggetto reale ed il senso di vuoto che ne deriva. Quando non si presentano le condizioni di assistenza e costanza rispetto alla funzione materna allora rimane un "buco" nello psichismo per cui il bambino impossibilitato ad introiettare rimane ancorato ad un processo più arcaico che è quello dell'incorporazione, il quale non prevede la perdita dell'oggetto e l'elaborazione del lutto bensì il procurarsi costantemente il piacere facendo penetrare l'oggetto nel proprio interno, nel proprio corpo, distruggendolo per poterne assimilare le qualità allo scopo illusorio di conservarle nel proprio interno in un rapporto fusionale con esso (idem, 1999). Il corpo diviene pertanto l'elemento reale e concreto capace di far sentire al tossicomane un disagio di esistere che può essere placato soltanto da un oggetto-sostanza sostitutivo capace di ridurre lo stato di tensione generatasi tra il "vivere con la morte vicino o morire con davanti una vita". La fantasia di fondersi con l'oggetto, derivante dai processi di incorporazione, si ritrova in tutti quei pazienti che presentano un rapporto patologico con il proprio corpo. La Mc Dugall (1990) sostiene che è possibile rintracciare l'origine di tale idea inconscia dall'esperienza di fusione che trova il suo prototipo nella vita intrauterina. Contemporaneamente vi è anche un bisogno di separazione/individuazione che si impone con la crescita in quanto la fusione implica uno stato di "non vita". Quando vi è una "rêverie" nella relazione madre-bambino si avrà un'intesa tale che i bisogni di separazione e vicinanza saranno capiti e rispettati e si svilupperà una differenziazione nella strutturazione mentale del bambino tra il suo corpo e la rappresentazione del mondo esterno rappresentato dal corpo materno. In tal modo, nella mente del bambino ciò che è psichico si distinguerà da ciò che è somatico. Scrive l'autrice <<questa lenta desomatizzazione della psiche si accompagna così ad una doppia ricerca psichica, nel tentativo di fondersi completamente con la madre-universo e nel contempo differenziarsi completamente da lei...>> (pag.38). Anche in questo caso è fondamentale l'introeiezione della figura materna. La presenza della madre, dapprima reale poi come rappresentazione inconscia fa sì che il bambino possa investire da un punto di vista libidico e narcisistico le ferite fondamentali e inevitabili che sono le esperienze di separazione ed acquisire un senso di separatezza<sup>1</sup> e di riconoscimento delle differenze sessuali ed esistenziali. In circostanze favorevoli la nostalgia della fusione primordiale, e così pure il timore per la sopravvivenza psichica che essa suscita, vengono risolte nella fase fallico edipica, perché il padre, essendo il detentore principale dell'oggetto madre funge da protettore contro questo desiderio primitivo. Nei pazienti che psicosomatizzano, l'immagine paterna sembra sommersa o assente sia dal mondo simbolico della madre sia da quello del figlio.<sup>1</sup> Saranno proprio queste esperienze e le modalità con cui si sono fronteggiate a divenire parti strutturanti dell'io e dell'identità individuale. Qualora però tali esperienze siano state vissute come perdita totale e dunque come un lutto, alla base rimarrà un'angoscia mortifera che sarà associata ad ogni altra esperienza di separazione in virtù di una mancanza del senso di

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

separatezza (quindi di introiezione) che verrà vissuta come una minaccia all'integrità del Sé alimentando l'illusione di un'unione fusionale con la madre arcaica (incorporazione) come soluzione per fronteggiarla. Si ha in tal modo che la separazione e la differenziazione non possono essere più vissute come conquiste psichiche che arricchiscono la vita pulsionale bensì come realtà che sminuiscono e svuotano il soggetto di ciò che egli sente vitale per sopravvivere.

Man mano che il contatto corporeo e le forme gestuali di comunicazione con la madre diminuiscono, il loro posto viene preso dal linguaggio e dalla comunicazione simbolica. Il bambino infatti non possiede inizialmente la capacità di utilizzare il pensiero verbale e quando la funzione di rêverie viene a mancare deve far fronte da solo agli stati di eccitazione e di dolore non elaborabili. In tal modo la psiche rimane deprivata di parole o meglio di "rappresentazioni di parola" ed al posto di esse dispone solo di "rappresentazioni di cosa". Ciò significa che le parole, perdendo il loro valore simbolico, non servono più ad esprimere affetti e pensieri e pertanto vengono trattate come "cose in se". In tal modo non essendo riconosciute come necessarie all'attività psichica, tendono ad essere evacuate anziché rimosse. La rimozione garantirebbe un'alimentazione inconscia del materiale psichico che potrebbe esprimersi in altro modo per esempio nel sogno oppure in sintomi nevrotici. Le parole si rivelano essere dei contenitori impareggiabili per rappresentazioni di idee investite di emotività. Quando se ne può disporre liberamente esse permettono una scarica affettiva in un modo diverso da quello devastante proprio del funzionamento somatico o dell'azione (acting out). In tal caso, non potendo l'emotività esprimersi ed essere "contenuta" nelle parole, deve trovare altre forme di espressione e le uniche che si rendono disponibili ed adeguate all'intensità dei sentimenti provati, sono le forme corporee vale a dire le stesse forme funzionanti nel periodo preverbale. Si ha così un particolare modo di fronteggiare l'angoscia (affetto) che è la reiezione (o forclusione). Tale termine si riferisce ad un soffocamento dell'espressione affettiva senza alcun compenso per la perdita dell'esperienza e delle rappresentazioni dell'evento al quale essa era legata. Ciò significa che l'espulsione fuori dalla psiche dell'angoscia non trova una compensazione attraverso sintomi nevrotici che si prestano ad essere carichi di simboli emotivamente significativi (compromesso) tra angoscia e sua espressività, oppure di percezioni cacciate dalla psiche sotto forma di idee deliranti, ma c'è un distacco tra sintomo e ciò che esso dovrebbe rappresentare. In altre parole <<l'affetto si presenta come congelato nella sua capacità di farsi rappresentare. Il pericolo è che si compia una rottura tra psiche e soma, cui si accompagnerebbe un'altra rottura, questa volta tra i processi primari e i processi secondari>> (idem, pag 72). Le funzioni oniriche pure risentono della forclusione in quanto, dovendo la psiche evacuare le tensioni senza parole, non permette una scarica attraverso una "soddisfazione allucinatória" vale a dire il sogno manifesto che equivale ad un "parlare" della psiche durante il sonno. L'incapacità di esprimersi attraverso il sogno equivale all'incapacità di esprimere i vissuti emotivi anche attraverso la fantasia e in un processo analitico, attraverso le libere associazioni.

Anche il pensiero risente di tali modalità perché viene meno la possibilità di un arricchimento simbolico necessario a ragionamenti astratti e deduttivi e rimane pertanto un "pensiero operatorio" vale a dire un pensiero estremamente pragmatico i cui ragionamenti sono operati solo su ciò che è reale, tangibile, concreto e razionale, pertanto un pensiero delibidicizzato e scevro di possibili riferimenti emotivi. Si parla a riguardo di "Alessitimia"<sup>2</sup> termine che designa proprio la mancanza di parole per nominare i propri stati affettivi o, seppure si è in grado di nominarli, il non riuscire a distinguere uno stato d'animo da un altro come per esempio

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

l'angoscia dalla depressione, la paura dal fastidio, l'eccitazione dalla stanchezza ecc. L'affetto è in tal modo congelato e la sua rappresentazione verbale polverizzata, come se non avesse mai avuto accesso al soggetto. È presente pertanto una difficoltà sia a riconoscere il dolore sia l'eccitazione psichica. È da tener presente che le persone alessitimiche si lamentano spesso di un senso di vuoto, di un'assenza di contatto con gli altri, a volte trovano la vita priva di senso. Rispetto ad uno stile di relazione sociale ma anche analitico-transferale si ha un marcato comportamento di dipendenza nel quale l'altra persona, o l'oggetto della dipendenza, è necessario al fine di disperdere immediatamente l'esperienza emotiva.

Nell'adulto esiste un paradosso dell'oggetto di dipendenza ossia che nonostante abbia un potenziale letale (droga), esso è sempre considerato come un buon oggetto in quanto conserva sempre la capacità di ridurre rapidamente il conflitto mentale ed il dolore psichico seppure per breve periodo (Mc Dugall, 1990).

La possibilità che si ha in ipnosi di ristrutturare le imago parentali consente di agire indirettamente sui processi di incorporazione trasformandoli in processi più evoluti di interiorizzazione. Attraverso il rapport il terapeuta è vissuto come un io ausiliario che funge da "base sicura" per esprimere l'angoscia legata ai vissuti di perdita, inoltre recuperando un linguaggio emotivo stimola indirettamente uno sviluppo del pensiero da concreto a simbolico.

---

1 Per una migliore comprensione è utile distinguere i due termini separazione e separatezza riferendoli il primo ad un allontanamento dell'oggetto reale concreto, il secondo ad una esperienza acquisita, quindi interna, di distinzione del proprio Sé da quello dell'altro.

2 Il significato etimologico del termine alessitimia è il seguente: a = senza; lexis = parola; thumos = affettività. 12

---

## Caso Clinico: Mimmo

### Dati anamnestici

Mimmo è il terzogenito di una famiglia di origine calabrese trasferitasi a Roma prima della sua nascita. La famiglia è composta dalla madre di 67 anni, la sorella di 36 anni (sposata e convivente con il marito fuori casa), il fratello di 35, infine Mimmo di 32 anni. Con loro convive anche uno zio materno di 72 anni separatosi dalla moglie diversi anni fa. Il padre, di professione floricoltore, muore di tumore polmonare quando Mimmo aveva circa un anno e mezzo. Dopo la

---

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

morte del padre la famiglia si trasferisce a casa della nonna materna la quale si prende cura dei nipoti in quanto la madre deve lavorare come sarta presso una ditta. La nonna morirà dopo che Mimmo avrà compiuto il dodicesimo anno di età. Mimmo frequenta le scuole dell'obbligo regolarmente, si iscriverà poi ad un istituto alberghiero e successivamente ad un istituto professionale ma interromperà la frequenza dopo sei mesi. A 14 anni inizia a fumare hashish insieme a suo fratello, i soldi se li procurava facendo piccoli lavori, ma già a 15 inizia a sniffare eroina e cocaina. Durante questo periodo conosce un uomo che abusava di lui sessualmente in cambio di eroina. Quando parte per il servizio di leva è già un tossicodipendente poliassuntore (anfetamine, allucinogeni, alcol). Tenterà più volte la fuga dai doveri militari tanto che verrà denunciato ben 2 volte. Dopo il servizio militare commetterà altri reati per spaccio. Avrà anche diverse crisi da overdose. A 21 anni contatta il Ser.t ed inizia ad assumere metadone sotto prescrizione medica anche se non risulterà sufficiente a limitare la sua dipendenza dagli stupefacenti.

Mimmo entra in comunità all'età di 28 anni. Dopo aver trascorso tre mesi nel casale di accoglienza, dove è aiutato da altri colleghi a disintossicarsi completamente dalle sostanze sul piano fisico, passa nel casale residenziale dove è previsto che svolga il suo programma di recupero insieme all'équipe di cui faccio parte anch'io.

---

## Storia clinica

Al suo arrivo Mimmo presenta ancora i segni della sua tossicodipendenza: denti vistosamente cariati, viso scarnito, truce nell'aspetto generale. Al contrario dell'aspetto estetico, nelle prime interazioni con tutti noi appare simpatico ed affettuoso tanto da far pensare ad un bambino di circa tre anni. Tralasciando per ragioni di spazio tutti gli aspetti psicodinamici emersi nei confronti del gruppo dei pari e dell'équipe prima dell'inizio della psicoterapia individuale con me, valga qui riportare alcuni episodi della sua infanzia ed adolescenza, che hanno segnato la vita del paziente. Tra essi voglio descriverne uno risalente al periodo di scuola, precisamente nel giorno della festa del papà in cui le maestre dissero a tutti gli alunni di fare un tema sul genitore. Essendo lui già orfano di padre, venne messo in disparte a fare un altro compito con suo dispiacere. Tornato a casa provò a chiedere alla madre notizie del padre e notò che ella cominciò a piangere tanto che 13 Mimmo si sentì così in colpa che non fece più domande su suo padre. Quell'episodio segnerà una perdita della spontaneità emotiva di Mimmo verso la

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

madre in quanto percepita come troppo fragile per contenere le sue emozioni (nell'aspetto è di fatto una donna bassa di statura e minuta). Ad esacerbare questo vissuto emotivo vi era anche il fatto che la madre, che rimaneva fuori casa gran parte della giornata per lavorare, quando tornava, accompagnava la sorella ed il fratello in piscina lasciando Mimmo in casa con la nonna nonostante lui chiedesse di andare con loro. Questo determinava un maggiore senso di abbandono con sentimenti di rabbia nei confronti della madre e di invidia verso i fratelli. Un ulteriore riprova di questa invidia è testimoniato dall'episodio in cui lo zio generosamente un giorno regala 5000£ a Mimmo ed altrettante al fratello. Mimmo nota che le sue erano leggermente strappate ad un angolo a differenza di quelle del fratello che erano integre, chiede così allo zio di cambiargliele. Il caso ha voluto che lo zio non disponesse di un'altra moneta dello stesso taglio e pertanto non poté esaudirlo. Preso da una forte rabbia, fece a pezzi le sue 5000£.

Rispetto allo zio va anche detto che spesso si ubriacava creando una tale tensione in casa che Mimmo spaventato se ne andava in camera e si tappava le orecchie con le mani per non sentire le liti tra lui e sua madre.

In questo clima di distacco emotivo, la nonna sembra essere l'unica persona che Mimmo ricordi come empatica tanto da imitarla nei momenti ludici in comunità con delle frasi dialettali che lei era solita dire e che divertivano il paziente.

Va altresì precisato, che i colloqui familiari confermavano inoltre l'incapacità della madre di stabilire un contatto emotivo con Mimmo, tanto che i suoi giudizi verso il figlio erano sempre espressi con tono critico o con triste rassegnazione da far sentire il paziente sempre più in colpa e solo.

Le prime uscite di verifica fuori dell'ambiente comunitario, erano di fatto tutte contrassegnate da senso di vuoto, solitudine, noia che lo inducevano a pensare ancora agli stupefacenti come soluzione risolutiva. Inoltre, il fatto di trascorrere tali periodi a casa dai suoi familiari (madre, fratello, zio) accentuava i suoi disagi in quanto viveva l'ambiente come immutato nei suoi confronti. Se Mimmo nelle prime uscite non aveva delle ricadute era di fatto per il legame strutturatosi con le persone della comunità che lo facevano sentire capito ed accolto. Tuttavia con il procedere del programma, che comprende uscite sempre più lunghe, Mimmo sembrava non farcela. A una prima ricaduta con sostanze pesanti è seguito uno spostamento verso il consumo di alcol che per la sua infezione da Epatite C risultava fortemente nocivo. Dopo queste recidive, si sentiva a rischio ogni volta che usciva tanto che preferiva rimanere in comunità. Il legame con noi si è andato sempre più trasformando in un rapporto di vera e propria dipendenza tanto che era diventato difficile farlo progredire sia rispetto al programma terapeutico sia rispetto ad un ulteriore sviluppo psicologico.

---

## La psicoterapia

Il lavoro di psicoterapia personale con me inizia trascorso circa un anno di periodo residenziale. Mimmo aveva quindi già fatto alcune delle uscite di verifica tra cui quelle con esito negativo. Decide di scegliere me tra i vari psicoterapeuti disponibili, perché nei vari interventi di gruppo e nei colloqui di sostegno mi aveva sentito nei suoi riguardi più empatico rispetto ai colleghi. Fin dai primi colloqui si evidenzia subito una difficoltà ad associare liberamente e ad elaborare i vissuti emergenti. Mimmo era solito sedersi sulla poltrona raccontarmi due o tre fatti accaduti in comunità durante la settimana e iniziare a smaniare per terminare il colloquio dopo neppure venti minuti. Sembrava che il suo bisogno fosse solo quello di scaricare una tensione che episodi di vita quotidiana gli avevano fatto accumulare, per cui una volta raggiunto tale scopo non aveva più ragione di proseguire il colloquio. I suoi racconti tendevano ad essere tutti sul qui ed ora e difficilmente faceva riferimento ad aspetti della sua vita infantile, a meno che non ero io a chiederglielo esplicitamente. Anche lavorare sui sogni rappresentava un'impresa difficile in virtù di un pensiero concreto ed un livello di alessitimia che non lasciava spazio ad alcuna associazione simbolica. Se arrivava da me angosciato desiderava solo che io gli dicessi qualcosa che lo facesse star meglio, le mie parole dovevano risultare un farmaco o peggio una droga. Tutte le interpretazioni di transfert inerenti alla sua dipendenza materna sembravano essere vissute come un attacco al legame che lo deprimevano, così come pure i vissuti di abbandono che riviveva nei vari contesti di comunità e nei momenti di silenzio in terapia. Saltava intere sedute se sentiva riemergere il suo senso di abbandono ed il vuoto affettivo. L'unica emozione più facilmente esprimibile era la rabbia stimolata dal diniego a qualche sua richiesta da parte dei suoi compagni come pure della collega (tutor del suo programma). Una rilettura di questa rabbia come diretta verso la madre era da Mimmo capita ma non elaborabile, non si poteva permettere di sentirla e sublimarla. Nella mente di Mimmo sembrava non ci fosse spazio per tollerare un qualsiasi pensiero carico di angoscia o di colpa. Con il tempo mi ritrovavo sempre più in una sorta di analisi cervellettica in quanto piena di interpretazioni corrette delle dinamiche inconsce emergenti ma strategicamente fallimentari in quanto non facevano altro che scavare sempre più il vuoto che il paziente desiderava colmare nonostante io mi sentissi pieno di buoni propositi nel cercare di aiutarlo. Mi sembrava come se pretendessi da un bambino di pochi mesi, che piange perché affamato, di calmarsi comprendendo che la madre è indaffarata o che potesse star bene sapendo che è "solo" fame. In realtà capivo che quel vuoto poteva essere colmato solo mantenendo una relazione empatica e contenitiva (holding) che nel tempo avrebbe favorito una stabilità emotiva. Questo tuttavia, richiedeva dei tempi lunghi che, data la persistenza dell'abuso di alcol durante le uscite di verifica, avrebbero messo a rischio la sua salute stessa del paziente. Sentivo che avrei dovuto cambiare modalità di intervento e che l'unico modo di iniziare ad incidere sui suoi comportamenti di dipendenza, solitudine, bassa autostima era di stimolare più direttamente le sue risorse personali inconsce piuttosto che interpretarne i derivati. L'occasione si presenta durante un momento di gruppo in cui Mimmo stava raccontando l'esito dell'uscita e come al solito aveva bevuto per far fronte ai disagi incontrati. Una sua frase mi fece venire un'idea, essa era: <<mi sentivo solo come se stessi in mezzo al deserto e non ce l'ho fatta a desistere dal bere>>. Questa frase mi fece tornare in

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

mente il caso di Erickson in cui suggerisce ad un alcolizzata di contemplare un cactus in una serra (Erickson, 1983). Chiedo allora a Mimmo se è disposto a fare un lavoro in ipnosi ed accetta la proposta, chiedo anche al gruppo di aiutare Mimmo favorendo un clima quanto più silenzioso e tranquillo. Ci poniamo così uno di fronte all'altro seduti al centro del gruppo. Nello stato ipnotico dico a Mimmo di fare un viaggio nel deserto, ed una volta lì gli faccio notare che seppure sembra stia solo, il deserto è abitato da molti generi di vita animale e vegetale che hanno sviluppato delle ottime capacità per vivere in quell'ambiente. Le mie suggestioni erano orientate a sviluppare l'idea nel paziente che ogni essere vivente riesce ad adattarsi a molte situazioni difficili facendo leva sulle proprie risorse. Essendo lui un giardiniere gli faccio ammirare un cactus con l'implicito che è una pianta che resiste a lungo senza bere e che vive bene nel deserto riuscendo a tollerare le difficili condizioni climatiche. Noto che man mano che disseminavo suggestioni attraverso l'immagine del cactus, la sua espressione da angosciata diventa sorridente, gli faccio notare che sta sorridendo pur trovandosi in un deserto. Al risveglio il paziente si sentiva rilassato, la trance servì a rinforzare un'immagine di sé percepito come impotente e solo, di fronte al mondo circostante in una persona resistente e forte. Nelle uscite successive Mimmo non ebbe ricadute. Delle uscite raccontava che seppure c'erano stati momenti difficili e pieni di angoscia si era detto "ce la posso fare" ed aveva resistito. Non faceva alcun riferimento ai contenuti della trance il che significava che rimanendo inconsci avevano più efficacia di quanta non ne avessero se ne fosse diventato cosciente.

Nelle successive uscite conobbe una ragazza con la quale strinse una relazione. Di lei mi disse che da bambina aveva subito molestie sessuali dal padre e che per questo non riusciva a lasciarsi andare durante i rapporti sessuali. Mimmo, nonostante era comprensivo nei riguardi di lei e le si rivolgesse con garbo e sensibilità, si sentiva al contempo notevolmente frustrato e rifiutato. In tale situazione riviveva attraverso la compagna una madre che gli negava interesse ed amore nonostante lui fosse disponibile nei suoi riguardi. Per quanto nel tempo si fosse stancato di questa relazione divenuta sempre più conflittuale, non riusciva a interromperla per il senso di solitudine che lo avrebbe sovrastato. Ancora una volta, è durante un gruppo terapeutico che racconta uno dei momenti più difficili vissuti con lei che gli fa considerare l'idea di chiudere la relazione definitivamente. Colgo nella sofferenza con cui narra i diversi episodi, tratti di dipendenza legata ai suoi bisogni arcaici che avrebbero potuto metterlo ancora a rischio di ricadute. Decidiamo di fare ancora un lavoro in ipnosi per tollerare meglio il conflitto e gli effetti di un'imminente separazione da lei. Ancora una volta, mi servo di una 16 metafora durante la trance il cui personaggio principale è un contadino che si trova a che fare con una pianta che non dà buoni frutti e non sa se accontentarsi del raccolto misero che la pianta gli offre oppure se provare a fare un innesto che cambi la pianta stessa. Non mi dilungo sui contenuti e il tipo di suggestioni date. Ai fini di questo scritto è importante precisare che Mimmo superò la crisi che derivò dalla chiusura della relazione senza il minimo ricorso a sostanze o alcol.

L'ulteriore lavoro, svoltosi prevalentemente con colloqui singoli ci ha visti impegnati in una ristrutturazione di episodi del passato attraverso un'ipnosi regressiva. Avevo con la tecnica ipnotica conquistato la possibilità di lavorare sulla sua infanzia non più attraverso associazioni libere e interpretazione, bensì attraverso un'esperienza (ri)vissuta che partendo dalla relazione con me (o meglio dal rapport ipnotico) poteva guidare alla riscoperta di risorse interne che avrebbero colmato, almeno in parte, il senso di vuoto.

Prendendo ancora spunto da un caso di Erickson, "L'uomo di febbraio" (1992), induco una trance regressiva e dico al paziente che la mia voce sarà quella di qualcuno di cui potrà fidarsi

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

ed a cui potrà chiedere delle cose per lui importanti.

Riporto di seguito un passo tratto dalla seduta scrivendo in neretto le frasi da me enfatizzate.

Terapeuta: Ciao! Sai chi sono?

Mimmo: (ridendo e con tono di voce infantile) Sì!

Terapeuta: E chi sono?

Mimmo: Un Angelo!

Terapeuta: Bravo, sono proprio un angelo! C'è qualcosa che vorresti chiedermi?

Mimmo: (pensando e rattristandosi un po') Sì! Dove sono papà con nonna?

Terapeuta: **Davvero non lo sai?**

Mimmo: No!

Terapeuta: Ad **un bambino bravo come te bisogna dirlo**. Papà con nonna sono in cielo e **ti vogliono molto bene**

Mimmo: (Piange)

Terapeuta: Perché piangi! Non sapevi che ti vogliono molto bene?

Mimmo: (Piangendo) No.

Terapeuta: **è bello sapere che c'è qualcuno che ti vuole bene**, non è vero?

Mimmo: Sì!

Terapeuta: C'è qualcos'altro che vorresti sapere?

Mimmo: Perché sono andati in cielo?

Terapeuta: Sono andati in cielo perché c'era bisogno di un giardiniere e di una nonna e loro sanno che **tu sei un ragazzo forte e puoi cavartela bene, e tu lo sei non è vero?**

Mimmo: Sì.

Terapeuta: Vuoi chiedermi altro?

Mimmo: .....

(in chiusura)

Terapeuta: Va bene, oggi hai capito molte cose ed appreso nuove idee e voglio che tu sappia che quando sarai grande, se vorrai potrai cambiare queste idee. Ora possiamo salutarci e se vuoi rivedermi potremo incontrarci ancora.

Mimmo: Sì.

Terapeuta: Va bene, allora ci rivedremo e quel giorno tu sarai più grande .....

È importante notare come è la prima volta che Mimmo piange in terapia e mi chiede del padre oltre che della nonna. Non aveva mai mostrato interesse ad affrontare l'argomento in quanto il suo lo sembrava non poter sostenere l'angoscia derivante da questi due lutti. La regressione di età nello stato di trance ed il fatto di sentirsi guidato da una figura benevola, costante e protettiva rappresentata dall'angelo (custode), ha favorito l'espressione del bisogno di parlare e di elaborare ambedue i lutti senza sentirsi a rischio di fronte all'angoscia che ne derivava. Nello stato ipnotico si sono potute trasformare queste due immagini parentali, interiorizzate come un oggetto d'amore perduto e generatrici di dolore per l'abbandono e per la perdita, in un oggetto

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

d'amore ritrovato e sostenitivo.

Quella sera finito il mio turno di lavoro mentre andavo via mi chiede se la prossima settimana avremmo fatto ancora terapia. Alla mia risposta affermativa mi dice sorridendo riferendosi all'angelo: <<porta pure quell'amico>>.

Un altro intervento significativo rispetto ad un cambiamento dei tratti depressivi e Alessitimici del paziente è risultato essere quello mirato a ristrutturare gli stati emotivi inerenti all'episodio delle 5000 lire da lui strappate per invidia del fratello.

In quella seduta la trance è servita a riprendere tutti i pezzi strappati e giocare insieme all'angelo a fare un collage riparativo, trasformando quella moneta da oggetto distrutto in un oggetto antico e di valore. La moneta ha potuto rappresentare l'oggetto attaccato dalla sua invidia e dalla sua rabbia narcisistica che lasciava un vuoto interiore accompagnato da senso di colpa. La possibilità di un'esperienza riparativa offerta dalla trance ipnotica ha potuto colmare parte di questo vuoto attraverso la gratitudine<sup>3</sup>.

Contemporaneamente a queste sedute, Mimmo proseguiva dei colloqui familiari con la collega la quale mi ha in seguito riferito che in una seduta il paziente è riuscito a chiedere alla madre notizie del padre sentendosi poi soddisfatto di esserci riuscito e sorpreso nel vedere una reazione diversa della madre che al contrario del passato, si mostrava più disponibile all'argomento.

Successivamente, sia per una seconda relazione sentimentale intrapresa con una ragazza in comunità (anche lei nostra utente), sia perché ancora erano dominanti dei bisogni di protezione e accudimento, Mimmo faticava ad intraprendere l'ultima fase del programma terapeutico definita "svincolo" che prevede il termine della residenzialità quotidiana nella struttura ed un reinserimento sociale e lavorativo nel territorio di origine. Sembrava che Mimmo avesse ora tutto ciò che aveva sempre desiderato e che non aveva ottenuto: le attenzioni amorevoli di una donna (la fidanzata/madre), una casa accogliente (la comunità), un accudimento giornaliero (terapia, pasti, amicizie ecc.), un'attività lavorativa (quella interna alla comunità) ecc. Non sfuggiva a tutta l'equipe che nonostante Mimmo avesse ora la capacità di rimanere astinente dalle sostanze stupefacenti durante le uscite, i suoi comportamenti erano ancora la risultante di motivazioni e timori infantili della perdita che non gli consentivano di sciogliere questo legame con il suo gruppo e noi operatori. Lui stesso si rendeva conto che non poteva rimanere tutta la vita in comunità e di fatto non era neppure la sua aspirazione, però stare fuori per un tempo protratto lo faceva sentire solo, a tal punto che preferiva ritornare in comunità e rimanervi quanto più possibile. Convinto a lavorare su questa difficoltà decidiamo per un ulteriore lavoro in ipnosi. Durante un colloquio, guardando fuori dalla finestra che dà su degli alberi adiacenti alla stanza di terapia, notiamo degli uccelli sui rami e prendo spunto dal loro volo per disseminare idee inerenti ai vantaggi dell'indipendenza e dell'autonomia. Riprendo successivamente queste idee durante la trance sotto forma di metafora parlando proprio di un falco che ha il timore di spiccare il volo nonostante sappia che può volare, gli parlo dell'emozione del primo volo, del coraggio ed il piacere ad allontanarsi sempre di più dal nido per fare voli più distanti. Suggesto in tal modo delle idee che stimolino le sue capacità di autodeterminazione.

Nei giorni successivi Mimmo era sempre più desideroso di uscire dalla comunità, asserendo che era oramai troppo tempo che stava dentro e che voleva riprendere a fare delle uscite programmate aumentando sempre più i giorni di permanenza fuori. Ha così iniziato la fase dello svincolo (o a mio dire del "volo libero") ed anche la psicoterapia è proseguita con modalità ambulatoriale. Contemporaneamente anche la relazione con la fidanzata si interrompe perché divenuta troppo conflittuale, ma l'angoscia e la rabbia, ora più facilmente esprimibili sono state

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

elaborate nelle successive sedute tanto che, più che impedirgli il reinserimento sociale, lo ha invece favorito.

---

3 Per ulteriore approfondimento delle dinamiche sottese all'invidia si rimanda al testo "Invidia e gratitudine" di M.Klein

---

## Conclusioni

In questo articolo ho voluto descrivere le possibilità che l'ipnosi offre nel favorire un cambiamento incidendo in modo diretto su alcuni processi psicodinamici sottesi alla dipendenza da uso ed abuso di stupefacenti. Le peculiarità che le tecniche ipnotiche hanno di essere adattate ai diversi contesti terapeutici e relazionali ne fanno una possibile scelta come metodo ausiliario all'interno di una comunità residenziale di recupero. Tale scelta deve comunque tener conto del tipo di relazioni e di quei scambi comunicativi ed emotivi che 19 avvengono a più livelli di interazione nell'intero contesto comunitario. È importante infatti che questi livelli multipli siano considerati dall'ipnoterapeuta ed utilizzati per favorire un cambiamento e che l'intervento ipnotico sia integrato e coerente con il resto delle attività che si svolgono in comunità. Nel caso di Mimmo, un ruolo decisivo rispetto al cambiamento lo ha giocato anche la relazione che l'utente aveva con la sua tutor che svolgeva i colloqui familiari il cui obiettivo coincideva con quanto l'utente stava affrontando nella terapia con me. A tale impegno congiunto ovviamente era partecipe anche l'intera équipe in quanto oltre a suggerire le varie strategie di intervento, approvava le scelte che sia io che la collega argomentavamo nelle riunioni di staff. L'utilizzo della trance è pertanto servita non solo a stimolare processi di resilienza nel paziente ma anche a riordinare ed interiorizzare i vari stimoli derivanti dal contesto terapeutico generale che inizialmente risultavano frustranti. Nel caso di Mimmo, trovo che le dinamiche alla base

di Aleandro Iacovelli

Martedì 01 Novembre 2011 12:16 - Ultimo aggiornamento Martedì 01 Novembre 2011 15:13

---

della sua tossicodipendenza siano state affrontate profondamente tanto che l'utente riesce a sostenere le difficoltà quotidiane senza dover ricorrere all'uso di stupefacenti.

A tutt'oggi Mimmo ha concluso il suo programma terapeutico e lavora presso una ditta privata come giardiniere e occasionalmente come addetto alla sicurezza in alcuni locali. Ha avuto altre relazioni sentimentali e nonostante non siano risultate durature, la loro interruzione non è stata conflittuale come le precedenti, segue regolarmente le cure mediche necessarie (condizione epatica, cure dentarie) e utilizza il suo tempo libero allenandosi in palestra.

---

## Bibliografia

Winnicott D. W. (1956). *On Transference*. *Int. J. Psychoanal.* 37, 386-98.

Iacone S, *Psicoterapia relazionale di gruppo: un'esperienza in una comunità terapeutica per tossicodipendenti*, Il vaso di Pandora, vol.V, N°2, 1997.

A.Addazi, R.Marini, N.Rago (a cura di), *Metodo e risultati di una comunità per tossicodipendenti. L'esperienza di Città della Pieve*, Franco Angeli Milano, 2009

Erickson M.H, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio Roma 1978.

Erickson M.H., Rossi E.R. *L'uomo di febbraio*, Astrolabio Roma 1992.

Erickson M.H., *opere (a cura di E.L.Rossi) vol IV*, Astrolabio Roma, 1984b.

Erickson M.H., *opere (a cura di E.L.Rossi) vol III*, Astrolabio Roma, 1983.

Erickson M.H., *La mia voce ti accompagnerà*. Astrolabio Roma, 1983.

J.Bergeret, M.Fain, M.Bandelier (a cura di), *Lo psicanalista in ascolto del tossicomane*, Borla Roma, 1999.

Mc Dugall J. *Teatri del corpo*, Raffaello Cortina Milano, 1990.

Del Castello E., Casilli C. *L'induzione ipnotica*, Franco Angeli Milano 2007.