

ALLEGATO N.	24
FASCICOLO N.	58/59

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

PROF. E. THOMAS DOWD
AGGIORNAMENTO DEL PARERE TECNICO (20/02/2012)

SULLA VALIDITÀ TERAPEUTICA E SULL'AMPIEZZA
APPLICATIVA NELLE PSICOPATOLOGIE DELLA 'IPNOTERAPIA COGNITIVA'

SUL SUO L'AVANZAMENTO IN EFFICACIA RISPETTO
ALLA 'PSICOTERAPIA COGNITIVA' E ALL' 'IPNOTERAPIA',

Il Presidente dell'Ente Gestore della Scuola di Ipnoterapia Cognitiva
Dr. Patrizio Borella





E. Thomas Dowd, Ph.D., ABPP, DSNAP

Board Certified in Cognitive & Behavioral Psychology and Counseling Psychology

Professor Emeritus, Department of Psychology, Kent State University

Kent, Ohio 44242, USA - phone - 330.672.7664, Fax - 330.672.3786

Professor, Postdoctoral International Institute for Advanced Studies of Psychotherapy and

Applied Mental Health, Babes-Bolyai University, Cluj Napoca, Romania

President, American Academy of Cognitive & Behavioral Psychology

Vice President, American Board of Cognitive & Behavioral Psychology

International Editor, Journal of Cognitive Psychotherapy

12 July 2012

Department of Education and Science
Ministry of Education - Roma, Italia

To whom it may concern.

I am writing in strong support about the project of the 'School of Cognitive Hypnotherapy' as submitted by Dr. Casilli Costantino. In this new letter I shall describe the theoretical support for the cognitive hypnotherapy model as well as the clinical and research support underlying it. Dr. Casilli has already presented good empirical and clinical support for the model in addressing a variety of clinical problems and I shall not repeat that. Instead I wish to offer additional support.

In 2000, my book *Cognitive Hypnotherapy* (Rowan & Littlefield) was published, with a forward from Aaron T. Beck, MD. In it he said: «(..) Tom Dowd has taken the theory and practice of Cognitive Therapy one step further. He has integrated it with hypnosis and hypnotherapy and has produced the first-ever book on that topic. Cognitive Therapy has always had an imagery component and he has systematically developed and expanded that side of it in an imposing manner». In this context I should note that I obtained the idea for this integration from the Imagery chapter in *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* by Judith S. Beck (Guilford, 1995), Aaron Beck's daughter.

In developing this model I used ideas and techniques from both Cognitive Therapy and the hypnotherapy model developed by Milton Erickson, MD. I made use of both direct and indirect hypnotic suggestions. I used ideas and concepts from the work of V. Guidano and G. Liotti in Italy (e.g. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Guilford, 1983) on the role of tacit knowledge structures (Pc Org) in various clinical problems. I have also used the tripartite model of cognitive psychological phenomena described by Michenbaum and Gilmore (1984, Wiley); Cognitive Contents (what we say to ourselves), Cognitive processes (How we say them to ourselves, or cognitive distortions) and Cognitive Structures.

Cognitive contents refer to the automatic self-statements (A.T. Beck), irrational thoughts (A. Ellis), or the internal dialogue (D. Meichenbaum). They are like a running internal commentary, in emotionally distressed people primarily negative, that people say to themselves in problematic situations. Examples might be, 'I'll never understand this problem!' or 'I just know I'm going to fail!'. Usually clients can be helped to become aware of the automatic self-statements fairly readily. While hypnosis can be, and has been, used to develop alternative, more adaptive self-statements, I have not found it particularly useful to use in this manner.

Cognitive processes refer to the cognitive processing distortions that people use in understanding and making sense of events that occur. J.S. has identified 12 cognitive distortions, including personalization (attributing what happens to one's self), dichotomous thinking (seeing events as either all good or all bad), mind reading (expecting other people to know what you want), and maximization/minimization (seeing mostly bad attributes in a situation instead of the good or explaining away the good but not the bad). All people occasionally use cognitive distortions but emotionally distressed people use them much more. People can be helped to see their own cognitive distortions with some effort, although they can recognize them easier in other people. I have used hypnosis to speak about these distortions.

Cognitive structures refer to the network of cognitive associations organized around a theme, such as inadequacy, low self-esteem, or personal danger. In an article published in 2006 (*Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*), I drew heavily on the literature in experimental psychology in tacit or implicit learning and memory, as well as memory distortions and fallibility. Therein I described cognitive structures in these words:

«Cognitive structures involve not only 'cold' cognitive activities but most importantly 'hot cognitions' which involve emotionally-loaded appraisals of events (David & Szentagotai, 2005). But these cognitive structures themselves are much more complex than commonly supposed and are examples of tacit or implicit knowledge - knowledge and appraisals that are not accessible to consciousness but that guide and direct our behavior and decision-making processes nonetheless. And it is very difficult to change cognitive structures because they were developed early in life, pre-verbally and non-verbally. How do you discuss something for which the client has no words? This type of knowledge may be similar to unconscious processing as described by psychodynamic therapists, although without the conceptual baggage associated with that term. There are several aspects of the tacit knowledge contained in cognitive structures that are important to know (Dowd & Courchaine, 2002; Lewicki, Czyzewska, & Hill, 1997). First, tacit knowledge is acquired largely from experience in the environment in which it will be needed. It is best acquired in an environment that fosters learning from good models. It can often be best acquired in unusual situations. Second, tacit knowledge is very conservative and is not easily changed - accounting perhaps for the resistance many or most clients have toward significant change, even if they say they want it. As Dowd (2004b) has discussed, cognitive structures, especially those involving core concepts of personal meaning and self-identity, are protected from unusually rapid change because such changes can threaten our very sense of self and lead to personality disorganization. Third, tacit knowledge is phylogenetically older than and holds evolutionary primacy over explicit knowledge, particularly in affective or emotional learning. Fourth, and this is especially important, it occurs through the tacit detection of co-variation of features or events in the environment. Co-variation is essentially associational learning as originally described by Wolpe (1990) in the therapeutic process. What this means is that neurologically advanced organisms (such as humans) notice things that occur together and then tacitly assume that they belong together and represent reality; in other words, these co-variations develop into 'inferential rules' about the what the world is and the way it operates. The problem is that these co-variations may be accidental, incidental, or not really true. Because of our human advanced neurological structure, we can notice co-variations that are extremely subtle or are not really here. Learning in this way can occur very quickly and it does not take many repetitions for it to occur. These encoding rules can also be developed from a surprisingly small number of instances of consistent evidence; it does not take much for an inferential rule to develop. Cultural assumptions are examples of tacit knowledge as is the knowledge of our native language. Fifth, tacit or implicit learning occurs much faster than explicit learning and it is more effective in learning complex and multi-faceted tasks.



Indeed, explicit learning often gets in the way of or interferes with implicit learning (Dowd & Courchaine, 2002). The role of Encoding Algorithms plays a significant part in the acquisition and maintenance of tacit knowledge (Lewicki et al., 1997). All incoming stimuli must be encoded according to some classification system if they are to be meaningful and therefore noticed and used. These algorithms are responsible for filtering this information according to the 'inferential rules' previously developed. It must be emphasized that people are not aware of these rules nor of the filtering process. The problem - if you want to look at it that way is that the cognitive filter acts in such a way to let information in (stimuli) that supports the existing rules and categories and acts to keep out information (stimuli) that does not support or contradicts the existing rules and categories. Over time, therefore, these algorithms become self-perpetuating as the inferential rules become more elaborated and stronger because they are repeatedly confirmed. This process is especially pronounced in situations that are ambiguous - which most social situations are - where a variety of explanations might be plausible for a certain event. Over time, we gradually 'see what we expect to see' and 'find what we expect to find', thus further strengthening these algorithms. Therefore, rather than 'seeing is believing', a more accurate saying might be 'believing is seeing'. Tacit knowledge is demonstrated when people say, 'But it's obvious. That's just reality!', 'That's just the way things are!', 'Everyone knows that!'.

My work in cognitive hypnotherapy is primarily organized around changing tacit cognitive structures and to a lesser extent cognitive processes. These structures, because they are laid down prior to the advent of significant language ability, are often not amenable to modification by strictly verbal (left brain) means. Rather, imagery and tacit associational methods (right brain processing), such as found in hypnosis and imagery conditioning, may be especially useful.

Previously, in 1993, Dr. Irving Kirsch had written a chapter titled *Cognitive-Behavioral Hypnotherapy* and I wrote a chapter titled *Cognitive-Developmental Hypnotherapy*, both of which appeared in the *Handbook of Clinical Hypnosis*, published by the American Psychological Association. Subsequently I published a case study on the use of cognitive hypnotherapy in treating adolescent enuresis (in S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue {Eds.} *Casebook of Clinical Hypnosis*, again published by the American Psychological Association. The basic theoretical model, with clinical and research support, was once again described in a chapter I wrote (*The Use of Hypnosis in Cognitive-Developmental Therapy*) in R. Leahy (Ed.), *Practicing Cognitive Therapy*, Aronson, 1997.

The Cognitive Hypnotherapy model has continued to be refined and extended. In 2002, Zarren and Eimer published a book, *Brief Cognitive Hypnosis*, in which they describe their cognitive model of hypnotherapy and then apply it to several clinical disorders, most notably smoking. They describe a one-session treatment for smoking cessation. In 2006, Robin Chapman published an edited book, *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy* (Springer), in which he provided chapters describing and illustrating the use of Cognitive (Behavior) Therapy combined with hypnosis in treating a wide variety of clinical disorders. These include (but are not limited to) anxiety and phobias, depression, post-traumatic stress disorder, sleep disorders, pain and anger management (written by me).

In 2008, another comprehensive book on cognitive hypnotherapy was published, by Dr. Assen Alladin (*Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*; Wiley). This book contained chapters on (but not limited to) insomnia, sexual dysfunctions, migraine headaches, and well as a unique chapter on case formulation in cognitive hypnotherapy. The publisher's description of this book can indeed serve as an excellent description of the cognitive hypnotherapy model as a whole:

«Cognitive Behavioural Therapy (CBT) is now in use worldwide, while hypnosis as a technique continues to attract serious interest from the professional community. Integrating the two, the field of cognitive hypnotherapy uses the natural trance states of clients to unlock unconscious thoughts and memory patterns that can generate and sustain problems. Cognitive hypnotherapists work within the client's model of the world, so that changes are more likely to be subconsciously accepted and become permanent. This practical guide shows how cognitive hypnotherapy can be used to treat a range of emotional disorders including depression, sleep disorders, anxiety, eating disorders and PTSD».

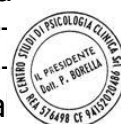
Nor has the continued development and expansion of the Cognitive Hypnotherapy model slowed recently. As proof I can point to a recently accepted article of mine, *Nocturnal Bruxism and Cognitive Hypnotherapy: A Case Study (International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, in press)* in which I describe a successful comprehensive treatment in seven sessions of a 20-year history of bruxism. Thus, the cognitive therapy model has been extended to the treatment of dental problems.

It has also been used with medical problems; for example, *The use of cognitive hypnotherapy and couples therapy for female patients with psychogenic vaginismus* (Roja, 2010), *A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy* (Schnur et al., 2009), *Constipation treated by CBT and hypnosis* (Fenton, 2010), and *Treatment of Chronic Recurrent Abdominal Pain: Laparoscopy or Hypnosis?* (Galili, 2009).

In addition, I recently broadened the model conceptually in my article, *Cognitive therapy and hypnotherapy: A cognitive-developmental approach.*" (Journal of Cognitive and Behavioral Therapies, 2012). In it I describe the cognitive-developmental model and apply it to cognitive hypnotherapy. First I trace the development of this model from the original and relatively a historical cognitive therapy model. I then describe the movement towards an emphasis on the assessment and modification of cognitive structures, known as tacit knowledge. In this model the mind is seen as an active, organizing and constructing system which constructs its own reality, rather than serving as a repository of acquired information. I describe the central features of this tacit knowledge and how it is acquired. I then apply it to memory processes and modification because it can be important in psychology to gradually change some client memories. I then address the assessment and modification of cognitive schemas (tacit knowledge) within cognitive therapy.

Joseph Barber has provided a new integration in his article, *Reclaiming the cognitive unconscious: Integrating hypnotic methods and cognitive-behavioral therapy.* (The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, research and Practice, 2008). He has provided another examination of cognitive hypnotherapy in accessing and modifying tacit knowledge structures (the unconscious).

The basic model has also been extended to encompass the entire field of psychotherapy. Assen Alladin (*Contemporary hypnosis and integrative therapy, 2011*) has just published an integrative article In this paper the current models of psychotherapy integration are briefly reviewed and the best fit model for integrating hypnotherapy with cognitive behavior therapy (CBT) is described. I consider this to be a major statement of theoretical integration. Dr. Alladin has further extended this model in a subsequent article, *Cognitive hypnotherapy: A new vision and strategy for research and practice.* (American Journal of Clinical hypnosis, 2012). In addition, F.E. Ganz has published, *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders,* as his own integrated statement.



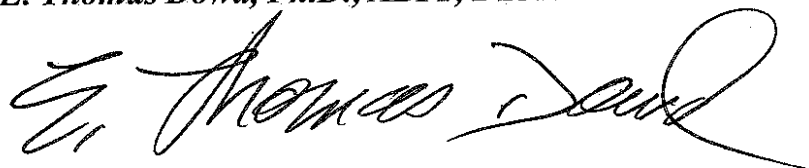
The numbers of clinical problems that can be addressed by cognitive hypnotherapy are very large indeed. The *Handbook of Clinical Hypnosis* (1993) and the *Casebook of Clinical hypnosis* (1996) provide a large number of clinical problems cognitive hypnotherapy can address. These books and *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy* (Chapman, 2006) all describe several types of clinical problems that can be addressed by cognitive hypnotherapy. More recent articles include *Cognitive Hypnotherapy for Anxiety Disorders* (Golden, 2012), *Cognitive hypnotherapy for Pain Management* (Elkins, 2012), *Cognitive Hypnotherapy for Major Depressive Disorder* (Alladin, 2010), *Evidence-based Cognitive Hypnotherapy for Depression* (Alladin, 2010), *Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnotic Relaxation to Treat Sleep Problems in an Adolescent with Diabetes* (Elkins, 2010), *Cognitive-Behavioral Hypnotherapy for Dissociative Disorders* (Fine, 2012), as well as my own *Nocturnal Bruxism and Cognitive Hypnotherapy: A case study* (*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, in press) mentioned earlier.

Training in cognitive hypnotherapy is broad and multifaceted. The following topics at a minimum should be covered.

1. Unconscious cognitive processing; Freud, Lewicki, Beck, and others.
2. Basic theories of hypnosis and hypnotherapy.
3. Basic theories of cognitive therapies.
4. An exploration of cognitive processes.
5. An exploration of cognitive structures.
6. Early Maladaptive Schemas and other schema theories.
7. Ericksonian approaches to psychotherapy and hypnotherapy.
8. The use of cognitive hypnotherapy in solving and overcoming a wide variety of psychological, dental and medical problems.
9. Supervised practice in implementing cognitive hypnotherapy techniques.

In summary, the Cognitive Hypnotherapy model is very comprehensive and integrative and is supported by numerous and growing books, book chapters and professional articles. I am proud to have been one of the major contributors to the development of this approach and I look forward to teaching in the school when established. It is well deserving of a school in Italy devoted to training practitioners in its use. Indeed, when the school is finally established, Italy will be in the forefront of cognitive hypnotherapy training and development in the world. Please let me know if I can provide additional information.

E. Thomas Dowd, Ph.D., ABPP, DSNAP



A chi di competenza:

Scrivo per supportare in modo forte il progetto della 'Scuola di Ipnoterapia Cognitiva', che è stata presentata dal Dr. Casilli Costantino. In questa lettera descriverò il fondamento teorico del modello di ipnoterapia cognitiva così come il sottostante supporto clinico e di ricerca. Il Dr. Casilli ha già presentato buone evidenze empiriche e cliniche del modello nell'affrontare una serie di problemi clinici, e non starò a ripeterle. Invece desidero offrire un ulteriore contributo.

Nel 2000, il mio libro *Cognitive Hypnotherapy* (Rowan & Littlefield) fu pubblicato, con una prefazione di Aaron T. Beck, MD., che scrive: «(..) Tom Dowd ha fatto fare un passo avanti alla teoria e alla pratica della Terapia Cognitiva. L'ha integrata con l'ipnosi e l'ipnoterapia e ha pubblicato il primo vero libro su questo argomento. La Terapia Cognitiva ha sempre avuto una componente immaginativa e lui ha sviluppato ed esteso magistralmente questo lato». Devo qui osservare che ho avuto l'idea di questa integrazione dal capitolo sull'immaginazione del libro *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* di Judith S. Beck (Guilford, 1995), figlia di Aaron Beck.

Nello strutturare questo modello ho usato idee e tecniche sia della terapia cognitiva sia del modello di ipnoterapia sviluppata da Milton Erickson, MD. Ho impiegato sia suggestioni ipnotiche dirette, e sia quelle indirette. Ho usato idee e concetti del lavoro di V. Guidano e di G. Liotti in Italia (per esempio *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Guildord, 1983) sul ruolo delle strutture della conoscenza tacita nelle varie problematiche cliniche. Ho anche usato il modello tripartito dei fenomeni psicologici cognitivi descritti da Michenbaum e Gilmore (1984, Wiley): i Contenuti Cognitivi (quello che diciamo a noi stessi), i Processi Cognitivi (come ce li diciamo a noi stessi, o distorsioni) e le Strutture Cognitive.

I contenuti cognitivi si riferiscono alle auto-dichiarazioni automatiche (A.T. Beck), ai pensieri irrazionali (A. Ellis) o al dialogo interno (D. Meichenbaum). Sono come un continuo commento interno, tipicamente di tipo negativo nelle persone con problemi emozionali, che le persone dicono a se stesse nelle situazioni problematiche. Esempi possono essere: 'Non capirò mai questo problema' o 'So solo che fallirò'. Di solito i clienti possono essere aiutati a prendere coscienza delle autodichiarazioni automatiche abbastanza facilmente. Mentre l'ipnosi può essere, ed è stata, utilizzata per sviluppare auto-dichiarazioni alternative e più adattive, io non ho trovato molto utile usare l'ipnosi in questo modo.

I processi cognitivi si riferiscono alle distorsioni dell'elaborazione cognitiva che la gente usa per capire e dare un senso a eventi che si verificano. J.S. Beck ha identificato 12 distorsioni cognitive, tra cui la personalizzazione (attribuire ciò che accade a se stessi), il pensiero dicotomico (percepire gli eventi come tutti buoni o tutti cattivi), la lettura del pensiero (aspettarsi che gli altri sappiano cosa si vuole) e la massimizzazione/minimizzazione (vedere per lo più aspetti negativi in una situazione piuttosto che positivi, o spiegarla più in termini negativi che positivi). Tutte le persone fanno uso delle distorsioni cognitive, ma quelle in difficoltà emotiva le usano molto di più. Le persone possono essere aiutate a vedere le loro distorsioni cognitive con qualche sforzo, anche se sono in grado di riconoscerle più facilmente nelle altre persone. Ho usato l'ipnosi per affrontare queste distorsioni.

Le strutture cognitive si riferiscono alla rete di associazioni cognitive organizzate attorno ad un tema, come l'inadeguatezza, la bassa stima di se stessi o il pericolo personale. In un articolo pubblicato nel 2006 (*Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*) mi sono basato in larga misura sulla letteratura relativa alla psicologia sperimentale sull'apprendimento e sulla memoria taciti o impliciti, così come sulle distorsioni e sulle debolezze della memoria. Descrissi le strutture cognitive in questi termini:

«Le strutture cognitive non comprendono soltanto le 'fredde' attività cognitive, bensì in modo molto più importante le 'cognizioni calde' che comprendono le valutazioni di eventi emotivamente carichi (David & Szentagotai 2005). Ma queste stesse strutture cognitive sono molto più complesse di quello che si pensa di solito e sono esempi di conoscenza tacita o implicita - conoscenze e valutazioni che non sono accessibili alla coscienza ma che comunque guidano e dirigono il nostro comportamento e i processi di presa delle decisioni. Ed è molto difficile cambiare le strutture cognitive perché sono state sviluppate nei primi anni di vita, ad un livello pre-verbale e non-verbale. Come è possibile parlare di qualcosa per il quale il cliente non conosce le parole? Questo tipo di conoscenza può essere simile al processo inconscio come descritto dai terapisti psicodinamici, benché senza il bagaglio concettuale associato a questo termine. Ci sono inoltre vari aspetti della conoscenza tacita contenuti nelle strutture cognitive che sono importanti da sapere (Dowd & Courchine, 2002; Lewicki, Czyzewska, & Hill, 1997). In primo luogo, la conoscenza tacita è in gran parte acquisita nell'ambiente in cui essa sarà necessaria. È acquisita al meglio nell'ambiente che promuove l'apprendimento di buoni modelli. Spesso può essere acquisita in situazioni insolite. In secondo luogo, la conoscenza tacita è molto conservatrice e non viene facilmente cambiata - e questo spiegherebbe la resistenza che tanti o gran parte dei clienti hanno verso i cambiamenti di rilievo, anche se dicono di volerli. Come Dowd (2004b) ha scritto, le strutture cognitive, specialmente quelle che comprendono i concetti chiave del significato personale e della propria identità, sono protetti dai cambiamenti repentini, perché tali cambiamenti possono minacciare il più profondo senso del Sé e portare verso la disorganizzazione della personalità. In terzo luogo la conoscenza tacita è filogeneticamente più vecchia e detiene un primato evolutivo sulla conoscenza esplicita, soprattutto nell'apprendimento affettivo ed emotivo. In quarto luogo, e questo è particolarmente importante, si sviluppa attraverso la rilevazione tacita di covariazioni tra elementi o eventi dell'ambiente. La covariatione è essenzialmente apprendimento associativo così come descritto in origine da Wolpe (1990) nel processo terapeutico. Questo significa che gli organismi neurologicamente avanzati (come gli umani) notano cose che succedono assieme e poi tacitamente pensano che assieme appartengano e rappresentino la realtà; in altre parole queste covariationi si sviluppano in 'regole deduttive' su cosa è e su come funziona il mondo. Il problema è che queste covariationi possono essere accidentali, incidentali o non proprio vere. A causa della nostra struttura umana neurologicamente avanzata, possiamo notare covariationi estremamente piccole o perfino non reali. L'apprendimento in questo modo può realizzarsi molto velocemente e non occorrono molte ripetizioni perché ciò accada. Queste regole possono essere sviluppate da un numero incredibilmente piccolo di esempi di indici concordanti: ovvero non ci vuole molto ad una regola deduttiva per svilupparsi. I presupposti culturali sono esempi di conoscenza tacita come lo è la conoscenza della nostra madre lingua. In quinto luogo, l'apprendimento sia tacito che implicito avviene molto più velocemente che l'apprendimento esplicito ed è più efficace nel far apprendere compiti complessi e sfaccettati. Di fatto l'apprendimento esplicito interferisce spesso con l'apprendimento implicito (Dowd & Courchine 2002).

Il ruolo degli Algoritmi di Codifica gioca un ruolo importante nell'acquisizione e nella conservazione delle conoscenze tacite (Lewicki et al., 1997). Tutti gli stimoli in entrata devono essere codificati a secondo di qualche sistema di classificazione se vogliono essere significanti e perciò conosciuti e usati. Questi algoritmi sono responsabili del filtraggio delle informazioni secondo le 'regole inferenziali' sviluppate in precedenza. Si deve sottolineare il fatto che le persone non sono coscienti di queste regole e neppure del processo di filtraggio. Il problema, accettando questa impostazione, è che il filtro cognitivo agisce in modo tale da lasciare passare l'informazioni in ingresso (stimolo) che sostiene le regole e le categorie esistenti, e agisce in modo da tenere fuori l'informazione (stimolo) che non sostiene o contraddice le regole e le categorie esistenti. Questi algoritmi, perciò, nel tempo, si perpetuano man mano che le regole inferenziali diventano più elaborate e più forti perché costantemente confermate. Questo processo è particolarmente evidente nelle situazioni ambigue - come lo sono la maggior parte delle situazioni sociali - in cui tutta una serie di spiegazioni può essere plausibile per un certo evento. Nel tempo, gradualmente, 'vediamo ciò che ci aspettiamo di vedere' e 'troviamo ciò che ci aspettiamo di trovare', rafforzando così questi algoritmi. Perciò, piuttosto che 'vedere è credere' è forse più corretto dire 'credere è vedere'. La conoscenza tacita è dimostrata quanto si dice: 'ma è ovvio, è soltanto la realtà!', 'Le cose sono in questo modo', 'Tutti lo sanno!«.

Il mio lavoro nella ipnoterapia cognitiva è in primo luogo organizzato intorno al cambiamento delle strutture cognitive tacite, e in minor grado ai processi cognitivi. Queste strutture, proprio perché si stabilizzano prima del formarsi di abilità linguistiche esplicative, spesso non sono suscettibili al cambiamento solo attraverso lo stretto significato verbale (emisfero sinistro). Invece può essere molto utile l'uso di metodi immaginativi e associativi (emisfero destro) proprio come specificatamente in uso nell'ipnosi o nel condizionamento per immagini.

Antecedentemente, nel 1993, il Dr. Irving Kirsch ha scritto un capitolo intitolato *Cognitive-Behavioral Hypnotherapy* ed io un capitolo intitolato *Cognitive-Developmental Hypnotherapy*, tutti due pubblicati nell'*Handbook of Clinical Hypnosis* a cura della *American Psychological Association*. In seguito ho pubblicato lo studio di un caso sull'uso dell'ipnoterapia cognitiva nel trattamento dell'enuresi adolescenziale (in S.J. Lynn, I. Kirsch & J.W. Rhue -Eds-, *Casebook of Clinical Hypnosis* ancora pubblicato dalla *American Psychological Association*). Il modello teorico di base, col supporto della clinica e della ricerca, è stato ancora una volta descritto da me nel primo capitolo (*The Use of Hypnosis in Cognitive-Developmental Therapy*) del libro di R. Leahy (Ed), *Practicing Cognitive Therapy*, Aronson, 1997.

Il modello della ipnoterapia cognitiva continua ad essere elaborato ed esteso. Nel 2002, Zarren and Eimer hanno pubblicato un libro, *Brief Cognitive Hypnosis*, nel quale descrivono il loro modello cognitivo dell'ipnoterapia che poi applicano in vari casi di disturbi clinici, soprattutto nel tabagismo. Descrivono un trattamento di una seduta per smettere di fumare. Nel 2006 Robin Chapman ha pubblicato un libro, *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy* (Springer), con alcuni capitoli che descrivono e illustrano l'uso della terapia cognitiva (comportamentale) combinata con l'ipnosi nel trattare una grande varietà di disturbi clinici. Questi comprendono (ma non solo) l'ansia, le fobie, la depressione, il disturbo post traumatico da stress, i disturbi del sonno, il trattamento del dolore e della gestione della rabbia (scritto da me).

Nel 2008, un'altro libro esaustivo sull'ipnoterapia cognitiva è stato pubblicato da Assen Alladin (*Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*, Wiley). Questo libro contiene capitoli su (ma non solo) l'insonnia, le disfunzioni sessuali, le emicranie e un intero capitolo unico sulla formulazione dei casi nella ipnoterapia cognitiva. La descrizione della casa editrice di questo libro può essere un bellissimo esempio di descrizione del modello di ipnoterapia cognitiva nel suo insieme:

«La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) è ormai usata in tutto mondo, mentre l'ipnosi come tecnica continua ad attirare grande interesse dalla comunità di professionisti. Integrando i due, il campo dell'ipnoterapia cognitiva usa gli stati naturali di trance dei clienti per sbloccare idee inconsce e modelli di memoria che possono generare o prolungare disturbi. Gli ipnoterapeuti cognitivi lavorano col modello del mondo del cliente, in modo che i cambiamenti siano più facilmente suscettibili di essere accettati dal subconscio e così diventare permanenti. Questa guida pratica dimostra come l'ipnoterapia cognitiva può essere usata per trattare una serie di disordini emotivi compresi la depressione, i problemi del sonno, l'ansietà, i problemi di alimentazione e il PTSD».

Nemmeno il continuo sviluppo ed espansione del modello della ipnoterapia cognitiva si è rallentato. A prova di ciò posso fare riferimento alla accettazione di uno dei miei recenti articoli: *Nocturnal Bruxism and Cognitive Hypnotherapy: A Case Study (International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, in stampa) nel quale descrivo un trattamento di successo di sette sedute in un bruxismo con una storia di 20 anni. Così vediamo che il modello della terapia cognitiva si estende perfino al trattamento dei problemi dentali.

È stata usata anche per problemi medici; per esempio, *The Use of Cognitive Hypnotherapy and Couples Therapy for Female Patients with Psychogenic Vaginismus* (Roja, 2010), *A Randomized Trial of a Cognitive-behavioral Therapy and Hypnosis Intervention on Positive and Negative Affect During Breast Cancer Radiotherapy* (Schnur et al., 2009), *Constipation Treated by CBT and Hypnosis* (Fenton, 2010), and *Treatment of Chronic Recurrent Abdominal Pain: Laparoscopy or Hypnosis?* (Galili, 2009).

Inoltre, ho recentemente ampliato la concettualizzazione del modello in un mio articolo *Cognitive Therapy and Hypnotherapy; A Cognitive-developmental Approach* (Journal of Cognitive and Behavioral Therapies, 2012). In questo articolo descrivo il modello cognitivo-evolutivo e lo applico all'ipnoterapia cognitiva. Innanzitutto traccio lo sviluppo di questo modello a partire dall'originale e relativamente storico modello di terapia cognitiva. Poi descrivo il movimento verso l'enfasi sulla valutazione e il cambiamento delle strutture cognitive, conosciute come conoscenza tacita. In questo modello la mente è vista come un sistema costruttivo, attivo e organizzante che costruisce la sua stessa realtà, piuttosto che un servizio di deposito di informazioni acquisite. Poi lo applico ai processi di memoria e di cambiamento perché può essere importante in psicologia cambiare in modo graduale alcune memorie dei clienti. Inoltre mi occupo della valutazione e cambiamento degli schemi cognitivi (la conoscenza tacita) all'interno della terapia cognitiva.

Joseph Barber ha fornito una nuova prospettiva integrativa nel suo articolo, *Reclaiming the Cognitive Unconscious: Integrating Hypnotic Methods and Cognitive-behavioral Therapy*. (The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, research and Practice, 2008). Ha fornito un'ulteriore analisi dell'ipnoterapia cognitiva nel valutare e modificare le strutture di conoscenza tacite (l'inconscio).

Il modello originario è stato inoltre esteso tanto da comprendere l'intero campo della psicoterapia. Assen Alladin (*Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 2011) ha da poco pubblicato un articolo integrativo. In questo lavoro i modelli correnti di psicoterapia integrata vengono presi in esame, e viene descritto il modello più calzante al fine di integrare l'ipnoterapia con la terapia cognitivo-comportamentale (TCC). Lo considero un contributo essenziale per l'integrazione teorica. Il Dr. Alladin ha inoltre esteso questo modello in un articolo successivo, *Cognitive Hypnotherapy: A New Vision and Strategy for Research and Practice*. (*American Journal of Clinical Hypnosis*, 2012). In aggiunta, F.E. Ganz ha pubblicato *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*, come suo personale contributo all'integrazione.

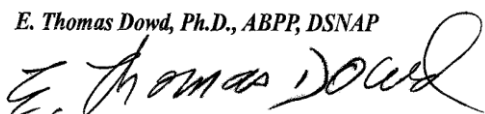
Peraltro è molto ampio anche il numero dei problemi clinici che possono essere affrontati con l'ipnoterapia cognitiva. L'*Handbook of Clinical Hypnosis* (1993) e il *Casebook of Clinical Hypnosis* (1996) forniscono indicazioni per l'applicazione dell'ipnoterapia cognitiva in un ampio numero di problemi clinici. Tutti questi libri insieme a *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy* (Chapman, 2006) descrivono i vari tipi di problemi clinici che possono essere affrontati con l'ipnoterapia cognitiva. Articoli più recenti includono *Cognitive Hypnotherapy for Anxiety Disorders* (Golden, 2012), *Cognitive Hypnotherapy for Pain Management* (Elkins, 2012), *Cognitive Hypnotherapy for Major Depressive Disorder* (Alladin, 2010), *Evidence-based Cognitive Hypnotherapy for Depression* (Alladin, 2010), *Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnotic Relaxation to Treat Sleep Problems in an Adolescent with Diabetes* (Elkins, 2010), *Cognitive-Behavioral Hypnotherapy for Dissociative Disorders* (Fine, 2012), così come il mio *Nocturnal bruxism and cognitive hypnotherapy: A case study*, (*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*) menzionato prima.

La formazione in ipnoterapia cognitiva è ampia e multiforme. Dovrebbero essere affrontati almeno i seguenti argomenti.

1. Elaborazione cognitiva inconscia: Freud, Lewicki, Beck, e altri.
2. Le teorie fondamentali dell'ipnosi e dell'ipnoterapia.
3. Le teorie fondamentali delle terapie cognitive.
4. Uno studio dei processi cognitivi.
5. Uno studio delle strutture cognitive.
6. Early Maladaptive Schemas e altre teorie sugli schemi.
7. Gli approcci ericksoniani alla psicoterapia e all'ipnoterapia.
8. L'uso dell'ipnoterapia cognitiva nel risolvere e superare un'ampia varietà di problemi psicologici, odontoiatrici e medici.
9. La supervisione didattica per implementare le tecniche di ipnoterapia cognitiva.

Riassumendo, il modello di Ipnoterapia Cognitiva è completo e integrato ed è supportato da un numero crescente di libri, capitoli di libri e articoli professionali. Sono fiero di essere uno dei maggiori studiosi che hanno dato il loro contributo allo sviluppo di questo approccio e attendo di poter insegnare nella Scuola quando verrà approvata. Una Scuola di specializzazione dedicata alla formazione nella sua utilizzazione è una cosa degna di merito. Inoltre, quando la scuola sarà finalmente approvata, l'Italia sarà all'avanguardia nella formazione e nello sviluppo dell'ipnoterapia cognitiva nel mondo. Vi prego di farmi sapere se posso fornire ulteriori informazioni.

E. Thomas Dowd, Ph.D., ABPP, DSNAP



Firenze, 28/01/2013

Traduzione eseguita dal Dr. Patrizio Borella



