

DISTURBO DI PANICO CON SINTOMI DI DEPERSONALIZZAZIONE/DEREALIZZAZIONE: LO STUDIO DI UN CASO TRATTATO CON IPNOSI

Giorgia Induni¹

¹Dr.ssa psicologa psicoterapeuta
- libero professionista - Crema

ABSTRACT

Dopo una breve inquadratura nosologica del disturbo di panico e dei concetti di depersonalizzazione e derealizzazione, questo lavoro si concentra sulla definizione della tecnica dell'ipnosi in psicoterapia.

Il caso di I. è esemplificativo di come l'applicazione di tale tecnica possa essere efficace e veloce nella risoluzione del DAP

ENG: After a brief nosological classification of the panic disorder and the concepts of depersonalization and derealization, this work focuses on defining the technique of hypnosis in psychotherapy.

The case of I. is an example of how the application of this technique can be effective and quick in resolving the DAP.

Parole chiave:

attacco di panico,
disturbo di panico, ipnosi,
depersonalizzazione,
derealizzazione, psicoterapia,
ansia

Keywords:

panic attack, panic disorder,
hypnosis, depersonalization,
derealization, psychotherapy,
anxiety

BACKGROUND Il disturbo di panico (DAP) è caratterizzato da stati d'ansia ricorrenti e di durata variabile da individuo a individuo. In genere gli attacchi di panico (AP) sono accompagnati da ansia anticipatoria e da condotte di evitamento che possono anche diventare in qualche misura invalidanti per il soggetto, peggiorando anche notevolmente la qualità della vita.

Gli AP rappresentano la manifestazione basilare del disturbo. Sono episodi parossistici che insorgono improvvisamente, raggiungono il climax in pochi minuti e generalmente svaniscono nel giro di circa mezz'ora. Durante l'AP gli individui provano paura, senso di impotenza, mancanza di controllo e al termine i soggetti riferiscono sensazioni di estenuazione. Quando gli AP si ripetono in modo sistematico insorge nel paziente la paura che possano ripetersi ancora e il soggetto si ritrova in una situazione di ansia persistente.

A ciò si accompagnano condotte di evitamento di situazioni o contesti che sono percepiti dall'individuo come potenziali cause dell'insorgere di un AP. In tal senso si innesca l'agorafobia e di conseguenza il funzionamento globale viene limitato sia sul piano sociale che professionale. Tipiche situazioni agorafobiche (oltre al significato etimologico "paura della piazza") sono ad esempio: rimanere a casa da soli, prendere ascensore, prendere un mezzo di trasporto, attraversare un tunnel, ritrovarsi in un posto affollato ecc.

This article was published on
June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-3>
Copyright © 2018 SIMEDET.

In questi casi si manifestano con fobie agorafobiche o claustrofobiche, in altri casi possono emergere come farmacofobie o ipocondria. In alcuni casi il quadro sintomatologico può assumere aspetti meno tipici rispetto a quelli descritti.

Il quadro clinico deve quindi tenere conto anche del fatto che spesso i sintomi riferiti dai pazienti possono sembrare attenuati o incompleti, così le varie manifestazioni del panico possono essere incluse in un più ampio concetto fenomenologico che è lo spettro panico-agrafobico.

Depersonalizzazione e derealizzazione si presentano spesso come sintomi dell'attacco di panico.

Si manifestano come alterazioni della continuità e integrazione di identità, emozione, percezione e memoria.

Entra in crisi l'unità dell'Io e conseguentemente non è più riconosciuta l'armonia del rapporto tra mondo interno e mondo esterno. L'individuo perde, almeno in parte, la capacità di essere presente a se stesso, di avere consapevolezza dei suoi pensieri, sensazioni, percezioni, azioni.

La **depersonalizzazione**, nello specifico, viene descritta come la sensazione di sentirsi estraneo al proprio corpo o ai propri processi mentali. In tali condizioni l'individuo può sentire ridotto il suo senso di agency, come se non fosse più in grado di fare individualmente e liberamente le proprie scelte.

Potrebbe altresì sentir venire meno il senso di Sé o di alcune funzioni del Sé, ovvero l'individuo può riferire di avere un senso di generale inconsistenza, di non essere in grado di descriversi oppure di non riconoscere le proprie emozioni.

In genere tale esperienza suscita una notevole ansia associata alla paura di impazzire. Tali soggetti hanno spesso difficoltà a descrivere i sintomi e, in un primo momento, è necessario che il terapeuta nomini le emozioni prima che essi le possano riconoscere.

L'altra faccia della medaglia è la derealizzazione,

ossia la sensazione che il mondo esterno sia irreali e deformato. L'individuo può riferire disturbi nella senso-percezione come macropsia o micropsia oppure una generale sensazione di estraneità dell'ambiente circostante, inclusi ambienti famigliari come casa propria o il posto di lavoro. Spesso l'esperienza dissociativa è accompagnata da attacchi di panico e, di conseguenza, da sintomi fobici da evitamento, per esempio, agorafobia, ansia sociale ecc.

Questa condizione rappresenta, naturalmente, un disagio clinicamente significativo nell'individuo e può compromettere il funzionamento affettivo, relazionale e/o lavorativo del soggetto.

Il caso clinico riportato riflette il mio modo di lavorare con il paziente e quindi di interpretare l'approccio terapeutico in modo eclettico ad ampio spettro. La ricerca ha reso evidente da tempo (Auerbach & Johnson, 1977; Fey 1958; Parloff, Waskow & Wolf, 1978; Wogan & Norcross, 1985) che un atteggiamento maggiormente centrato sulla persona, basato sui diversi bisogni dei pazienti, sia molto più efficace.

Un approccio inflessibile e rigido, d'altro canto, sembra aumentare le possibilità che si incorra in effetti distruttivi (Yalom, Lieberman & Miles, 1973). Allo stesso modo all'interno della tecnica dell'ipnoterapia rifiuto di adottare un unico punto di vista e cerco di incorporare diversi metodi di ipnosi modulando la tecnica di volta in volta in base alle necessità peculiari del paziente. L'ipnosi è una tecnica clinica in psicoterapia che non determina l'approccio di riferimento. In questo caso specifico la tecnica utilizzata è l'ipnosi con una lettura del caso di tipo cognitivo-comportamentale.

L'ipnosi ha avuto negli anni una storia travagliata che ha trovato la sua maggiore divulgazione in ambito terapeutico grazie a M. Erickson negli stati uniti e successivamente grazie al lavoro di F. Granone in Italia. La psicoterapia ericksoniana si basa su una profonda e sensibile interazione con il paziente (rapport) e sull'attenta valutazione della persona, del suo mondo,

del suo stile di comunicazione. In quest'ottica l'ipnosi diventa un lavoro attivo da parte del paziente.

Nel caso descritto l'ipnoterapia si è basata su visualizzazioni di metafore create a partire dagli spunti forniti dalla paziente in modo da orientarla verso le sue soluzioni.

L'ipnosi è uno stato naturale della coscienza con inibizione della corteccia frontale e aumento delle onde theta (5-7 hz).

Ogni individuo ha esperienza della trance ipnotica, avviene ogni volta che ci si concentra completamente in una cosa fino a perdere, temporaneamente, la percezione del tempo o dello spazio, come se si entrasse a fare parte di quella cosa: la lettura di un libro, la visione di un film, l'ascolto di una storia ecc..

Nel setting terapeutico, affinché il paziente entri in uno stato di trance ipnotica, è necessario che abbia sviluppato con il terapeuta una buona compliance e che scelga di lasciarsi andare alla trance. Nonostante i pregiudizi e gli stereotipi riguardo all'ipnosi non è possibile, in nessun caso, indurre l'ipnosi ad un soggetto senza il suo consenso.

Durante la trance il paziente sospende il proprio modo di ragionare e attiva le sue risorse interne attingendo al proprio sistema di credenze, ciò permette l'emergere di nuovi punti di vista, nuove soluzioni o nuovi modelli di comportamento, attraverso i quali è possibile arrivare alla rottura del meccanismo patologico che aveva indotto il sintomo.

Dopo l'identificazione dei neuroni action-location, cronical e mirror è risultato chiaro come il semplice immaginare di compiere un'azione o di vedere, udire, toccare un oggetto attivi le medesime vie neuronali implicate durante l'esecuzione di un'azione o la reale visione dell'oggetto.

La corteccia cingolata anteriore e l'insula, aree primarie nella codifica delle valenze affettive, motivazionali e attentive degli stimoli, si attivano in concomitanza di una specifica emozione vissuta ma anche se la stessa emozione è vista in un altro essere vivente.

Oltre a ciò la linguistica cognitiva afferma che l'elaborazione dei concetti è una conseguenza del funzionamento a rete del cervello e dipende dalle pregresse esperienze di interazione organismo-ambiente e dal maturare dei processi percettivi motori. I concetti relativi ad una parola sono incarnati in una rete di connessioni alla cui base ci sarebbero le esperienze senso-motorie.

Numerosi studi che si basano sulla percezione hanno mostrato come la coscienza sia influenzata da fenomeni come il bottom up e il top down. Ossia come la percezione sia influenzata da una parte dagli elementi che riguardano l'oggetto stesso (bottom up) dall'altra parte dalle esperienze passate e dalle conoscenze precedentemente immagazzinate (Koch, 2004). Dagli studi di Rees (2013) emerge come un'illusione (o una visualizzazione) sia in grado di procurare l'attivazione della corteccia somato-sensoriale umana anche in assenza di stimoli.

La percezione somato-sensoriale consapevole, in altri termini, è associata non solo con la corteccia sensoriale primaria, ma anche con le aree esterne dell'elaborazione sensoriale nella corteccia prefrontale, deputata ai sistemi di elaborazione esecutivi, implicati nella definizione di coscienza (Miyazaki et al., 2010).

Durante un'induzione ipnotica l'accesso al sistema di neuroni specchio del paziente è rapido, tanto che il concetto di ideoplasia è alla base della concezione contemporanea dell'ipnosi. Ossia ciò che viene suggerito tramite la suggestione diventa una sensazione, un'immagine, una sensazione viscerale, un atto in movimento.

I tipici fenomeni ipnotici come, per esempio, l'analgesia, l'amnesia oppure le allucinazioni (il 20% delle persone sembra essere in grado di allucinare sotto ipnosi) sembrano essere collegati a un'inibizione delle funzioni corticali e alla possibilità che la zona diencefalo-mesencefalica, la parte del cervello legata alle attività vegetative emotive, possa essere attivata da stimoli derivanti da tecniche induttive, senza la

partecipazione di delle funzioni corticali superiori.

La realizzazione di un'ideoplasia diventa un fenomeno legato alla comunicazione che l'ipnoterapeuta mette in atto durante la sessione, ovvero un fenomeno biologico che ristrutturata reti neuronali a loro volta responsabili di comportamenti disfunzionali. In quest'ottica la psicoterapia diventa quindi una forma di cura che agisce a livello biologico, rimodellando strutture neuronali (E. Zacchetti, 2015).

Se è vero che ogni forma di psicoterapia indipendentemente dal modello di riferimento può agire a livello bio-psicologico, l'ipnositerapia, trasformando stati psichici in percezioni nuove a livello corporeo e viscerale e viceversa, può a tutti gli effetti inserirsi nell'indissolubile dimensione mente-corpo.

METHODS Il disturbo di panico è definito nel manuale diagnostico e statistico internazionale DSM V e per la diagnosi devono essere presenti entrambi i seguenti criteri:

Attacchi di panico, un periodo preciso di intensa paura o disagio in cui si presentino, si sviluppano e raggiungono il climax almeno quattro o più dei seguenti sintomi: cardiopalmo, tachicardia, palpitazioni, sudorazione, tremori fini o grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, sensazione di sbandamento o instabilità o testa leggera o svenimento, derealizzazione o depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie, brividi o vampate di calore;

Almeno uno degli attacchi di panico è stato seguito da un mese (o più) da uno (o più) dei seguenti sintomi: preoccupazione persistente di avere attacchi, preoccupazioni per le implicazioni dell'attacco (perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, ictus, impazzire ecc.), significativa alterazione del comportamento in relazione agli attacchi.

CASE REPORT IL CASO DI I. A.

I. è una ragazza di 23 anni, figlia unica e vive con la madre. Viene nel mio studio su indicazione di una mia paziente. I. si presenta puntuale ad ogni appuntamento, ha un eloquio forbito ma non affettato, è sempre adeguata al contesto sia nel modo di vestire che nell'atteggiamento generale.

I. ha consultato il medico di famiglia prima di venire da me che le ha prescritto En al bisogno ma riferisce di non averne mai fatto uso. Riferisce di soffrire di attacchi di panico, uno o due al giorno, da circa un anno. I sintomi più ricorrenti sono tachicardia, cardiopalmo, senso di asfissia o soffocamento, fame d'aria, sudorazione, sensazione di sbandamento e instabilità, derealizzazione e depersonalizzazione.

Questi ultimi, in particolare, non solo sono per lei quelli più terrorizzanti ma tendono a persistere anche quando l'AP è terminato. Mi racconta che durante l'ultimo anno i sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione sembrano essersi come "consolidati" e riporta di avere la sensazione di provarli in modo fluttuante ma di continuo.

Negli ultimi sei mesi riferisce di avere la sensazione di non riconoscersi allo specchio e teme che la situazione peggiori sempre di più fino a portarla alla pazzia.

I. è una ragazza molto attiva, fa sport, studia all'università, ha amici e una vita sociale normale ma questa situazione la sta portando a chiudersi sempre di più e pretendere che con lei si chiuda anche il compagno nei confronti del quale sembra essere gelosa in modo eccessivo ed asfissiante, tanto che quando arriva da me il rapporto sembra essere in una grave crisi.

Dal racconto non emerge chiaramente se la gelosia sia un effetto oppure la causa dell'AP, è evidente però un vantaggio secondario del disturbo che, inconsapevolmente, I. sta usando in modo strumentale e manipolatorio. Le descrizioni dei sintomi dissociativi suscitano preoccupazione e ansia anche nelle persone più vicine a I. e potrebbero diventare, in qualche modo, dei dispositivi attraverso il quali controllare la

sua angoscia da abbandono.

Dal colloquio anamnestico emerge che i primi sintomi di tipo ansioso si sono presentati intorno ai 14 anni, dopo il divorzio dei genitori. Durante il divorzio e successivamente I. sentiva come se le mancasse il respiro e spesso scoppiava in pianti improvvisi.

I. racconta che il padre ha avuto una relazione, con la sua attuale compagna, e ha deciso di chiedere il divorzio, che sembra essere stato particolarmente conflittuale.

La paziente racconta di liti feroci e fragorose, soprattutto durante la notte quando il padre, a suo dire, tornava dopo essere uscito con l'altra donna, e I., quattordicenne, veniva svegliata dagli strilli e dagli insulti reciproci della coppia. I. stessa riferisce di aver vissuto il tradimento del padre e le sue conseguenze come un trauma.

Riporta come questo evento abbia infranto il suo "luogo sicuro" e disatteso le sue aspettative nei confronti del padre, verso il quale sostiene di avere avuto un rapporto privilegiato fino a quel momento e di aver riposto in lui una cieca fiducia.

Dopo il divorzio I. ha interrotto completamente i rapporti col padre per circa un anno. Attualmente riferisce di avere un rapporto ottimo con lui e di condividere molti momenti del tempo libero. Il primo AP che I. ricorda è insorto mentre andava in bicicletta in montagna, attorno ai 17 anni, I. pratica ciclismo a livello amatoriale, riferisce di aver sentito da prima "la testa vuota" e poi tachicardia, cardiopalma, senso di svenimento e per la prima volta l'esperienza di depersonalizzazione: "Sembrava una situazione irrealistica".

Le montagne intorno erano altissime, tipo fino alla luna, io sapevo che non era così ma le vedevo così! È pensavo: "sono pazza! Sono pazza!". Il padre era con lei in quel frangente e l'ha accompagnata immediatamente a casa. I. riferisce che dal quel momento in poi gli attacchi si sono andati intensificando fino ad ora che sono uno o più al giorno. Alla fine della prima seduta

mi chiede insistentemente la diagnosi, le riferisco che ritengo si tratti di un disturbo di panico con agorafobia, sembra molto sollevata e le chiedo perché e lei risponde "se ho il panico non sono pazza! Cioè non è psicosi...giusto?".

Le fornisco una spiegazione dettagliata dell'ansia e dell'AP mostrandole anche graficamente il circolo vizioso col modello del disturbo di panico di Clark: i fattori scatenanti (interni o esterni) vengono percepiti come una minaccia che elicitano l'ansia alla quale corrispondono sintomi somatici/cognitivi che erroneamente interpretati alimentano a loro volta la sensazione di ansia.

Alla fine della fase di inquadramento clinico-diagnostico e raccolta anamnestica propongo a I. di procedere con la tecnica dell'ipnosi che in questo caso ritengo indicata perché potrebbe ricordare e rielaborare avvenimenti ed emozioni che ha già vissuto nel passato e dare ad esse un nuovo senso nel qui ed ora. Oltre a ciò, si tratta di una tecnica che il paziente apprende e l'autoipnosi può rivelarsi un valido strumento in molteplici occasioni anche in assenza del terapeuta.

Dall'analisi della domanda emerge come la paziente chieda in modo manifesto la remissione dal sintomo ma su un piano più profondo e latente sembra che il DAP sia una sorta di difesa dall'angoscia di I. di essere abbandonata. Tale angoscia risulta evidente non solo in riferimento alla narrazione anamnestica ma anche alle sue attuali relazioni che per I. diventano soddisfacenti solo se esclusive e focalizzate su di sé.

Descrivendo la relazione con il compagno esplicita la sua preoccupazione che lui la possa tradire (chiede caparbiamente ogni dettaglio della sua giornata) e ci tiene a chiarire che per lei la masturbazione è una forma di tradimento. Mentre cerca di spiegarmi questo punto si agita in modo evidente, si innervosisce e piange.

L'indagine insistente di I. sulle abitudini del compagno in tal senso sembrano essere esasperanti per lui e sono causa di aspri conflitti. Rispetto a ciò I. è completamente egosintonica e inflessibile anche se

questa modalità di controllo assillante nei confronti del compagno mette a dura prova la relazione. I. sposta tutta la responsabilità su di lui e la sua incapacità di capirla.

Anche nelle relazioni di amicizia I. sembra essere molto esigente e non tollera di non essere messa al corrente di ogni avvenimento della vita altrui che I. considera saliente.

Ad esempio decide di interrompere i rapporti di amicizia con S. dopo che quest'ultima si era recata in un locale notturno con un'altra ragazza, che non piaceva ad I., senza preventivamente informarla. In generale una forma di controllo deforme e disarmonico della relazione con altri sembra essere l'unica forma di sollievo dall'angoscia. Emerge che questa strategia, completamente disfunzionale e distruttiva, sia per I. l'unica tattica per mantenere la sensazione di poter gestire l'ansia. Questa modalità, però, non solo non funziona, ma costringe I. ad gioco al quale perde sempre.

Le prime sedute con I. si sono concentrate sulla costruzione di una non facile compliance. La paziente fatica a fidarsi degli altri e io non faccio eccezione. Infatti decido di rimandare la prima induzione ipnotica alla quarta seduta, quando mi sembra che I. cominci a distendersi maggiormente nei miei confronti.

Durante la seduta provo una prima induzione ipnotica, il luogo sicuro, che è molto semplice e, generalmente, anche un'esperienza piacevole e molto rilassante per il paziente. I. risponde molto bene all'ipnosi e ne sembra entusiasta. Nelle sedute successive mi riferisce di aver cominciato ad utilizzare l'ipnosi anche in modo autonomo, ad esempio quando si sente ansiosa o insicura. Questo è molto importante, per me, e durante il percorso di psicoterapia incoraggio spesso i pazienti a diventare autonomi rispetto alle tecniche che sperimentiamo durante le sessioni.

La seduta di svolta nel percorso con I. è stata una sessione di ipnosi regressiva. I. si è presentata all'appuntamento molto agitata e mi racconta di aver avuto una lite particolarmente sgradevole con il compagno in conseguenza della quale lui ha deciso di

chiudere il rapporto.

Scegliamo di utilizzare la tecnica del "ponte affettivo" in ipnosi. È una tecnica di ipnosi regressiva volta a trovare analogie e corrispondenze tra gli stati emotivi relativi agli eventi del presente e gli avvenimenti del passato. In altri termini le emozioni del presente creano un ponte affettivo con il passato, quando le stesse emozioni furono sperimentate per la prima volta. In estrema sintesi ho chiesto a I., sotto ipnosi, di riprodurre lo stato problematico, nella fattispecie le ripetute liti con il compagno, provando le emozioni che questo suscita usualmente.

Fatto ciò ho chiesto alla paziente di usare tale emozione come se fosse un "navigatore" e lasciarsi condurre alla prima volta che l'ha sperimentata. A questo punto mi sono fatta descrivere la situazione rievocata. La parte interattiva della seduta comporta alcune insidie.

Il linguaggio utilizzato per fare domande al paziente deve essere il più possibile neutro e pulito, in quanto, in tali situazioni è molto facile creare suggestioni e falsi ricordi. La situazione rievocata da I. era collocata molto indietro nel tempo, intorno ai 6 anni, secondo la paziente. I. descrive una situazione in cui i genitori stavano litigando, I. non conosce il motivo del conflitto ma ricorda la madre come "insistente, fastidiosa" e ricorda che lei, bambina, desiderava fortemente che la madre smettesse di provocare il padre, che invece ricorda come afflitto, "disperato".

Le emozioni di rabbia, impotenza e senso di colpa erano quelle che I. ricorda come predominanti. Questa seduta si è rivelata particolarmente importante perché I. ha cominciato ad essere egodistonica rispetto ai suoi atteggiamenti disfunzionali nelle relazioni.

Dopo questa sessione di ipnosi I. ha un insight e si rende conto che la sua eccessiva esigenza nelle relazioni non dipende solo dall'angoscia di essere abbandonata come ha fatto suo padre con sua madre ma che sta di fatto riattivando una modalità relazionale che è propria della madre.

Il solo fatto di vedere rispecchiate dentro di sé delle parti della madre le permette di valutarle dall'esterno e diventare maggiormente critica e disponibile a mettere in discussione delle parti di sé.

A questo punto abbiamo proceduto lavorando su due fronti, da una parte sul sintomo, con un approccio cognitivo comportamentale.

Ho, quindi, lavorato da prima sulla ristrutturazione cognitiva degli esiti temuti e delle sensazioni fisiche, utilizzando anche tecniche di mindfulness, che si è rivelata, in base alla ricerca (Segal, 2014; Zindel V. Segal j. Mark G. Williams Jhon D. Teasdale 2016) molto efficace per il controllo dell'ansia e degli AP. Sempre attraverso vari esercizi che, anche in questo caso, comprendevano esercizi di mindfulness, abbiamo utilizzato la tecnica dell'esposizione enterocettiva. Ossia, il terapeuta induce, o incoraggia il paziente ad autoindursi, sensazioni fisiche simili a quelle che si manifestano durante l'AP, in modo tale che, gradualmente il paziente impari a non catastrofizzare i sintomi e rispondervi più adeguatamente cambiando le proprie aspettative e reazioni.

Dall'altro lato abbiamo continuato a lavorare con l'ipnosi per la ristrutturazione dei ricordi del passato soprattutto rispetto alla relazione con i genitori che sembrava essere il nucleo scatenante dei sintomi di I. Ho usato sia l'ipnosi regressiva sia visualizzazioni guidate con immagini simboliche, quindi un approccio maggiormente immaginativo.

Dopo circa otto mesi di terapia i sintomi di I. erano in completa remissione. Attualmente, dopo un anno circa dalla fine della terapia, I. ha una relazione più equilibrata e soddisfacente e continua a non avere AP. I sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione non si sono più presentati dopo la seduta del ponte affettivo.

BIBLIOGRAFIA

Bandler, Richard; Grinder, Jhon, Ipnosi e trasformazione, Astrolabio, Roma, 1983

Bottaccioli F., Bottaccioli A., psico-neuro-endocrino-immunologia e scienza della cura integrata, edra, Milano, 2016

Casula C. C., Giardinieri, principesse e porcospini, Franco Angeli, Milano, 2002

Corymond H., Hypnotic Suggestions and Metaphors, American society of clinical hypnosis book

D'Ambrosio A., Costanzo F. Il disturbo dissociativo di identità, Franco Angeli, 2016

Erickson M. H., Opere, Vol.3, Vol.4, Astrolabio, Roma, 1984

Gordon, David, Metafore terapeutiche, Astrolabio, Roma, 1992

Granone, F, Trattato di ipnosi, UTET, Torino, 19879

Merati, Luisa; Roberto, Ercolani, Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi, edra, Milano, 2015

Nardone G., Loredano C., Zeig J., Watzlawick P., Ipnosi e terapia ipnotica, Ponte alle Grazie, Milano, 2006

Regaldo G., Manuale di ipnosi medica rapida, Narcissus, Torino, 2014

Watzlawick, Paul; Weakland, John H.; Fisch Richard, Change, Astrolabio, Roma, 1974

Zindel V. Segal, J. Mark, G. Williams, John D. Teasdale, Mindfulness, Bollati Boringhieri 2016

Zivny, P., Curarsi con l'ipnosi, psicologopz.com, 2014

Zivny, P., L'ipnosi non è ipnosi, psicologopz.com, 2014