

ENTE GESTORE
CENTRO STUDI DI PSICOLOGIA CLINICA® SRL
Via Gustavo Modena, 23 - 50123 - Firenze
(Codice Istituto N. 243)

ISTITUTO
SCUOLA DI IPNOTERAPIA COGNITIVA
(Scuola di Specializzazione in 'Ipnoterapia Cognitiva')
Villa Kraft, Via dei Massoni, 21 - 50139 Firenze

QUINTA REITERAZIONE

LETTERA 'B' DELL'ORDINANZA MINISTERIALE:
DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALL'INDIRIZZO SCIENTIFICO-CULTURALE

RELAZIONE (AGGIORNATA) SULL'INDIRIZZO SCIENTIFICO, METODOLOGICO E TEORICO-CULTURALE

(modifiche e integrazioni in blu)

(relazione sottoscritta dal Legale Rappresentante dell'Ente Gestore comprovante la validità dell'indirizzo metodologico e teorico-culturale dell'Istituto e le evidenze scientifiche dimostranti la sua efficacia, nonché la tradizione scientifica cui tale indirizzo fa riferimento)

1. L'ipnoterapia cognitiva	2/24
1.1. Validità e criteri di omogeneità del modello di ipnoterapia cognitiva	5/24
2. Le evidenze scientifiche a sostegno della adeguatezza e fondatezza del modello integrato cognitivo-ipnotico	7/24
3. La tradizione scientifica cui il modello cognitivo-ipnotico fa riferimento	13/24
4. Elenco delle pubblicazioni	15/24

DICHIARAZIONE NOTARILE DI VERIDICITÀ E DI NON VARIAZIONE DEI DATI (AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto Dr. Patrizio Borella, nato a Firenze il 02/09/1948 ed ivi residente, legale rappresentante dell'Ente Gestore in Epigrafe, nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, DICHIARA CHE: 1. il documento riportato nel presente fascicolo è conforme a quello originale; 2. alla data della presente V reiterazione, il contenuto del presente fascicolo non ha subito variazioni rispetto a quello analogo allegato nella IV reiterazione; 3. non sono a lui noti elementi contrastanti o di incompatibilità, successivi alla data dei documenti allegati, con riferimento al D.M. 509/1998.



Dr. Patrizio Borella

Oggi, 18 febbraio 2013, io Dr. Gabriele Carresi, Notaio in Borgo San Lorenzo, iscritto al Ruolo dei Distretti Notarili di Firenze, Pistoia e Prato attesto che la sottoscrizione della dichiarazione di cui sopra e a lato dei fogli del presente fascicolo sono state apposte in mia presenza dal Dr. Patrizio Borella, persona a me nota.

Dr. Gabriele Carresi

RELAZIONE AGGIORNATA SULL'INDIRIZZO SCIENTIFICO A CUI FA RIFERIMENTO LA **SCUOLA DI IPNOTERAPIA COGNITIVA**

elaborata dal Dr. Casilli Costantino (Direttore Scientifico della Scuola) contenente gli elementi cruciali contrastanti il parere non favorevole espresso dalla Commissione tecnico-consulativa nella riunione del 23/3/2012, alla base dell'ultimo diniego di abilitazione della Scuola (02/04/2012)
(modifiche e integrazioni in blu)

1. L'IPNOTERAPIA COGNITIVA.

L'indirizzo metodologico e teorico-culturale della «Scuola di Ipnoterapia Cognitiva» fa riferimento al modello di psicoterapia integrata di tipo assimilativo definito in letteratura «Ipnoterapia Cognitiva» (Dowd, 2000; Alladin, 2007).

L'Ipnoterapia Cognitiva consiste nell'integrazione della teoria e della pratica dell'ipnosi Clinica e dell'Ipnoterapia di matrice ericksoniana con la Terapia Cognitiva. Tale integrazione trova riscontro nella letteratura internazionale: l'ipnoterapia cognitiva ha un peso predominante all'interno dell'approccio dell'ipnosi clinica (AA, 2007), e allo stesso tempo può essere considerata anche «un'altra importante estensione del modello di terapia cognitiva» (Aaron T. Beck, 2000).

L'integrazione dei due modelli è «naturale» se si considera che le tecniche di ipnoterapia e quelle cognitivo-comportamentali sono in alcuni casi molto simili e sovrapponibili (Golden, 2006); inoltre nell'ipnosi e nella terapia cognitivo-comportamentale sono coinvolti gli stessi processi cognitivi (Barber, 1979; Barber, Spanos e Chaves, 1980; Spanos e Barber, 1974, 1976).

Il modello di ipnoterapia cognitiva si fonda sia sugli aspetti di forza peculiari dei due approcci ipnotico e cognitivo-comportamentale, che integrandosi lo costituiscono, e sia sulla necessità di superare alcuni limiti intrinseci di questi due modelli se considerati singolarmente.

- L'ipnoterapia di matrice ericksoniana è chiamata in causa soprattutto per facilitare il cambiamento delle strutture cognitive tacite perché usa primariamente metodi immaginativi e associativi, prova ne è che si tratta di un approccio estremamente ricco di tecniche comunicative evocative, analogiche e metaforiche.

L'approccio dell'ipnoterapia, tuttavia, ha vari limiti: manca di una teoria della personalità e della psicopatologia su cui fondare la specificità dell'intervento; tradizionalmente il ruolo del paziente è passivo; spesso è orientato alla rimozione del sintomo. Infine manca di una definizione condivisa dell'ipnosi.

- La psicoterapia cognitiva si fonda su un corpus teorico ampiamente condiviso e supportato, oltre che aperto alle indicazioni dettate dalla ricerca empirica. Si tratta di una psicoterapia attiva, collaborativa, interattiva, limitata nel tempo, focalizzata sul qui ed ora ma anche capace di cogliere gli aspetti storici e strutturali dei pazienti. Inoltre anche grazie all'integrazione con l'approccio comportamentale è una terapia empiricamente solida.

Tuttavia alcuni aspetti emozionali e interpersonali non possono essere ricondotti a credenze verbalizzabili e quindi sottoposti ad un'indagine clinica di cognizioni esplicite. Per questo motivo la terapia cognitiva si muove necessariamente nella direzione di una crescente attenzione verso i processi mentali impliciti, soprattutto riguardo al ruolo delle emozioni nella conoscenza relazionale. Questo ha ampliato notevolmente i confini dell'approccio cognitivo, tanto che le cosiddette «terapie cognitive non standard» (Liotti, 2010) mettono maggiormente a fuoco le disfunzioni dei processi metacognitivi e delle funzioni integratrici della coscienza, prestandosi all'integrazione con altri approcci psicoterapeutici meglio, e in modi più complessi, di quanto faccia la CBT standard

Il modello di Ipnoterapia Cognitiva:

- (I.) tiene conto del modello tripartito (eventi, processi, strutture) dei fenomeni psicologici cognitivi descritti da Michenbaum e Gilmore (1984);
- (II.) si fonda sulla specificità della relazione ipnotista-ipnotizzato (*il rapport*);
- (III.) fa riferimento al costruttivismo.

I. Il riferimento al modello tripartito dei fenomeni cognitivi.

• Eventi cognitivi.

Con «*eventi cognitivi*» si intende il contenuto dei sistemi di rappresentazione immaginativa e di verbalizzazione consapevoli (quali: pensieri automatici, convinzioni, dialoghi interni, aspettative strutturate, immagini mentali cosce, fantasie, giudizi, ricordi consapevoli, definizioni di emozioni). Si tratta di quelle credenze patologiche, irrazionali e disfunzionali del paziente che sono abbastanza facilmente identificabili e accessibili con l'aiuto di un terapeuta. Gli interventi ipnotici utilizzati a questo livello si fondano sul fatto che tali contenuti hanno le stesse caratteristiche formali di quelli che in ipnosi clinica sono stati osservati ed evidenziati durante le «trance ipnotiche spontanee problematiche» (Gilligan, 1987) o «auto-ipnosi negative»¹ (D. Araoz, 1984). Tali interventi non necessitano di una trance ipnotica profonda, e sono molto simili alle modalità terapeutiche «standard» cognitivo-comportamentali (ad esempio: induzione mediante rilassamento frazionato; tecniche di immaginazione guidata; *tecnica delle «coping cards»*; *suggerimenti diretti*) con la sola differenza che vengono eseguiti in un contesto che è possibile definire «ipnosi» solo perché (come da definizione di ipnosi dell'A.P.A.) viene effettuata una induzione ipnotica. La maggior parte dei testi di ipnosi (tra tutti l'*Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors* di Hammond, 1990) che parlano di interventi suggestivi (siano essi diretti o indiretti) sostanzialmente sono incentrati sul cambiamento degli eventi cognitivi.

Rispetto all'intervento su questo livello, e più in generale all'interno dell'approccio di ipnoterapia cognitiva «classica», è forse più corretto parlare di «inserimento» della modalità tecnica dell'ipnosi (direttiva e psicopedagogica) all'interno della prassi cognitivo-comportamentale «standard». Su questo aspetto torneremo sia nel paragrafo sulla storia e sia nel paragrafo dedicato alla ricerca.

• Processi cognitivi.

A questo livello l'integrazione assimilativa tra modelli (ipnoterapia e cognitivismo) è già più evidente: i «*processi cognitivi*», descritti come modi di pensare (le «distorsioni cognitive» identificate da Beck e colleghi, 1987), non sono infatti immediatamente accessibili alla coscienza del paziente. Il linguaggio simbolico e metaforico dell'ipnosi, il «continuum» su cui si muove l'esperienza della trance ipnotica (tensione-rilassamento; controllo-perdita di controllo; consapevolezza-perdita di consapevolezza, ma soprattutto quella associazione-dissociazione) (Casilli e Ducci, 2002), ma anche l'utilizzazione strategica dell'«lo osservatore» (Hilgard, 1977) servono come riferimento alla pratica clinica dell'ipnoterapia cognitiva volta ad aiutare il paziente ad identificare tali modalità disfunzionali e «fare esperienza» del cambiamento. I processi cognitivi danno infatti «forma» alle trance ipnotiche spontanee problematiche del paziente, e individuarne la qualità è essenziale per accettarne la prospettiva, per cominciare a strutturare un «*tailoring*» effettivo (le metafore le dà sempre il paziente, e sono queste che vanno usate perché le comprende meglio) in modo da aiutare il paziente a trovare nuove possibilità conoscitive dei propri vissuti.

• Strutture cognitive.

L'attenzione dell'ipnoterapeuta cognitivo, soprattutto secondo la prospettiva avanzata da Dowd (2000), è centrata sugli aspetti strutturali taciti e storico-evolutivi del paziente (strutture cognitive). L'intersecarsi dei due riferimenti teorici e tecnici (ipnoterapia di matrice ericksoniana e approccio cognitivista, soprattutto le due prospettive psicoterapeutiche emerse dall'alveo italiano della TCC, la «post-razionalista» e la «cognitivo-evoluzionista») si fonda sulle similarità, sottolineate anche da Liotti (1987) tra «l'inconscio cognitivo» e «la mente inconscia» così come è stata concettualizzata da Milton Erickson (1980). *La conoscenza tacita diviene più accessibile, dalla prospettiva dell'ipnoterapia cognitiva, quando si favoriscono processi evocativi primariamente emozionali, perlopiù mediati da immagini e metafore, che permettono una ristrutturazione da parte del paziente anche e soprattutto ad un livello non consapevole. L'integrazione dell'ipnoterapia di matrice ericksoniana con il modello cognitivo si fonda dunque nei suoi aspetti applicativi e conoscitivi sull'uso di tecniche indirette e immaginative, e su metodi associativi intesi come approccio volto alla mentalizzazione.*

¹ Araoz chiama questi processi «autoipnosi negativa» (e non «credenze irrazionali», come avrebbe fatto ad esempio Ellis sottolineando i soli aspetti coscienti) perché sono costituiti da tre elementi inclusi nella concezione dell'ipnosi: (1) il pensiero acritico, che si traduce in una attivazione negativa dei processi subcoscienti; (2) le immagini negative attivate in modo automatico e quasi-abituale; (3) le potenti suggestioni post-ipnotiche sotto forma di asserzioni negative derivanti dal pensiero non critico e dalle immagini negative che influenzano, limitandolo, l'individuo.



Nella sua relazione (parere tecnico, qui in All. 24, Fasc. 58/59) il Prof. E. T. Dowd ha dato un'esaustiva descrizione del modello di ipnoterapia cognitiva rispetto alle strutture cognitive.

II. La relazione terapeutica.

Il modello cognitivo ipnotico considera la trance ipnotica terapeutica come una «dissociazione in un contesto 'sicuro' di cura». È in questo senso che va considerata la centralità della relazione terapeutica nel modello cognitivo-ipnotico: l'ipnosi è infatti sostanzialmente un fenomeno relazionale (Bányai, 1987) fondato su una prospettiva naturalistica della trance. Solo a partire dall'ottica relazionale ed emotivamente importante del «*rapport*» (questo il nome attribuito alla relazione tra ipnotista e ipnotizzato), e non di manipolazione suggestiva, si può comprendere come sia possibile al paziente vivere esperienze di discontinuità della coscienza che siano emozionali e correttive. Solo la relazione terapeutica dà infatti la possibilità al paziente di accedere ed eventualmente modificare aspetti centrali e taciti di sé poiché nella «modificazione dello stato di coscienza all'interno di una relazione di accudimento» (questa può essere considerata una buona definizione dell'esperienza ipnotica vissuta in psicoterapia) è possibile al terapeuta cogliere le metafore del paziente e dargli la possibilità di modificarle. Empatia e risonanza emotiva, quali strumenti privilegiati di comunicazione emozionale e di sintonizzazione ritmica tra terapeuta e paziente, contribuiscono significativamente al successo del processo «perturbativo» e costituiscono il «terzo orecchio» dello psicoterapeuta per ascoltare i bisogni profondi del paziente in un'atmosfera terapeutica di accoglienza (De Benedittis, 2005). Solo nella sicurezza dell'esperienza ipnotica sarà quindi possibile al paziente riattualizzare i momenti di ipnosi spontanea negativa che vive tutti i giorni in modo che questi possano essere compresi e modificati anziché essere fonte di esacerbazione della sintomatologia e di vissuti egodistonici.

III. Il riferimento al costruttivismo.

La relazione terapeutica, così come molti altri aspetti centrali del modello di ipnoterapia cognitiva, è meglio compreso alla luce dell'apporto del costruttivismo (Dowd, 2000): il compito dello psicoterapeuta è quello di creare insieme al paziente (co-creare) prospettive più adatte e utili. Questo significa che l'atteggiamento pedagogico e persuasivo (cognitivo-comportamentale e cognitivo «razionalista») e suggestivo (ipnoterapia cognitiva «classica») hanno lasciato il campo ad un atteggiamento univoco caratterizzato da modalità indirette, evocative, metaforiche che hanno lo scopo di «perturbare» il sistema conoscitivo del paziente. Il linguaggio ipnotico espresso all'interno della relazione paziente-terapeuta diviene una sorta di «incubatrice», in cui gli elementi perturbanti messi in campo dal terapeuta hanno l'obiettivo di elicere nel paziente un processo intorno al quale potersi riorganizzare. Anche il concetto di «resistenza al cambiamento» perde il suo classico significato di ostacolo alla terapia (il paziente che testardamente non accetta la visione corretta della realtà fornita dal terapeuta) per acquisire il significato - sia nel cognitivismo (Mahoney, 1991, 1995; Neimer, 2002) sia nell'ipnoterapia (De Shazer, 1991) e sia nel modello cognitivo-ipnotico integrato (Dowd 2000) - di informazione saliente per il processo terapeutico: il paziente indica al terapeuta, proprio attraverso i suoi modi di «resistere», gli aspetti centrali e taciti della sua organizzazione della conoscenza, e facendo questo mostra il suo modo di collaborare. La strategia ipnotica del «*tailoring*» (il cucire su misura il percorso terapeutico) e del «ricalco e guida» (Bandler e Grinder, 1984), e l'atteggiamento ipnotico «indiretto», risultano in questo caso centrali poiché permettono di non «sfidare» mai direttamente l'equilibrio del soggetto. *Il linguaggio della metafora e dell'immaginazione sono quindi usati con l'intento di accettare la posizione del paziente e, a partire da questa, di intessere la trama generativa di nuove costruzioni di ipotesi e possibilità di scelta (evocazioni che sarà il paziente ad accettare o meno creando, o meno, nuove associazioni), traducibili poi in termini di cambiamento comportamentale.* Il paziente non viene quindi spinto ad accettare e ad usare i contenuti di quello che gli viene detto in ipnosi; bensì è posto in una situazione relazionale in cui quei contenuti svolgano il ruolo di stimoli a partire dai quali il paziente può attivare un processo di ricerca transderivazionale (Bandler e Grinder, 1984). In questo modo tali contenuti possono più facilmente elicere risorse e aspetti resilienti generativi, facilitando così l'attivazione di un processo di cambiamento rispettoso dell'unicità e integrità della persona (Erickson, 1980).

1.1. VALIDITÀ E CRITERI DI OMOGENEITÀ DEL MODELLO DI IPNOTERAPIA COGNITIVA.

Quando le tecniche peculiari di un approccio di psicoterapia sono spiegate all'interno di un diverso orientamento teorico principale, sia la teoria di riferimento e sia le tecniche «importate» interagiscono tra di loro per produrre un nuovo modello assimilativo (Messer, 1992; Lazarus & Messer, 1991). L'uso congiunto di tecniche comportamentali, ipnotiche e cognitive fonda la prassi dell'ipnoterapia cognitiva, e la base teorica di riferimento (il cognitivismo) si «plasma» in una sua nuova estensione.

Il nuovo modello integrato, per essere omogeneo, deve soddisfare alcuni criteri (Lampropoulos, 2001) che, nel caso specifico dell'ipnoterapia cognitiva, sono i seguenti cinque (Alladin, 2007, 2008a).

I Validazione empirica della teoria di riferimento.

Il modello teorico da cui parte e su cui si fonda l'ipnoterapia cognitiva è quello cognitivo. Tale modello, complesso e in continua evoluzione, si fonda sulla teoria cognitiva della psicopatologia, e soddisfa i criteri che definiscono una buona teoria scientifica: consistenza interna, parsimonia nei costrutti esplicativi, definizione del raggio d'azione dell'applicazione clinica e possibilità di valutarne l'efficacia (Alford & Beck, 1997). Inoltre, il modello cognitivo ha varie prove empiriche di efficacia (Chambless et al., 1998), dimostrando di essere «efficace» o «efficace e specifico» per molti disturbi psicopatologici, soprattutto nella prevenzione delle ricadute.

II Assimilazione coerente.

Il modello di ipnoterapia cognitiva, sintesi finale dell'integrazione assimilativa, è compatibile e coerente da un punto di vista teorico con i principi fondanti del modello cognitivo, prova ne è che le strategie e le tecniche ipnoterapeutiche ampliano, senza alterarla, la concettualizzazione teorica del modello teorico di riferimento. Inoltre le ricerche sull'apprendimento implicito e sulla conoscenza tacita hanno, tra l'altro, dato nuove indicazioni per il cambiamento terapeutico (Dowd & Courchaine, 1996) aiutando e «assistendo» i terapeuti cognitivi a sviluppare nuove tecniche psicoterapeutiche (e a modificare quelle esistenti). Queste tecniche si fondano molto più di prima sull'uso dell'immaginazione e del linguaggio metaforico e sono spesso sovrapponibili a quelle proposte nell'approccio di ipnoterapia.

III Le tecniche assimilate devono essere supportate da evidenze.

La revisione di studi empirici sul ruolo dell'ipnosi nel trattamento di varie condizioni mediche e psichiatriche fornisce una convincente evidenza sull'efficacia clinica dell'ipnosi (Lynn et al. 2000; Pinnel & Covino, 2000), e per alcuni settori di intervento le evidenze sull'efficacia dell'ipnosi sono più che consolidate (ad esempio nel trattamento del dolore: Montgomery et al., 2000; Elkins et al., 2007). Per questo motivo l'Associazione Psichiatrica Americana riconosce l'ipnosi come uno strumento psicoterapeutico legittimo. Inoltre: la divisione 30 dell'Associazione Americana degli Psicologi si occupa di ipnosi e ipnoterapia (*Psychological Hypnosis*), mentre la divisione 12 (*Task Force On Promotion And Dissemination of Psychological Procedures*) ha lavorato negli ultimi anni proprio sullo status dell'ipnosi come intervento clinico empiricamente validato.

IV L'assimilazione deve essere basata su evidenze empiriche delle tecniche.

Da una prospettiva cognitivista l'ipnosi fornisce un contesto in cui gli effetti degli interventi cognitivo-comportamentali possano essere amplificati per alcuni pazienti. L'ipnosi è utile per i seguenti motivi.



- Durante l'ipnosi l'attività dell'emisfero destro è prevalente (analisi di frequenza-EEG, flusso ematico cerebrale-CBF: Crawford, 1994; potenziali evocati: De Pascalis, 1994). Ciò induce a pensare che durante la trance ipnotica ci sia una prevalenza delle abilità cognitive proprie dell'emisfero destro (Barabasz et al., 1999) e anche una intensificazione significativa dell'*imagery production* (Crawford, 1998). L'ipnosi fornisce dunque le basi anche per un approccio di condizionamento/training immaginativo (ad esempio: nella desensibilizzazione sistematica, nel dirigere l'attenzione verso esperienze positive, nell'esplorare il passato: Ley & Freeman, 1984; Boutin, 1978; Lazarus, 1999).
- Durante la trance ipnotica si verifica, in relazione al tipo di induzione ipnotica, un aumento del tono parasimpatico (Madrid, 1991). Con l'ipnosi e l'autoipnosi è pertanto possibile indurre un stato di rilassamento.
- Nell'ipnosi si verifica una modificazione momentanea e funzionale del sistema frontale di controllo che permette l'accesso ai processi psicologici che si svolgono al di sotto della soglia della coscienza (Hilgard, 1986; Woody & Sadler, 1998; Bowers, 1992; Farvolden & Woody, 2004).
- L'ipnosi facilita il pensiero divergente e fornisce una strategia di auto-osservazione per esplorare e conoscere l'esperienza passata, presente e futura (Tosi & Baisden, 1984).
- Le tecniche ipnotiche ed il contesto ipnotico migliorano le aspettative positive dei pazienti - soprattutto di coloro che chiedono un intervento di ipnoterapia - e quindi aumentano l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico (Kirsh, 1995, 1999; Lazarus, 1973; Spanos & Barber, 1974, 1976).
- In molti casi, nella sua forma indiretta, l'ipnosi facilita la *compliance* al trattamento (Erickson & Rossi, 1979).
- L'ipnosi favorisce una forte alleanza terapeutica (Brown & Fromm, 1986).
- L'induzione di uno stato ipnotico migliora l'efficacia e l'efficienza del trattamento psicoterapeutico (Dengrove, 1973). Questo viene attribuito ai cambiamenti attivi e profondi sul piano emozionale, cognitivo, comportamentale, e psicofisiologico vissuti mediante e durante l'esperienza ipnotica (De Piano & Salzberg, 1986).
- L'ipnosi favorisce il «rinforzo dell'io» (ripetere a se stessi suggestioni positive in modo che tali suggestioni si integrino nella «mente inconscia» ed esercitino un'influenza automatica su emozioni, pensieri, comportamenti). Usate per contrastare le «ipnosi spontanee problematiche» e per aumentare autostima e fiducia in se stessi, aiutano a creare un senso di auto-efficacia (Lazarus, 1973; Heap & Aravind, 2002; Alladin, 1994, 2006, 2007; Araoz, 1982, 1985; Alladin & Heap, 1991).

V'È necessaria la validazione empirica della terapia integrata.

Le evidenze empiriche sull'efficacia dell'approccio cognitivo-ipnotico sono trattate nel successivo paragrafo.

2. LE EVIDENZE SCIENTIFICHE A SOSTEGNO DELL'ADEGUATEZZA E DELLA FONDATEZZA DEL MODELLO INTEGRATO COGNITIVO-IPNOTICO.

L'ipnoterapia cognitiva è stata riconosciuta efficace per un'ampia gamma di disturbi e problemi psicopatologici, oltre che come trattamento aggiuntivo per problemi collegati a condizioni mediche (AA 2000, 2007, 2010). Molte ricerche comparse nella letteratura internazionale evidenziano inoltre l'efficacia aggiuntiva dell'ipnosi clinica al trattamento cognitivo-comportamentale standard da solo o insieme al trattamento di farmacoterapia (ad esempio: Spanos e Barber, 1976; Kirsh et al., 1995; Shoemberger, 2000; Lynn e Kirsh, 2006; Bryant et al., 2005; Alladin e Alibhai, 2007).

Il contributo maggiore dato dall'integrazione dell'ipnoterapia con il cognitivismo riguarda perlopiù gli aspetti processuali dell'efficacia clinica, quelli cioè legati alle dinamiche (ad esempio: come promuovere la partecipazione attiva del paziente, come strutturare una buona alleanza terapeutica, come formulare - pianificare - valutare il caso clinico) (Alladin et al. 2007) che, secondo la *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology*, sono centrali nella «*clinical expertise*» in psicoterapia (*effectiveness*) (A.P.A., 2006).

Tuttavia: le indicazioni e l'efficacia dell'ipnoterapia cognitiva, che qui sotto si prenderà in esame, faranno riferimento perlopiù ai dati di studi meta analitici e degli studi controllati randomizzati che possono dimostrare se l'ipnoterapia cognitiva raggiunge un livello minimo di accettabilità in termini di efficacia assoluta e efficacia relativa². Prima di elencarli, e tenendo conto dei limiti degli studi controllati randomizzati evidenziati in letteratura (ad es.: Leichsenring, 2004; Westen et al., 2008), va ricordato che i risultati di questo tipo di studi applicati all'ipnoterapia cognitiva sono aperti a critiche. Ad esempio:

- È a volte difficile distinguere tra alcune tecniche ipnotiche e le tecniche TCC (vedi ad esempio: Gonsalkorale, 2006; Golden, 2006; Boutin e Tosi, 1983). Tra l'altro le procedure della TCC possono essere facilmente condotte con l'ipnosi o semplicemente ridefinite come ipnosi (Shoenberger, 2000).
- L'efficacia relativa dell'ipnoterapia cognitiva, spesso dimostrata mediante il paragone con la TCC, risulta quindi ambigua. Va inoltre considerato che a sua volta l'efficacia relativa della terapia cognitiva viene valutata paragonandola alla terapia comportamentale (Gloaguen et al., 1998), e che «le terapie comportamentali vengono classificate a volte come tali e a volte come cognitivo-comportamentali, anche quando utilizzano elementi di trattamento estremamente simili, e per questo i confronti tra questi due trattamenti sono spesso confusi» (Epp et al., 2010, p. 276).
- Le ricerche pubblicate spesso non riportano gli «script» delle induzioni e delle suggestioni, e questo rende pressoché impossibile «l'uso del manuale», la replicabilità della ricerca, e quindi l'eventuale passaggio del modello di ipnoterapia cognitiva alla definizione di «*well-established treatment*».
- Spesso è difficile differenziare quale componente dell'ipnosi (contesto ipnotico e aspettative, induzione, approfondimento della trance, rilassamento, autoipnosi, immaginazione ipnotica, suggestioni ipnotiche per il controllo del sintomo, rinforzo dell'io, uso di suggestioni dirette e indirette, suggestioni post-ipnotiche, ecc.) sia responsabile dell'eventuale superiorità dell'ipnoterapia cognitiva rispetto alla TCC standard.

Di seguito i riferimenti bibliografici dei risultati di ricerche, di singoli studi controllati randomizzati, e di meta analisi, ordinati per diagnosi. Tutti gli autori, senza eccezioni, insistono sulla necessità di ulteriori ricerche.

² L'efficacia assoluta si riferisce all'efficacia di un trattamento in contrapposizione ad alternative che non prevedono alcun trattamento o a un trattamento tradizionale. Gli studi sull'efficacia relativa confrontano invece gli *outcome* di diverse psicoterapie attive.



- Depressione.

I riferimenti empirici principali sono gli studi randomizzati controllati pubblicati da Alladin e Alibhai (2007), Bryant et al. (2005), Dobbin et al. (2009), Schoenberger et al. (1997), oltre che la meta analisi condotta da Kirsh et al. (1995), da cui emerge il sostanziale valore aggiuntivo dell'ipnoterapia se integrata con la terapia cognitivo-comportamentale. I riferimenti teorici di Yapko (*Treating Depression with Hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*, 1991) e di Alladin (*Handbook of Cognitive Hypnotherapy for Depression*, 2007) sull'ipnoterapia cognitiva sono fondamentali.

Nella maggior parte degli studi l'efficacia dell'ipnoterapia cognitiva viene valutata confrontandola con la terapia cognitiva della depressione in quanto terapia di provata efficacia (Dobson, 1989). Tuttavia ci sono vari studi meta analitici che non trovano sostanziali differenze di efficacia tra la terapia cognitiva e la terapia comportamentale (Epp et al., 2010), la terapia psicodinamica breve (Barkham et al, 1996; Gallagher-Thompson e Steffen, 1994; Shapiro et al., 1994; Thompson et al., 1987) e «altre terapie» (Wampold et al. 2002) Il disturbo depressivo rappresenta infatti un insieme di sintomi e di schemi che coinvolgono multiple cause e per questo necessitano spesso di interventi multimodali (tra i quali può essere a ragione annoverata l'ipnoterapia). Non esiste infatti un trattamento che vada bene «sempre», prova ne è che un numero significativo di depressi non risponde né ai farmaci, né alla TCC e neppure alla psicoterapia interpersonale (Alladin, 2010) nonostante questi siano tutti considerati «trattamenti d'elezione». Un altro problema (anche rispetto alla valutazione dell'efficacia clinica - *effectiveness* - vs l'efficacia - *efficacy* -) è che «la comorbilità è la norma tra le persone depresse» (Kessler, 2002, p. 29).

- Disturbo post-traumatico da stress (e disturbo acuto da stress).

Lo studio randomizzato controllato di Brom (Brom et al., 1989) ha indicato che l'ipnoterapia, la terapia psicodinamica breve, e la terapia comportamentale (desensibilizzazione), sono più efficaci del gruppo di controllo non sottoposto ad alcun trattamento (lista d'attesa), e che l'ipnoterapia sembra richiedere un numero minore di sedute degli altri due trattamenti. Nonostante non emergesse una chiara superiorità di una forma di trattamento, i sintomi intrusivi (ad es. i *flash-back*) rispondevano meglio all'ipnosi e alla desensibilizzazione. Allo stesso tempo va ricordato che la terapia espositiva (Rothbaum et al 2004) e quella cognitivo-comportamentale (Deacon et al., 2004) sono considerate d'elezione.

Un altro studio (Bryant et al. 2005) ha comparato gli effetti sul disturbo acuto da stress dell'ipnoterapia cognitiva, della TCC, del *counseling* supportivo. La Terapia Cognitivo-Comportamentale e l'Ipnoterapia Cognitiva sono risultati equivalenti al *follow up* di 6 mesi e 3 anni.

Cardena (2000), oltre che Lynn e Cardena (2007) nella loro revisione della letteratura, giungono alla conclusione che ci sono ragioni convincenti e osservazioni cliniche che raccomandano l'uso dell'ipnoterapia come «aggiunta» per il trattamento del DPTS: i pazienti con DPTS sono tipicamente molto più ipnotizzabili della popolazione generale (Spiegel et al., 1988; Stutman & Bliss, 1985). A questo proposito va ricordato che l'alto livello di ipnotizzabilità è associato al successo terapeutico (Cardena, 2000; Cardena et al., 2000).

A questi dati vanno aggiunti quelli delle ricerche che supportano la «ipnoterapia degli stati dell'io» (abreazione ipnotica, e varie tecniche di ristrutturazione) come terapia superiore alla cognitivo-comportamentale per questo tipo di disturbi (Watkins & Barabasz, 2008; Watkins & Watkins, 1997).

- Disturbo ossessivo compulsivo.

Nella sua rassegna della letteratura Frederick (2007) sottolinea l'efficacia aggiuntiva dell'ipnoterapia quando è integrata con i protocolli cognitivo-comportamentali (l'efficacia della terapia cognitiva e di quella comportamentale - l'*Exposure and Response Prevention* - è praticamente identica; è infatti plausibile che utilizzino meccanismi analoghi di cambiamento) (Abramowitz, 1997), così come è stato descritto nei lavori di Kroger e Fezler (1976), Johnson & Hallenbeck (1985), Frederick (2002) .

Frederick mette inoltre in evidenza come il modello integrato cognitivo-ipnotico possa essere utile soprattutto per quei pazienti ossessivo compulsivi che non ricevono un beneficio dai trattamenti *evidence-based* (Grabe et al., 1999, Lochner et al., 2004, Watson, Wu & Cutshall, 2004). Questo problema riguarda il 40-60% dei pazienti che non migliora sufficientemente con le tecniche standard (Pallanti et al., 2002); su questi pazienti manca ancora un corpo di dati sufficiente e omogeneo. Tra questi soprattutto i pazienti che presentano stati ipnoidi o una sintomatologia dissociativa (Shusta, 1999; Ross e Anderson, 1988; Grabe et al., 1999) possono avere benefici dal trattamento integrato cognitivo-ipnotico. Ginandes (2002) in questo senso ha messo a punto un protocollo di interventi di ipnoterapia cognitiva.

- Disturbi psicosomatici.

Lo studio meta-analitico di Flammer e Alladin (2007) ha considerato 22 studi controllati randomizzati (limitati a quelli pubblicati in inglese, tedesco e francese) su 1.091 pazienti che valutavano l'efficacia assoluta dell'ipnoterapia nei disturbi psicosomatici (comparazione con il gruppo di controllo: lista attesa) da cui si evince che l'ipnoterapia cognitiva «somma» l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale all'efficacia delle tecniche ipnoterapeutiche (uso di suggestioni e «rilassamento ipnotico» volte alla risoluzione dei sintomi, e possibilità di intervento nonostante le difficoltà che questi pazienti possono mostrare nel sentire, differenziare ed esprimere le emozioni).

L'analisi condotta è particolarmente interessante, non solo perché vengono studiate le differenze e uguaglianze degli interventi ipnotici (distinti in: classico, «moderno - ericksoniano», misto), ma anche perché i contenuti delle verbalizzazioni delle induzioni sono in linea col modello cognitivo-ipnotico.

- Disturbi del sonno.

Alla luce della metanalisi su 59 studi controllati randomizzati pubblicata da Graci (Graci et al., 2006) risulta comprovata l'efficacia dell'ipnoterapia cognitiva (induzione, approfondimento, suggestioni ipnotiche concernenti: comportamenti di igiene del sonno, tecniche di controllo dello stimolo che associano il sonno con il letto e facilitano i cicli sonno-veglia, tecniche di restrizione del sonno anche di tipo controparadossale, tecniche cognitive). Anche le conclusioni del *National Institute of Health Consensus Panel* (1996) sottolineano che l'ipnosi e il *biofeedback* producono significativi cambiamenti in vari aspetti del sonno. A questi va aggiunto, tra gli altri, lo studio di Morin et al. (1999) che sottolinea la bontà dell'intervento mediante ipnosi e tecniche di rilassamento nel trattamento dell'insonnia nell'anziano.

- Disturbo del comportamento alimentare: bulimia.

Dallo studio di Barga e Barabasz (2007) in cui veniva confrontata l'efficacia dell'approccio cognitivo-ipnotico con la terapia cognitivo-comportamentale è emerso che entrambi i gruppi ottenevano una significativa riduzione di comportamenti associati alla frequenza di assunzione di cibo.



Un modello definito «ipnocomportamentale» (orientato alla utilizzazione delle tecniche ipnotiche per rinforzare e mantenere il cambiamento comportamentale), è stato proposto dalla Griffiths (1995); dalla comparazione con il trattamento cognitivo-comportamentale emerge che l'approccio ipnocomportamentale può giustificatamente essere raccomandato come una alternativa al TCC (stessa efficacia; i due trattamenti superiori al gruppo di controllo).

Anche nel caso della bulimia (disturbo complesso che probabilmente necessita di una integrazione di più livelli di intervento) gli alti livelli di ipnotizzabilità di alcune pazienti e il comportamento «dissociato» messo in atto durante le abbuffate rendono auspicabile, soprattutto se ulteriormente validato, il trattamento di ipnoterapia cognitiva.

- Disturbi del comportamento alimentare: obesità.

Bolocofsky et al. (1985) hanno comparato l'efficacia del trattamento comportamentale con l'approccio cognitivo-ipnotico su un campione di 156 partecipanti (154 femmine e 2 maschi) assegnati in modo randomizzato ad uno dei due modelli di intervento. Del campione totale rimasto alla fine dell'intero studio (otto settimane di intervento; follow up a 8 e 24 mesi) 52 pazienti erano quelli sottoposti ad un intervento di tipo comportamentale e 57 quelli sottoposti ad uno cognitivo-ipnotico: il trattamento cognitivo-ipnotico ha ottenuto risultati migliori in termini di perdita di peso rispetto a quello comportamentale, con una permanenza degli effetti anche a lungo termine (8 e 24 mesi di follow up). Una successiva meta analisi condotta da Kirsh (1996) sugli effetti dell'approccio cognitivo-ipnotico ha permesso di evidenziare che l'integrazione dell'ipnosi sembra avere un'efficacia significativa e sostanziale rispetto ai risultati ottenuti dal solo trattamento cognitivo-comportamentale in relazione alla maggior riduzione di peso. L'effetto sembra aumentare nel follow-up a lungo termine.

- Disturbo del comportamento alimentare: anoressia.

Nash e Baker nel 1993 hanno presentato un protocollo per il trattamento cognitivo-ipnotico che è stato testato su 36 donne con risultati positivi ottenuti in termini di remissione dei sintomi e raggiungimento di un peso accettabile e stabilizzato anche dopo 12 mesi dal trattamento per il 76% delle partecipanti. A parte tale ricerca non ci sono altri studi sull'applicazione del trattamento cognitivo-ipnotico su pazienti anoressiche. Interessante sottolineare quanto rilevato da Pettinati (Pettinati et al., 1985) rispetto agli elevati livelli di ipnotizzabilità delle donne anoressiche, tanto che l'efficacia aggiunta dell'ipnosi pare essere circoscritta a quei pazienti con caratteristiche dissociative e con una storia di trauma (Vanderlinden & Vandereycken, 1988; Bliss, 1986).

- Ansia.

Ricerche controllate sull'efficacia dell'ipnoterapia cognitiva con l'ansia sono state pubblicate da O'Neill et al. (1999) e da Sapp (1992). L'approccio congiunto ipnotico e cognitivo è stato usato per affrontare l'ansia e lo stress (Kirsh et al., 1996; Shoenberger, 1996: efficacia assoluta), per l'ansia sociale (Shoenberger et al., 1997: efficacia relativa); è stato provato come probabilmente efficace nel trattamento dei disturbi di panico con agorafobia (Starfrace, 1994); è stata provata la sua efficacia nell'ansia da esame (Sapp, 1991; Stanton, 1994).

- L'uso dell'approccio cognitivo-ipnotico in medicina.

Gli interventi ipnotici sono uno dei più antichi trattamenti aggiuntivi utilizzati in ambito medico (Gauld, 1992). La rassegna critica degli studi fatta da Pinnell e Covino (2000) su questo tema attribuisce un supporto moderato al modello integrato cognitivo-ipnotico (*possibly efficacious treatment*).

Gli studi presi in esame riguardano: l'ansia correlata agli interventi chirurgici, l'asma, problemi dermatologici (psoriasi, veruche), nausea in oncologia (rispetto agli interventi in oncologia va citata la rassegna della letteratura più recente di Neron e Stephenson, 2007) e in ostetricia e in ginecologia, ostetricia e ginecologia (le ricerche più recenti sono citate da Brown e Hammond, 2007), disturbi gastrointestinali. Rispetto ai disturbi gastrointestinali va citato il più recente lavoro di Golden (2007) che ha integrato le tecniche cognitive, comportamentali e ipnotiche per il trattamento del colon irritabile e conseguente agorafobia; Golden sottolinea che i pazienti della sua ricerca hanno caratteristiche diverse da quelli citati in letteratura sul colon irritabile (mostrano livelli molto più alti di ansia e di sintomi agorafobici di quelli ad esempio citati nella ricerca di Keefer et al., 2005).

Un capitolo interessante lo affronta Brown (2007) con una revisione della letteratura sull'approccio cognitivo-ipnotico nel trattamento dell'asma; Brown afferma che questo modello si è rivelato «probabilmente efficace» nel ridurre i sintomi dell'asma, modificare la reattività bronco motoria e gestire in modo migliore i comportamenti di malattia, ed «efficace» nell'aiutare il paziente a sviluppare modalità di *coping* adattive e funzionali per far fronte agli attacchi d'asma.

- Supporto durante le procedure mediche dolorose.

L'efficacia dell'ipnosi, come tecnica non farmacologica per la gestione del dolore associato alle procedure invasive mediche diagnostiche e terapeutiche, è stata studiata mettendola a paragone con il gruppo di controllo «senza trattamento» oltre che a gruppi di controllo che ricevono un altro tipo di trattamento non farmacologico (es: «empatia strutturata», controllo dell'attenzione, etc.). Tali studi (tutti studi controllati randomizzati, o - come nel caso di Lang et al., 2000 - meta analisi su 20 studi controllati) hanno provato l'efficacia delle tecniche di ipnoterapia cognitiva nel ridurre il *distress* acuto e il dolore prima, durante e dopo le procedure mediche (Saadat et al., 2006; Huth et al., 2004).

In questo caso, in cui le tecniche dell'approccio integrato cognitivo-ipnotico possono essere utilizzate anche da non psicoterapeuti, si insiste su un adeguato *training* in ipnosi per evitare effetti negativi (l'uso dell'ipnosi con pazienti che non abbiano il test di realtà compromesso, ad esempio) e amplificare quelli positivi (ad esempio mediante l'uso di tecniche di induzione ipnotica «rapide» basate su un rilassamento auto-ipnotico, un linguaggio permissivo e interattivo e un «il linguaggio del paziente» per evitare i miti dell'ipnosi).

- Dolore cronico.

Il fenomeno dell'analgesia ipnotica è stato oggetto di studio sperimentale (nello specifico: le diverse regioni encefaliche che vengono attivate a partire da suggestioni sulle componenti affettive del dolore - corteccia cingolata anteriore - o sulle componenti sensoriali - corteccia sensoriale primaria -) e clinico (Flory et al., 2007). L'ipnosi riduce il dolore (e i costi), e questo è confermato da una crescente mole di dati proveniente da studi randomizzati controllati in cui gli interventi di ipnoterapia cognitiva venivano confrontati con il non intervento e con l'approccio cognitivo-comportamentale. Tecniche di ipnoterapia cognitiva (rilassamento, suggestioni concernenti *coping skill*, tecniche dissociative, apprendimento di tecniche di autoipnosi, metafore e analogie; uso congiunto di ipnosi *biofeedback* o *neurofeedback*) sono state studiate mediante 13 studi controllati randomizzati su varie condizioni mediche di dolore cronico (dolore da tumore, *lowback pain*, artrite reumatoide, *sickle cell disease*, dolore temporomandibolare, fibromialgia, dolore secondario ad una disabilità, dolore misto) (Elkins et al., 2007).



A questi vanno aggiunti studi che evidenziano alcuni dati interessanti rispetto al modello integrato cognitivo-comportamentale: Edelson e Fitzpatrick (1989), ad esempio, includono nell'intervento di TCC utilizzato alcune «componenti ipnotiche» (ad esempio la reinterpretazione dello stimolo doloroso mediante immaginazione: questo è anche un classico intervento di ipnosi clinica).

- Dolore ricorrente: cefalea di tipo muscolo tensivo o emicrania.

Hammond (2007) sottolinea come il modello integrato cognitivo-ipnotico abbia raggiunto lo status di «*well established treatment*» per questo tipo di problemi poiché l'effetto clinico si rivela equivalente ad altri tipi di interventi comprovati in termini di efficacia (ad es. *bio-feedback* e rilassamento muscolare progressivo). Questo studio è in linea con la meta analisi condotta da Montgomery et al. (2000) sull'efficacia terapeutica derivata dall'utilizzazione clinica dell'analgesia ipnotica. La letteratura riportata da Hammond riguarda studi controllati randomizzati: Anderson et al. (1975), Andreychuk e Skriver (1975), Schlutter et al. (1980), Collet et al. (1986), Olness et al. (1987), Meli et al. (1991), Van Dyck et al. (1991), Zitman et al. (1992), Spinhoven et al. (1992), Spano et al. (1993), Kulie et al. (1994), Emmerson e Trexler (1999), Mannix et al. (1999).

- Tabagismo.

L'articolo di Green e Lynn (2000) prende in esame 59 studi sull'efficacia del trattamento di ipnoterapia cognitiva. Di questi però solo tre soddisfano i criteri per accertare se un particolare approccio è empiricamente supportato. Due (Rabkin et al., 1984; Schubert, 1983) confermano l'efficacia assoluta dell'ipnoterapia (ipnosi, rilassamento, tecniche comportamentali, educazione alla salute) come trattamento empiricamente supportato per la cessazione della dipendenza da fumo. Uno invece non conferma la superiorità dell'approccio di ipnoterapia cognitiva con le donne in stato di gravidanza (Valbo & Eide, 1996). Per questo gli autori classificano l'intervento di ipnoterapia cognitiva volto all'astinenza dal fumo come «probabilmente efficace».

- Discorso a sé stante è l'uso dell'ipnoterapia cognitiva e delle tecniche ipnotiche in età evolutiva.

Al termine della loro rassegna sugli studi controllati randomizzati sull'ipnoterapia cognitiva dell'età evolutiva Milling e Costantino (2000) concludono che in assenza di linee guida e manuali che specifichino il tipo di induzioni e di interventi ipnoterapeutici che permettano la replica delle ricerche, tutti gli interventi ad oggi promossi vanno considerati «*possibly efficacious*». Il lavoro di ipnoterapia cognitiva promosso dalla Prof.ssa Olness (*Hypnosis and Hypnotherapy with Children*; Gardner e Olness, 1981; Olness e Kohen, 3^a edizione nel 1996) e della Hilgard (*Hypnotherapy of Pain in Children and Adolescents with Cancer*; Hilgard e LeBaron, 1984) ha aperto la strada a interventi (e ulteriori ricerche di efficacia) su problemi quali: disturbi dell'apprendimento, enuresi, nausea e vomito derivanti dalla chemioterapia.

3. LA TRADIZIONE SCIENTIFICA CUI IL MODELLO COGNITIVO-IPNOTICO FA RIFERIMENTO.

L'ipnosi è stata studiata all'interno del paradigma comportamentale fin dai suoi albori (Pavesi e Mosconi, 1960; Gault, 1992) e anche la tecnica ipnotica è stata utilizzata da vari autori all'interno della metodica di analisi e modificazione del comportamento, ad esempio: Ascher (1977), Wolpe e Lazarus (1966), Clarke & Jackson (1983), Kroger & Fezler (1976), Lazarus (1973), Cautela (1975), Hussain (1964). Il modello «ipnocomportamentale» basato sulla Terapia Ipno-Operante di Tugender e Ferinden (1972) si struttura ad esempio sul fatto che quanto più si sottolinea l'aspetto indiretto della procedura di condizionamento (nella quale gli stimoli e le risposte sono presentati nell'immaginazione tramite istruzione), tanto maggiore è l'utilizzazione dell'ipnosi.

È tuttavia con il modello cognitivo che l'ipnoterapia ha trovato una teoria della psicopatologia e della psicoterapia cui fare coerentemente riferimento. Peraltro la terapia cognitiva ha un approccio applicativo eclettico, tanto che Alford e Beck (1997, p. 90) scrivono che «ogni tecnica che si sia dimostrata utile nel facilitare la ricerca empirica delle interpretazioni e conclusioni disfunzionali del paziente può essere incorporata nella pratica clinica di una terapia cognitiva». La prefazione che Aaron T. Beck fa al libro di Dowd (2000), citata all'inizio della presente relazione, non lascia dubbi a proposito della possibilità e utilità di integrare l'ipnosi e il modello cognitivo.

Molti autori hanno già ampiamente descritto l'incorporazione della tecnica ipnotica nella terapia cognitiva (ad es.: Ellis, 1958, 1984, 1986, 1993; Golden, 1983, 1987, 1986, 1994; Golden et al., 1987; Tosi & Baisden, 1984; Johnson, 1980; Kirsh 1991, 1993). Il punto di partenza dell'ipnoterapia cognitiva è stato quindi quello dell'utilizzazione della tecnica ipnotica nel modello cognitivo-comportamentale: il lavoro si incentrava essenzialmente sulla modificazione degli aspetti cognitivi disfunzionali del paziente, con l'intento di cambiare conseguentemente le emozioni e i comportamenti, anche con l'aiuto dell'ipnosi. Le «linee guida» di Albert Ellis (1993) sull'utilizzazione dell'ipnosi nella psicoterapia razionale-emotiva vanno ad esempio in questa direzione. Il caso clinico, da questa prospettiva, viene «letto» in ottica propriamente cognitivista (il terapeuta deve individuare e sostituire le convinzioni scorrette, o comunque guidare il paziente alla critica delle convinzioni erranee, anche insegnando quali sbagli logici commette ed educandolo ad un ragionamento più adattivo), con la sola differenza, rispetto all'approccio cognitivista classico, che l'intento era quello di modificare gli eventi (i contenuti) e i processi anche a mezzo di tecniche dirette e direttive di tipo ipnotico-suggestivo. Il fatto di voler modificare un pensiero «distorto» («io sono sempre sbagliato e nessuno mi stima», ad esempio) dopo l'analisi della sua irrazionalità (ad esempio episodi in cui il paziente ha portato con successo a termine il suo lavoro ottenendo l'approvazione e l'elogio del datore di lavoro) portava i terapeuti ad effettuare sedute ipnotiche in cui le convinzioni e i contenuti immaginativi di tipo ruminativo del paziente venivano «sfidati» da quelli più adatti e corretti proposti dal terapeuta. Questa serie di suggestioni, spesso comunicate mediante tecniche immaginative, veniva anche affidata ad una registrazione audio, o ad un training di autoipnosi, in modo che il paziente potesse ripetere il processo anche a casa.

Nonostante questa comunanza di vedute e di atteggiamento terapeutico, alcune «incomprensioni» hanno in parte limitato l'integrazione dell'ipnosi e di alcune strategie ipnoterapeutiche nel modello cognitivo-comportamentale (Chapman 2006). I terapeuti cognitivo-comportamentali non solo hanno preferito usare le procedure di rilassamento o di immaginazione guidata non trovando differenze apprezzabili tra queste procedure e l'ipnosi, ma hanno sempre da un lato evidenziato l'assenza di consenso sulla definizione di ipnosi, e dall'altro sottolineato come l'ipnosi e le strategie ipnotiche si siano affermate anche all'interno del modello psicodinamico i cui punti centrali (ad esempio: la centralità del concetto di inconscio) sono quanto meno discordanti con quelli affermati dal modello cognitivo-comportamentale.

Vanno considerati tuttavia alcuni sviluppi del modello cognitivo-comportamentale che hanno gradualmente spostato il centro dell'interesse dall'enfasi sui comportamenti, a quello sui pensieri e immagini cosce, fino a quello sugli schemi cognitivi e emotivi che operano ad un livello tacito e non consapevole e che sono a fondamento della personalità. La storia dell'approccio cognitivo comportamentale è stato letto (Dowd & Courchaine, 2002) in termini di spostamento dal focus sugli «eventi cognitivi», ai «processi cognitivi», agli assunti taciti che danno forma all'organizzazione della conoscenza. L'attenzione del cognitivismo verso gli schemi taciti (con la loro organizzazione «gerarchica» e la centralità dei loro aspetti emozionali, relazionali ed evolutivi), verso le caratteristiche della memoria e dei sistemi di codifica, e verso l'importanza dell'apprendimento implicito, hanno «rinnovato» l'interesse per il concetto di inconscio (ad es. Bowers & Meichenbaum, 1986) e di conseguenza hanno permesso il dissiparsi di molte delle incomprensioni sull'uso dell'ipnosi nell'approccio cognitivo.

Parallelamente, a partire dagli anni '80, il grande cambiamento che stava avvenendo nel mondo dell'ipnoterapia grazie all'eredità di Milton Erickson (ad esempio: il rifiuto delle modalità standard e direttive tipiche dell'ipnosi classica, l'apertura a letture di tipo sistemico-relazionale, l'utilizzazione di prescrizioni comportamentali) ha reso più facile l'integrazione e l'utilizzazione della tecnica ipnotica nella psicoterapia cognitiva. D'altra parte le modalità tecniche di induzione ipnotica indiretta, più di tipo evocativo che prescrittivo-suggestivo, è certamente più «vicino» alla formazione cognitivista: l'uso tecnico di storie e dei processi immaginative, oltre che del linguaggio metaforico, può essere più facilmente incorporato nella formazione di uno psicoterapeuta cognitivista. L'assenza di un chiaro quadro di riferimento teorico all'interno dell'approccio dell'ipnosi clinica si è fatto tuttavia sentire. Nell'ipnoterapia, anche quella definita «ericksoniana», è ben chiaro il processo terapeutico, la strategia terapeutica e le (molte) tecniche terapeutiche; tuttavia manca una chiara lettura del caso clinico (soprattutto a livello di problema o di sindrome), e di una chiara «griglia di lettura» per accostarsi alla posizione del paziente («la finestra dalla quale il paziente guarda il mondo», così spesso citata nei libri di ipnoterapia ericksoniana perché a fondamento dell'approccio di utilizzazione). Inoltre sono minime le indicazioni per comprendere «la posizione», «le lenti», del terapeuta, nonostante siano centrali nella relazione terapeutica e nella pianificazione dell'intervento ericksoniano. In questo senso all'interno dell'ottica della «nuova ipnosi» il modello cognitivista, soprattutto alla luce delle «organizzazioni della conoscenza», è diventato il modello teorico capace di dare un senso e una coerenza interna alla prassi ipnoterapeutica.

A partire dalla seconda metà degli anni '90 la vera e propria integrazione assimilativa dell'ipnoterapia cognitiva (Dowd: 1993, 1997) ha cominciato a essere sottoposta al vaglio della ricerca sulle prove di efficacia. La lunga storia della ricerca sull'ipnosi clinica (Nash contava più di 7000 pubblicazioni a partire dal 1966, su oltre 150 riviste di medicina, psicologia, psicoterapia, e interdisciplinari, Nash, 2000) viene ancora oggi portata avanti da chi si occupa di ipnoterapia cognitiva.

4. ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI.

- AAVV (2007). Special Issue: Evidence-based Practice in Clinical Hypnosis - Part 1. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 2, 115-249.
- AAVV (2007b). Special Issue: Evidence-based Practice in Clinical Hypnosis - Part 2. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 3, 251-279.
- AAVV (2010). Special Issue: Hypnosis and Treating Depression. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 2, 137-249.
- Alford, B. A., Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive psychotherapy*. N-Y: Guilford.
- Alladin, A. (1994). Cognitive Hypnotherapy with Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 8(4): 275-88.
- Alladin, A. (2006). Experiential Cognitive Hypnotherapy: Strategy for Relapse Prevention in Depression. In M. Yapko (ed.) *Hypnosis and Treating Depression: Advances in Clinical Practice* (pp.281-313). London: Routledge.
- Alladin, A. (2007). *Handbook of cognitive hypnotherapy for depression. An Evidence-Based Approach*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alladin, A. (2008a). *Cognitive Hypnotherapy. An integrated approach to the Treatment of Emotional Disorders*. England: Wiley & Son.
- Alladin, A. (2008b). *Hypnotherapy explained*. Oxford: Radcliffe.
- Alladin, A. (2010). Evidence-Based Hypnotherapy for Depression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 165-85.
- Alladin, A. & Heap, M. (1991). Hypnosis and depression. In M. Heap & W. Dryden (Eds.) *Hypnotherapy: A Handbook* (pp. 49-67). Milton Keynes: Open University Press.
- Alladin, A. & Alibhai, A. (2007). Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 55-2: 147-66.
- Alladin, A. (Guest Editor), Sabatini, L. & Amundson J. K. (2007). What should we mean by Empirical Validation in Hypnotherapy: Evidence-Based Practice in Clinical Hypnosis. Special Issue: Evidence-Based Practice in Clinical Hypnosis - Part I. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2): 115.
- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 57, 271-285.
- Anderson, W. T. (1990). *Reality isn't what it used to be*. San Francisco: Harper & Rowe.
- Araoz, D. (1982). *Hypnosis and sex therapy*. N-Y: Brunner/Mazel.
- Araoz, D. (1985). *The new hypnosis*. N-Y: Brunner/Mazel.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1981). *La struttura della magia*. Astrolabio, Roma.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1984). *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*. Astrolabio, Roma.
- Bányai, E. I. (1987). Correlazioni psicofisiologiche dell'interazione tra ipnotista e soggetto. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, 2, 9-13.
- Bara, B (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino
- Barabasz, A., Marabasz, M., Jensen, S., Calvin, S., Trevisan, M, Warner, D. (1999). Cortical Event-Related Potentials Show the Structure of Hypnotic Suggestion is Crucial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 47, 5-22
- Barber, T.X. (1979). Suggested («hypnotic») Behaviour: the Trance Paradigm versus an Alternative Paradigm, in E. Fromm & R.E. Shor (eds.) *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (2nd ed.) New York: Aldine.

- Barber, T. X., Spanos, N. P., Chaves, J.F. (1980). *Ipnatismo. Immaginazione. Potenzialità umane*. Piccin editore. Padova.
- Barber, J. (2000). Where Ericksonian Legend meet Scientific Method. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 427-432.
- Barga, J. & Barabasz, M. (2007). Effects of Hpnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Bulimia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 318-335.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., et al. (1996). Outcome of Time Limited Psychotherapy in Applied Settings: Replication of the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J. Consult Clin Psychol* 64,1079-1085.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano, Adelphi.
- Beck, A. T. (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Roma, Astrolabio.
- Beck, A. T., et al. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Torino, Boringhieri.
- Beck, A. T., Freeman A., and Associates (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. N-Y., Guilford.
- Bliss, E. (1986). *Multiple Personality, Allied Disorders and Hhypnosis*. University Press, New York.
- Bolocofsky, D. N., Spinler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of Hypnosis as an Adjunct to Behavioural Weight Management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.
- Boutin, G. (1978). The Treatment of Test Anxiety by Rational Stage Directed Hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 52-69.
- Boutin, G. E. & Tosi, D. J. (1983). Modification of Irrational Ideas and Test Anxiety Through Rational Stage Directed Hypnotherapy RSDH. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 382-391.
- Bowers, K.S. (1992). Imagination and dissociation in hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 253-275.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Milano, Raffaello Cortina.
- Brom, D., Kleber, R. J., Defares, P.B. (1989). Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders. *J. Consult Clin Psychol*, 57, 607-612.
- Brown, D. C. (2007). Evidence-Based Hypnotherapy for Asthma: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 220-249.
- Brown, D. C. & Hammond D. C. (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis for Ostetrics Labor and Delivery, and Preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 355-371
- Brown R. J. & From, E. (1986). *Hypnotherapy and Behavioural Medicine*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D. et al. (2005). Hypnotherapy and Cognitive Behaviour Therapy of Acute Stress Disorder: A 3-year Follow-up. *Behavioural and Research Therapy*, 44: 1331-5.
- Cardena, E. (2000). Hypnosis in the Treatment of Trauma: A promising, but not fully Supported, Efficacious Intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 48 (2), 225-238.
- Cardena E., Maldonado, J., Van Der Hart, O., & Spiegel, D. (2000). Hypnosis. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedmans (Eds.) *Effective treatments for PTSD* (pp. 247-279) NY: Guilford.
- Casilli, C. (1997). Verità storica e verità narrativa. I ricordi di abuso e il caso dei rituali satanici. *Scienze dell'Interazione*, 4, 93-104.
- Casilli, C; Ducci G. (2002). *La supervisione nella nuova ipnosi*. Milano: Franco Angeli.
- Casilli, C. & Del Castello, E. (2005). *L'ipnosi nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare*. In Aquilar, F.; Del Castello, E.; Esposito, E. (a cura di) *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*. Franco Angeli. 140-153.
- Casula, C. (2002). *Giardinieri, Principesse, Porcospini*. Franco Angeli.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chapman, R. A. (2006). *The Clinical Use of Hypnosis with Cognitive Behaviour Therapy: A Practitioner's Casebook*, N-Y: Springer.

- Cionini, L (1991). *Psicoterapia Cognitiva. Teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. NIS.
- Clarke, J. C. & Jackson, J. A. (1983). *Hypnosis and Behaviour Therapy: the Treatment of Anxiety and Phobias*. N-Y: Springer.
- Coe, W. C. & Sarbin T. R (1991). Role Theory: Hypnosis from a Dramaturgical and Narrational Perspective, in Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (Ed.) *Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives*. (pp. 303-23), N-Y: Guilford Press.
- Crawford, H. (1994). Brain System Involved in Attention and Disattention (Hypnotic Analgesia) to Pain, in K.H. Pribram (ed.), *Origins: Brain and Self Organization* (pp. 661-679). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crowford, H. (1998). Hypnotic Analgesia: Somatosensory Event-related Potential Changes to Noxious Stimuli and Transfer Learning to Reduce Chronic Low Back Pain, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 92-132.
- De Benedittis, G. (2005). *Tuning-in: controtrasfert e risonanza emotiva nella relazione ipnotica. Ipnosi*. Franco Angeli, Milano. 1-2005; 5-17.
- De Pascalis, V. (1994). Event-related potentials during hypnotic allucination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 39-55.
- De Piano, F. A. & Salzberg, H. C. (1981). Hypnosis a San Aid to Recall of Meaningful Information Presented under three Types of Arousal. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29: 283-300.
- De Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. New York: Norton
- Deacon, B. J., Abramowiz, J. S. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 429-444.
- Del Castello, E. & Casilli C. (2007) *L'induzione ipnotica*. Franco Angeli.
- Dengrove, E. (1973) The Use of Hypnosis in Behaviour Therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 21: 13-17.
- Dobbin, A., Maxwell, M., & Elton R. (2009) A Benchmarked Feasibility Study of a Self-hypnosis Treatment for Depression in Primay Care. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57, 293-318.
- Dobson, K. S. (1989). A Meta-analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *J. Consult Clin. Psychol.* 57: 414-419.
- Dowd, E. T. (1992) *Hypnotherapy*. In Freeman & Dattilio (Eds), *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy* (pp. 227-284). New York: Plenum.
- Dowd, E. T. (1993) *Cognitive-developmental hypnotherapy*. In Handbook of Clinical hypnosis, Ed J. W. Rhue, s. J. Lynn, and I. Kirsch, pp. 215-232. Washington, DC: APA.
- Dowd, E. T. (1997) The Use of Hypnosis in Cognitive-developmental Therapy. In *Practicing Cognitive Therapy: A Guide to Interventions*. Ed R. Leahy, pp. 21-37. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Dowd, E. T. (2000) *Cognitive Hypnotherapy*. Northvale N.J.: Jason Aronson Inc.
- Dowd, E. T. (2002) Implicit Learning, Tacit Knowledge, and Implications for Stasis and Change in Cognitive Psychotherapy. In R. L. Leahy & E. T. Dowd (Eds.) *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy*. N-Y: Springer.
- Dowd, E. T., & Courchaine, K. E. (1996) Implicit Learning, Tacit Knowledge, and Implications for Stasis and Change in Cognitive Psychotherapy. *Journal of cognitive Psychotherapy* 10: 163-180.
- Dowd, E. T., and Pace, T. M (1989) The Relativity of Reality: Second Order Change in Psychotherapy. In *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, ed. Q. Freeman et al., pp. 213-226 N-Y: Plenum.
- Ducci, G. (1993) *L'ipnoterapia ericksoniana dei disturbi dissociativi*, in Liotti G. (a cura di) *Le discontinuità della coscienza*. Franco Angeli, Milano.

- Ducci, G. (1995) Il contributo dell'ipnosi allo studio dei disturbi dissociativi della coscienza, in Cotugno, A. & Intreccialagli, B. (a cura di) *Una sola moltitudine: la coscienza e i suoi disturbi*. Melusina, Roma.
- Ducci, G. & Casilli, C. (1998) Dissociative Disorders and Hypnosis: the Historical and Narrative Truth Problem, *III° European Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy*, Venezia.
- Ducci, G & Casilli, C. (2004) Ipnosi e teoria di unificazione della psicoterapia: dal disturbo post-traumatico da stress ai disturbi dissociativi, *Ipnosi*, 1, 35-48.
- Edelson, J. & Fitzpatrick, L. K. (1989) A Comparison of Cognitive-behavioral and Hypnotic Treatments of Chronic Pain, *Journal of Clinical Psychology*, 45, 316-323.
- Ellis, A. (1958) Hypnotherapy with borderline psychotics, *Journal of General Psychology*, 59, 245-253.
- Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Secaucus, N-Y, Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1984) The Use of Hypnosis with Rational Emotive Therapy. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 2, pp. 89-95.
- Ellis, A. (1986) Anxiety about Anxiety: the Use of Hypnosis with rational-emotive therapy, in E. T. Dowd & J. M. Healy (Eds), *Case Studies in Hypnotherapy* (pp. 3-11). N-Y, Guilford Press.
- Ellis, A. (1993) Rational-emotive Therapy and Hypnosis, in Rhue, W., Lynn, S. J. & Kirsch, I. (Eds) (1993) *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 173-186), A.P.A. Press.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Eds) (1977) *Handbook of Rational-emotive Therapy*. New-York: Springer.
- Elkins, G., Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2007) Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287.
- Epp, A. M., Dobson, K. S., Cottraux J. (2010) Applicazioni della terapia cognitivo-comportamentale individuale a disturbi specifici: efficacia e indicazioni. In G.O. Gabbard (Ed), *Le Psicoterapie*, Raffaello Cortina, Milano, 257-282.
- Erickson, M. H. (1983) *A scuola di ipnosi*, Boringhieri.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. I. (1979) *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M.H. (1980) *Collected papers*, Irvington, New York. (Trad. it. *Opere*, Astrolabio, Roma 1982 e seg.).
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981) *Experiencing hypnosis*. Irvington.
- Erickson, M.H., Hershman, S., Senter I. (1990) *The Practical Application of Medical and Dental Hypnosis*, Brunner-Mazel.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1992) *L'uomo di Febbraio*, Roma, Astrolabio.
- Farvolden P, Woody EZ. (2004) Hypnosis, Memory, and Frontal Executive Functioning, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 52(1): 3-26.
- Flammer, E. & Alladin, A. (2007) The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Psychosomatic Disorders: Meta-Analytical Evidence, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-274.
- Flory, N., Martinez Salazar G. M. & Lang E. V. (2007) Hypnosis for Acute Distress Management During Medical Procedures, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 303-317.
- Frederick, C. (2002) Liberating Sisyphus: Hypnotically Facilitated Therapy for Obsessive-compulsive Disorder, *Hypnos*, XXIX, 99-105.
- Frederick, C. (2007). Hypnotically Facilitated Treatment of Obsessive-compulsive Disorder: Can it be evidence based? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 189-206.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M. (1994) Comparative Effects of Cognitive-behavioral and Brief Psychodynamic Psychotherapy for Depressed Family Caregivers, *J. Consult. Clin. Psychol.* 62, 543-549.
- Gardner, C. G. & Olness, K (1981) *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, NY, Grune-Stratton.
- Gauld, A. (1992) *A History of Hypnotism*, Cambridge University Press.
- Gilligan, S. G. (1987) *Therapeutic Trances. The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*, Brunner-Mazel, New York.

- Giandes C. (2002) Extended, Strategic Therapy for Recalcitrant Mind-body Healing, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 91-102.
- Gloaugen, V., Cottraux, J., Cucherat M., et al. (1998) A Meta-analysis of the Effects of Cognitive Therapy in Depressed Patients, *J. Affect, Disord.*, 49: 59-72.
- Golden, W. L (1983) Rational-emotive Hypnotherapy: Principles and Practice, *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 47-56.
- Golden, W. L (1985) Commonalities between Cognitive-behavior Therapy and Hypnotherapy, *Cognitive Behaviourist*, 7(2), 2-4.
- Golden, W. L (1987) An integration of Ericksonian and Cognitive-behavioral Hypnotherapy in the Treatment of Anxiety Disorders, in E. T. Dowd & J. M. Haley (Eds), pp. 3-11, N-Y, Pergamon Press.
- Golden, W. L (1994) Cognitive-behavioral Hypnotherapy for Anxiety Disorders, *Journal of Cognitive Hypnotherapy*, 8: 265-74.
- Golden, W. L (2006) Hypnotherapy for Anxiety, Phobias and Psychophysiological Disorders, in R. Chapman (Ed.), *The Clinical Use of Hypnosis with Cognitive Behaviour Therapy: a Practitioner's Casebook* (pp. 101-137), N-Y, Springer.
- Golden, W. L, Dowd, E. T. & Friedberg, F (1987) *Hypnotherapy: A modern approach*. N-Y, Pergamon Press.
- Gonsalkorale, W. M. (2006) Gut-directed Hypnotherapy: The Manchester Approach for Treatment of Irritable Bowel Syndrome, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 27-50.
- Guidano, V. F. (1988) *La complessità del sé*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F., Liotti, G. (1983) *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, N-Y, Guilford.
- Golden, W. L. (2007) Cognitive-behavioral Hypnotherapy in the Treatment of Irritable-bowel-syndrome-induced Agoraphobia, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 131-146.
- Grabe, H. J., et al. (1999) Dissociative Symptoms in Obsessive-compulsive Dimensions, *Psychopathology*, 32, 319-324.
- Graci, G. M. & Hardie, J. C. (2007) Evidence-based Hypnotherapy for the Management of Sleep Disorders, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 288-302.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (2000) Hypnosis and Suggestion-Based Approaches to Smoking Cessation: An examination of the Evidence, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 195-224.
- Griffiths, R. A. (1995) Hypnbehavioral Treatment for Bulimia Nervosa: A treatment Manual, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 25-40.
- Hammond, D.C. Ed. (1990) *Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors*, New York, Norton.
- Hammond, D. C. (2007) Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migranes, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 207-219.
- Haley, J. (Ed.) (1967) *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.* Grune & Stratton.
- Haley, J. (1973) *Uncommon Therapy: the Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, Norton, Los Angeles.
- Haley, J. (a cura di) (1978) *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma.
- Haley, J. (1982) The Contribution to Therapy of Milton H. Erickson MD, in Zeig, J. K. (Ed) *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*, Brunner-Mazel, New York.
- Haley, J. (1987) *Conversazioni con Milton H. Erickson* (Vol I, II, III), Astrolabio, Roma.
- Hanley, F. W. (1982) Erickson's Contribution to Change Psychotherapy, in Zeig, J. K. (Ed) (1982) *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*, Brunner-Mazel, New York.
- Heap M. & Aravind, K. K. (2002) *Hartland's Medical and Dental Hypnosis*, 4th edn. London, Churchill Livingstone.
- Hegler, S.W, Shoenwald, S.K., Borduin C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998) *Multi-systemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. NY, Guilford Press.

- Hilgard, E. R. (1986) *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action, Revisited Edition*, New York, Wiley.
- Hilgard, J. R. & LeBaron, S. (1984) *Hypnotherapy of Pain in Children and Adolescents with Cancer*, Chicago, University of Chicago Press.
- Huth, M. M., Broome, M. E. & Good, M. (2004) Imagery Reduces Children's Postoperative Pain, *Pain*, 110, 439-448.
- Johnson, G. M. & Hallenbeck, C. E. (1985) A Case of Obsessional Fears Treated by Brief Hypnoimagery Intervention, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 232-236.
- Johnson, W. R. (1980) Hypnotherapy and Cognitive Therapy in a Case of Secondary Impotence, in H. G. Beigel & W. R. Johnson (Eds.), *Application of Hypnosis in Sex Therapy*, Springfield, IL, Charles C Thomas.
- Keefer, L. et al. (2005) Towards a Better Understanding of Anxiety in Irritable Bowel Syndrome: a Preliminary Look at Worry and Intolerance of Uncertainty, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 163-172.
- Kessler, R. C. (2002) Epidemiology of Depression, in I. H. Gotlib & C. C. Hammen (Eds.) *Handbook of Depression* (pp. 23-42) NY, Guilford.
- Kihlstrom, J. F. (1985) Hypnosis, *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kirsh, I (1991) *Changing Expectations: a Key to Effective Psychotherapy*, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.
- Kirsh, I. (1993) Cognitive-Behavioural Hypnotherapy, in Rhue, W., Lynn, S. J. & Kirsch, I. (Eds) *Handbook of Clinical Hypnosis*, A.P.A., Press. 151-172.
- Kirsch, I. (1996) Hypnotic Enhancement of Cognitive-behavioral Weight loss Treatments- Another Meta-reanalysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 317-319.
- Kirsch, I. (ed) (1999) *How Expectancies Shape Experience*, APA, Washington.
- Kirsch, I. & Lynn, S. I. (1995) The Altered States of Hypnosis: Changes in the Theoretical Landscape, *American Psychologist*, 50, 846-858.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995) Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-behavioral Psychotherapy: A Meta-analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-20.
- Kirsch, I. & Lynn, S. I. (1998a) Dissociation Theories of Hypnosis, *Psychological Bulletin*, 123, 100-115.
- Kroger, W. S. & Fezler, W. D. (1976) *Hypnosis and Behaviour Modification: Imagery Conditioning*, Philadelphia, J. B. Lippincott.
- Kunzendorf, R.G., Spanos, N.P., Fallace, B. eds. (1996) *Hypnosis and imagination*, Bay-wood Publishing Company, N-Y.
- Lakoff G, Johnson M.: *Metafore e vita quotidiana*, Bompiani, Milano, 1998.
- Lambruschi, F. (2004) a cura di: *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lampropoulos, G. K. (2001) Bridging Technical Eclecticism and Theoretical Integration: Assimilative Integration, *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 586-94.
- Lang E. V. et al. (2005) Can Words Hurt? Patient-provider Interactions During Invasive Procedures, *Pain*, 114(1-2), 303-309.
- Lankton, S. R. & Lankton, C. H. (1984) *La risposta dall'interno*, Roma, Astrolabio.
- Lazarus, A. A. (1971) *Behavior Therapy and Beyond*, New York, McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1973) «Hypnosis» as a Facilitator in Behaviour Therapy, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 25-31.
- Lazarus, A. A. (1999) A Multimodal Framework for Clinical Hypnosis, in I. Kirsh, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigo (Eds) *Clinical Hypnosis and Self Regulation* (pp. 181-210) Washington DC, APA.
- Lazarus, A. A. & Messer, S. B. (1991) Does Chaos Prevail? An Exchange on Technical Eclecticism and Assimilative Integration, *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 143-58.

- Leichsenring, F. (2004) Randomized Controlled vs Naturalistic Studies: a New Research Agenda, *Bull. Menninger. Clin.* 68, 115-129.
- Ley, R. G. & Freeman, R. J. (1984) Imagery, Cerebral Laterality, and the Healing Process, in A. A. Sheikh (Ed.) *Imagination and Healing* (pp. 51-68), N-Y, Baywood.
- Liotti, G. (1987) Un punto di vista cognitivo sui processi di cambiamento nella terapia ericksoniana. *Atti Convegno HFT, L'Antologia*, Napoli.
- Liotti, G. (2001) *Le opere della coscienza. Psicopatologie e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti, G. (2010) Introduzione alla Parte II: Terapia cognitivo-comportamentale individuale, in G.O. Gabbard (Ed), *Le Psicoterapie*, Raffaello Cortina, Milano, 175-181.
- Lochner, C., et al. (2004) Dissociative Experiences in Obsessive Compulsive Disorder and Trichotillomania: Clinical and Genetic Findings, *Comprehensive Psychiatry*, 45, 384-391.
- Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (Ed.) (1991) *Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives*, Guilford Press.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardea, E. & Patterson D. (2000) Hypnosis as an Empirically Supported Clinical Intervention. The State of the Evidence and a Look to the Future, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Lynn, S. J. & Kirsch, I (2006) *Essentials of Clinical Hypnosis. An Evidence-Based Approach*, APA.
- Lynn, S. J., Cardena, E. (2007) Hypnosis and the Treatment of Posttraumatic Conditions: An Evidence Based Approach, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2) 167-188.
- Madrid, A. (1991) A Hypnotic Protocol for Eliciting Physical Changes Through Suggestion of Biochemical Responses, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 122-128.
- Mahoney, M. J. (1991) *Human change processes*. N-Y, Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1995) *Cognitive e Constructive Psicoterapie: Theory, Research and Practice*, N-Y, Springer.
- Mair, M. (1989) *Between Psychology and Psychotherapy*, London, Routledge.
- Martini, L. (1998) L'uso dell'ipnosi ericksoniana nel trattamento delle fobie, in Aquilar, F. & Del Castello, E. (a cura di) *Psicoterapia delle fobie e del panico*. Franco Angeli, Milano, 138-147.
- Matthews, W. (1985) A Cybernetic Model of Ericksonian Hypnotherapy: one Hand Draws the Other, *Ericksonian Monographs*, 1, 42-60.
- Meichenbaum, D. (1974) *Cognitive Behaviour Modification*, Morristown, NJ, General Learning Press.
- Meichenbaum, D. & Gilmore, J. B (1984) The Nature of Unconscious Processes: a Cognitive-Behavioral Perspective, in K. S. Bowers & Meichenbaum D. (Eds.) *The Unconscious Reconsidered*, pp. 273-298, N-Y, Wiley.
- Messer, S. B. (1992) A Critical Examination of Belief Structures in Integrative and Eclectic Psychotherapy, in J. C. Narcross & M. R. Goldfried (Eds) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 130-68), New York, Basic Book.
- Milling, L. S. & Costantino, C. A. (2000) Clinical Hypnosis with Children: First Steps Toward Empirical Support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 113-137
- Montgomery G. H., Duhamel K. N. & Redd W. H. (2000) A Meta-analysis of Hypnotically Induced Analgesia: How Effective is Hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 48-2. pp 138-153.
- Morin, C. M., Mimeault, V. & Gagne, A. (1999) Non Pharmacological Treatment of Late-life Insomnia, *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 103-116.
- Nash, M. R. & Baker, E. L. (1993) Hypnosis in the Treatment of Anorexia Nervosa, in J. W. Rhue, S. J. Lynn & Kirsch, I. (Eds) *Handbook of Clinical Hypnosis* (pp 383-394) Washington, DC, APA.

- National Institute of Health Technology Assessment Panel (1996) Integration of Behavioural and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia, *Journal of the American Medical Association*, 276, 313-318.
- Neimeyer, R. A. (2002) Constructivism and the Cognitive Psychotherapies: Conceptual and Strategic Contrast, in R. L. Leahy, Dowd E. T. (Ed) *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy*, pp. 110-126, N-Y, Springer Publishing Company.
- Neron, S. & Stephenson, R. (2007) Effectiveness of Hypnotherapy with Cancer Patients' Trajectory: Emesis, Acute pain, and Analgesia and Anxiolysis Procedures, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 336-354.
- Norcross, J. C & Goldfried, M. R. (Edr) (1992) *Handbook of Psychotherapy Integration*, N-Y, Basic Book.
- Olness, K. & Kohen, D. J. (1996) 3° ed. *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, NY, Guilford.
- O'Neill, L. M., Barnier, A. J. & McConckey, K. (1999) Treating Anxiety with Self-hypnosis and Relaxation, *Contemporary Hypnosis*, 16(2), 68-80.
- Pallanti, S. et al (2002) Treatment non-response in OCD: Methodological Issues and Operational Definitions, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 181-191.
- Pavesi, P. M. A. & Mosconi G. (1960) *L'ipnosi nella medicina moderna*, Renzo Cortina, Pavia.
- Pettinati, H. M., Horne, R. J. & Staats, J. M. (1985) Hypnotizability in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1014-1016.
- Pinnell, C. M. & Covino, N. A. (2000) Empirical Findings on the use of Hypnosis in Medicine: a Critical Review, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48-2. pp. 170-194.
- Rabkin, S. W. et al. (1984) A randomized trial Comparing Smoking Cessation Programs Utilizing Behavior Modification, Health Education, or Hypnosis, *Addictive Behaviors*, 9, 157-173.
- Reda, M. (1986) *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*, Roma, NIS.
- Reda, M. (1996) L'organizzazione della conoscenza, in Bara, B (1996) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Rescorla, R. A. (1988) Pavlovian Conditioning: it's not what you think it is, *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Rhue, W., Lynn, S. J. & Kirsch, I. (Eds) (1993) *Handbook of clinical hypnosis*, A.P.A., Press.
- Ross, C. J. & Anderson, G. (1988) Phenomenological Overlap of Multiple Personality Disorder and Obsessive-compulsive Disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 295-299.
- Roth A. & Fonagy P. (1997) *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resnik, P., & Foy, D. (2000) Cognitive Behavioural Therapy in E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedmans (Eds.) *Effective Treatments for PTSD* (pp. 60-83) NY, Guilford.
- Saadat, H. et al. (2006) Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adult Patients, *Anesthesia & Analgesia*, 102, 1394-1396.
- Saap, M. (1991) Hypnotherapy and Test Anxiety: two Cognitive-behavioral Constructs. The Effects of Hypnosis in Reducing Test Anxiety and Improving Academic Achievement in College Students, *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 12(1), 26-41.
- Saap, M. (1992) Relaxation and Hypnosis in Reducing Anxiety and Stress, *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 13(2), 39-55.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., et al. (1994) Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Effectiveness of Cognitive-behavioral and Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 62: 522-534.
- Schoenberger, N. E. (2000) Research on Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-behavioral Psychotherapy, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.

- Schubert, D. K (1983) Comparison of Hypnotherapy with Systematic Relaxation in the Treatment of Cigarette Habituation, *Journal of Clinical Psychology*, 39, 198-202.
- Shoenberger, N. E. (1996) Cognitive-Behavioral Hypnotherapy for Probi Anxiety, in S. J. Lynn, I. Kirsch & Rhue, J. W. (Eds) *Casebook of Clinical Hypnosis* (pp. 33-49), Washington, DC, APA.
- Shoenberger, N. E. et al. (1997) Hypnotic Enhancement of a Cognitive Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety, *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Shusta, S. R. (1999) Successful Treatment of Refractory Obsessive-compulsive Disorder, *American Journal of Psychotherapy*, 53, 377-391.
- Spanos, N.P. & Barber, T.X. (1974) Toward a Convergence in Hypnosis Research, *American Psychologist*, 29, 500-11.
- Spanos, N.P. & Barber, T.X. (1976) Behaviour Modification and Hypnosis, in M. Hersen, R. M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behaviour Modification*, New-York, Academic.
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. E. (1988) Dissociation and Hypnotisability in Posttraumatic Stress Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Stanton, H. E. (1994). Self-hypnosis: One Path to Reduced Test Anxiety, *Contemporary Hypnosis*, 11(1), 14-18.
- Starfrace, S. (1994) Hypnosis in the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 73-76.
- Stricker, G. & Gold, J. R. (Eds) (1993) *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*, NY, Plenum Press.
- Stricker, G. & Gold, J. R. (Eds) (2006) *A Casebook of Psychotherapy Integration*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Stutman, R. K. & Bliss, E. L. (1985) Posttraumatic Stress Disorder, Hypnotizability, and Imagery, *American Journal of Psychiatry*, 142, 741-742.
- Thompson, L. Gallagher, D., Breckenridge, J. S. (1987) Comparative Effectiveness of Psychotherapies for depressed elders, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55, 385-390.
- Tosi, D.J. & Baisden, B. S. (1984) Cognitive-experiential Therapy and Hypnosis, in W.C. Wester & A. H. Smith (Eds), *Clinical Hypnosis: a Multidisciplinary Approach* (pp. 155-78) Philadelphia, J. B. Lippincott.
- Valbo, A. & Eide, T. (1996), Smoking Cessation in Pregnancy: the Effect of Hypnosis in a Randomized Study, *Addictive Behaviors*, 21, 29-35.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1988) The Use of Hypnotherapy in the Treatment of Eating Disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 7, 673-679.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1998) *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*, Astrolabio.
- VonFoester, H. (1981) *Observing systems*, Seaside, CA, Intersystem Publications.
- Wampold, B., Minami, T., Baskin T. W., et al. (2002). A Meta-(re)analysis of the Effects of Cognitive Therapy versus «Other Therapies» for Depression, *J. Affect. Disord.*, 68, 159-165.
- Watkins, J. G. & Watkins H. (1997) *Ego States: Theory and Therapy*, NY, WW Norton & Company.
- Watkins, J. G., & Barabasz, A. (2008) *Hypnoanalytic Techniques* (2nd edition) NY Brunner-Routledge.
- Watson, D, Wu, K. D., & Cutshall, C. (2004) Symptom Subtypes of Obsessive Compulsive Disorder and Their Relation to Dissociation, *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 435-458.
- Westen, D, Novotny C. M., Thompson-Brenner, H. (2008) Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazioni delle ricerche, in PDM Task Force: *PDM- Manuale diagnostico psicodinamico*, Milano, Raffaello Cortina, 565-658.
- Whiteside, J. W. (1985) The Four Schools of Hypnosis: who is the Best? in Zeig, J. K. (Ed) *Ericksonian Psychotherapy, Vol I, Structures*, Brunner-Mazel, New York.

- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, CA, Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1972) *Tecniche di terapia del comportamento*, Milano, Franco Angeli.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966) *Behavior Therapy Techniques*, Elmsford, NY, Pergamon Press.
- Woody, E., Sadler, P (1998) On Reintegrating Dissociated Theories: Comment on Kirsch and Lynn, *Psychological Bulletin*, 123, 192-197.
- Yapko, M. D. (1992) *Hypnosis and the Treatment of Depression. Strategies of Change*, NY, Brunner-Mazel.
- Yapko, M. (2001) *Treating Depression with Hypnosis: Integrating Cognitive-behavioral and Strategic Approaches*, Philadelphia, Brunner/Routledge.
- Yapko, M. D. (2003) *Trancework. 3rd Edition*, NY. Brunner-Routledge.
- Young, J. E. (1994) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-Focused Approach*, Rev. Ed. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange.
- Zeig, J. (Eds) (1982) *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*, NY, Brunner/ Mazel.
- Zeig, J. K. (1984) *La diagnosi ipnotica*. Dispensa di seminario tenuto da J. K. Zeig presso la S.I.I.
- Zeig, J. K. (Ed) (1985) *Ericksonian Psychotherapy. Vol I: Structures; Vol II: Clinical Application*. Brunner-Mazel, New York.
- Zeig, J. K. & Lankton, S. R. (Eds) (1988) *Developing Ericksonian Therapy. State of the Art*, Brunner-Mazel, New York.
- Zeig, J. K. & Gilligan, S. G. (Ed) (1990) *Brief Therapy. Myths, methods, and Metaphors*. Brunner-Mazel, New York.
- Zeig, J. K. (Ed.) (1994b) *Ericksonian Methods. The Essence of the Story*. Brunner-Mazel, New York.

Firenze, 28/01/2013

Dr. Patrizio Borella
Legale rappresentante dell'Ente Gestore



AD INTEGRAZIONE DEL SUPOSTO AGGIORNAMENTO DEL MODELLO SCIENTIFICO DELLA «SCUOLA DI IPNOTERAPIA COGNITIVA» SI RINVIA ALL'ALLEGATO N. 24 (FASCICOLO 58/59) «**PROF. E. THOMAS DOWD: AGGIORNAMENTO DEL PARERE TECNICO (20/02/2012)**» SULLA VALIDITÀ TERAPEUTICA E SULL'AMPIEZZA APPLICATIVA NELLE PSICOPATOLOGIE DELLA 'IPNOTERAPIA COGNITIVA' E SUL SUO AVANZAMENTO IN EFFICACIA RISPETTO ALLA 'PSICOTERAPIA COGNITIVA' E ALLA 'IPNOTERAPIA'.