

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA  
E SPERIMENTALE  
C.I.I.C.S.**

*"Dolcemente vai  
eterna primavera  
nasce in versi"*

**Candidato**

**Roberta Rando**

**Relatore**

**Dott.<sup>ssa</sup> Laura Papi**

# Indice

• Ringraziamenti	pag.	4
• Premessa	pag.	5
• Introduzione	pag.	7
• Cap. 1: cos'è l'ipnosi	pag.	10
• Cap. 2: la storia di Claudio	pag.	20
• Cap. 3: aspetti medici dell'ipnosi	pag.	35
• Cap. 4: l'ipnosi e la psicoterapia	pag.	50
• Conclusioni	pag.	80
• Bibliografia	pag.	85

A te Roberto

Se tu non avessi osato oltrepassare i confini dei “due mondi” per entrare a far parte della mia vita tutto questo non sarebbe mai accaduto...GRAZIE per aver avuto il coraggio di un Cavaliere...

## **Ringraziamenti**

### **Un grazie particolare va:**

A Claudio che si è fidato di me fino al punto di permettermi di scrivere la sua storia, collaborando con me alla stesura;

Alla Dr.ssa Milena Muro per il sostegno e l'aiuto offertomi prima, durante e dopo la stesura di questo lavoro;

Alla Dott.ssa Nadia Bergamin per avermi supportato e sopportato da anni a questa parte.

Ad Alessia, mia figlia, che pazientemente accetta ogni giorno di dividermi con il mio lavoro.

A Stefano che ha collaborato dandomi “tempo e spazio” per scrivere...

A tutte le persone che ho conosciuto nei diversi ambiti della mia professione, mi hanno insegnato molto, stimolandomi ad approfondire la conoscenza dell'affascinante mondo dell'Ipnosi.

## Premessa

Più di dieci anni fa una collega mi ha fatto conoscere Giuliana, un'ostetrica, con cui lavorava nel reparto di Ginecologia ed Ostetricia dell'ospedale della nostra città:

“...è una donna speciale...usa l'ipnosi con le gestanti...”

Rimasi un po' interdetta perché, come molti, il mio concetto di ipnosi era legato al mondo della spettacolo televisivo.

Giuliana per “gioco” ci propose di sperimentare personalmente l'ipnosi e, grazie alla mia anima curiosa per sua natura, ho immediatamente acconsentito...seppur con un po' di ansia...

In due incontri è svanita totalmente la mia paura del buio con cui convivevo fin da bambina e che non mi era mai passata del tutto nonostante gli anni di psicoterapia personale propedeutici alla professione di terapeuta...durante il nostro secondo incontro avevo rivissuto l'esordio della mia paura risignificandolo con una consapevolezza adulta e la sera stessa riuscivo a muovermi al buio senza più timori di alcun tipo.

Ero entrata in contatto con la potenza di una tecnica in grado di raggiungere la parte più profonda della persona operando in essa cambiamenti significativi.

Con timore reverenziale mi sono sempre mantenuta ad una “certa distanza”, leggendo libri di vario genere su questo argomento.

Istintivamente inserivo spesso nel mio lavoro di formazione dei laboratori di visualizzazione, sia con adulti che con bambini, perfezionando sempre di più la mia tecnica personale suggestiva del “posto protetto” conoscendo solo in modo intuitivo l'importanza profonda di questa esperienza.

Lavorando da diversi anni come psicologo e psicoterapeuta mi è capitato di incontrare sia singoli individui che coppie, sentendomi spesso impotente di fronte a situazioni di profondo disagio che le “usuali” tecniche terapeutiche dipanavano solo in parte. La persona che si sedeva di fronte a me, per quanto disponibile a “scavare” nella propria storia per prendersi cura del suo disagio, non sempre riusciva a risignificare in modo duraturo episodi che creavano molta tensione.

Spesso mi sono chiesta se l'esperienza di ipnosi che io avevo fatto potesse essere una strada da poter percorrere insieme alla persona che si rivolgeva a me...ma per quanto avessi appreso la tecnica induttiva mentre Giuliana la applicava con me, non l'ho mai utilizzata, nemmeno con gli amici, perché fin da allora mi ero resa conto della potenza dell'ipnosi che dentro di me risuonava come una "forza della natura umana" verso cui portare lo stesso rispetto che porto nei confronti di ogni forza della natura, come diceva mio padre: "...non dimenticare mai che per quanto tu possa conoscere la natura (riferendosi al mare) ci potrà sempre essere un giorno in cui sarà imprevedibile divenendo pericolosa per te o per chi è con te..."

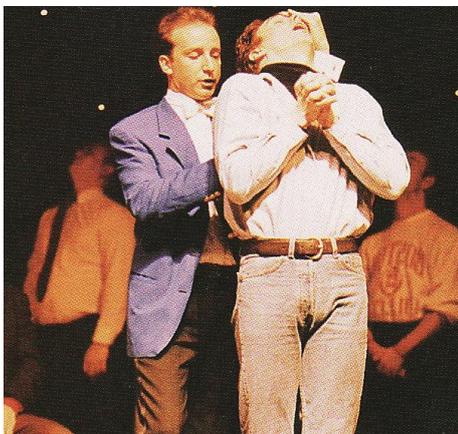
La morte di mio padre, ed altri episodi di lutto della mia vita, mi hanno portato a frequentare il Corso Base di Ipnosi, ma lo stesso rispetto di allora mi ha frenato dallo sperimentare le competenze apprese fino a quando Claudio mi ha telefonato per comunicarmi, con voce addolorata, che quelli che pensavamo essere i sintomi di un problema visivo legato all'insorgenza di una presbiopia nascondevano un meningioma che, comprimendo il nervo ottico, richiedeva di essere operato urgentemente per contenere il rischio di perdere completamente la vista dall'occhio sinistro.

Sulle prime ho esitato a proporgli delle sedute di ipnosi...in una situazione seria come la sua mi chiedevo quanto la mia inesperienza potesse essergli davvero di aiuto.

Claudio mi ha chiesto di vederci per parlare di quanto gli sta accadendo ed alla fine dell'incontro, in cui mi ha raccontato come era giunto alla diagnosi del tumore, il colloquio con il medico, l'urgenza dell'operazione gli ho proposto di usare l'ipnosi come supporto per contenere la tensione che nei giorni successivi sarebbe sicuramente aumentata, spiegandogli brevemente che cos'è l'ipnosi.

Claudio ha accettato ed abbiamo iniziato il nostro "viaggio" insieme.

## Introduzione



In ambito non scientifico l'ipnosi viene inserita in un territorio più vicino a quello della magia o della stregoneria piuttosto che a quello della realtà che viviamo quotidianamente.

In gran parte questo si deve al fatto che la fantasia letteraria ha da sempre sfruttato gli aspetti più insoliti e più affascinanti dell'ipnosi per creare nel lettore un'aura di mistero e di paura dell'ignoto, si pensi ai film di Hitchcock in cui venivano mescolate sapientemente pseudo-sedute ipnotiche a rivelazioni sconvolgenti fatte in trance dall'eroina del film, il tutto con un sottofondo ulteriormente ansiogeno di una colonna sonora inquietante.

All'estremo opposto può essere inserita tutta la letteratura sull'esplorazione di vite precedenti attraverso sedute di ipnosi regressiva<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Sulle regressioni a vite passate, alle quali si accederebbe attraverso un percorso ipnotico a ritroso, Aureliano Pacciolla in un suo libro<sup>[7]</sup> afferma che alcuni ricordi affascinanti delle vite trascorse, in realtà sono solo il frutto della fantasia del soggetto in quanto, dopo aver cercato in biblioteche e in antichi documenti non ha trovato corrispondenza fra i racconti dei pazienti e i documenti rilevati né di luoghi, né di nomi, né di famiglie, né di abitazioni con i fatti raccontati. Di opposto parere sono altri ricercatori quali Ian Stevenson (1966), Brian Weiss, (1997) e Angelo Bona (2001), che hanno portato evidenze opposte.<sup>[8]</sup>

Secondo altri studiosi invece, gli avvenimenti che un soggetto è sollecitato a ricordare attraverso metodiche di regressione d'età in ipnosi è espressione di quanto è registrato come proprio vissuto e ciò non è detto che coincida con fatti "oggettivi", ma può essere espressione delle sue elaborazioni conscie e inconscie; pertanto, sempre secondo questi, un soggetto in ipnosi può ricordare degli avvenimenti che sono talvolta reali e talvolta frutto della sua fantasia, anche se dal soggetto sono affermati come reali.

Ad aumentare la già presente confusione hanno contribuito anche espressioni di spettacolo, meno artistiche di quelle letterarie, come le esibizioni dei cosiddetti “maghi” e recentemente dei mentalisti.

L’umanità ha sempre avuto paura della cose sconosciute e nello stesso tempo ne è sempre stata fortemente affascinata e sedotta.

Queste abilità fanno ormai parte dell’immaginario collettivo creando enorme confusione su ciò che è realmente la trance ipnotica fino al punto di generare preconcetti, paure immotivate e quindi resistenze nei confronti di questa tecnica, o al contrario sviluppando un’attrazione dagli aspetti quasi magici.

A questo punto per fare chiarezza è necessario “cancellare” tutto ciò che si sa e ripartire da zero.

Per correttezza bisogna innanzi tutto dire che neppure negli ambiti scientifici si è arrivati ad un accordo su una definizione dell’ipnosi.

Se andiamo a sfogliare un dizionario della lingua italiana (Devoto-Oli, Edizioni Le Minnier) alla voce *Ipnosi* si trova la seguente definizione: “facoltà di avvertire, comprendere, valutare i fatti che si verificano nelle sfere di esperienza individuale”.

Ma nell’immaginario comune l’ipnosi ha da sempre avuto connotati di imposizione, manipolazione, prevaricazione e perdita di controllo.

---

Altri che negano le vite passate invece, per spiegare la concordanza dei ricordi con fatti realmente accaduti in epoche passate ricorrono alla teoria della trasmissione dei ricordi per via genetica. Su questo punto non c’è concordanza tra le varie teorie, per tale ragione sul piano giuridico le testimonianze ottenute tramite ipnosi non hanno valore, e per la stessa ragione potrebbero essere di fantasia i ricordi ottenuti con l’ipnosi di rapimenti da parte di extraterrestri e esperienze di vite passate.

In Svezia è stato creato un *reality* in cui sono stati sottoposti ad ipnosi da un ipnoterapeuta di fama alcune persone comuni con lo scopo di verificare se le esperienze delle vite passate vissute dai pazienti sottoposti ad ipnosi fossero immaginarie o reali cercando di verificare quanto più possibile nelle zone “vissute in altre vite” e se c’erano anche altri dati verificabili. Spesso sono state riscontrate corrispondenze esatte di vecchie chiese e con nomi (marito/sposa) verificati su vecchi registri; non vi sono però indagini scientifiche né di enti garanti che abbiano verificato la genuinità dello spettacolo. La trasmissione/reality si intitolava “Backtrack Sweden” ed è stata tradotta anche in Italiano dall’emittente satellitare Sky (“Backtrack Sweden - Tracce dal passato”).

Come abilmente afferma Farano:

“...chi non ha mai sperimentato quella concentrazione speciale che ci permette di isolarci completamente dai rumori dell’ambiente esterno, per immergerci completamente nelle avventure di un libro o di un film? A chi non è mai capitato, guidando un’auto, di perdersi nei propri pensieri fino al punto di accorgersi solo dopo alcuni chilometri della strada percorsa? [...] viviamo soltanto momenti di coscienza differenti...”<sup>2</sup>

Questa è ipnosi...

---

<sup>2</sup> Farano G., Colciaghi G, “*partorie sognando*” Franco Angeli, Milano 2003, pp65-66

# Capitolo 1

## *Che cos'è l'ipnosi*



Una seduta ipnotica di fine Ottocento

L'ipnosi è una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni fisiche, psichiche e di comportamento.<sup>3</sup>

“L'ipnosi è la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è relazione”<sup>4</sup>

Può essere definita come una modalità di funzionamento di tipo protettivo del sistema nervoso che è presente nel mondo animale sin dagli albori e ognuno di noi può recuperare questa potenzialità personale anche come mezzo di cura naturale<sup>5</sup>.

E' uno stato particolare di coscienza che rende possibile anche un nuovo e assai produttivo modo di funzionare dell'organismo, diverso sia dal sonno che dalla veglia<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> <http://it.wikipedia.org/wiki/ipnosi>

<sup>4</sup> Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006 pag. 42

<sup>5</sup> Chisotti M. <http://www.chisotti.com>

<sup>6</sup> **1.** In seguito a stimoli precisi l'ipnosi è un processo mentale che è in grado di sviluppare funzioni latenti in ognuno e in contesti differenti.

Granone definisce l'ipnosi "uno stato di coscienza particolare" durante il quale sono possibili "notevoli modifiche comportamentali" e "somato viscerali" per l'instaurarsi di "monoideismo plastico" auto ed etero indotto (è la persona e il suo mondo inconscio che diventano il vero riferimento per se stessi).

In generale l'ipnosi è "Una regressione dell'Io al servizio dell'Io"<sup>7</sup>.

"In questo stato prevalgono le funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico intellettive. L'ipnosi è anche l'estensione e l'utilizzazione ragionata e guidata (attraverso precise regole di comunicazione) dei diversi livelli di vigilanza dinamici (o diversi stati di coscienza che abbiamo nel corso delle attività quotidiane) che M. Erickson definiva come "trance quotidiane" »<sup>8</sup>

La trance ipnotica, come la trance quotidiana, è sempre dinamica e si arricchisce con la presenza di immagini mentali che possono essere rappresentazioni figurative o visualizzazioni che possono anche appartenere al bagaglio esperienziale del soggetto, oltre che stimulate dall'operatore.

Semplificando: con l'ipnosi raggiungiamo l'emisfero destro (l'inconscio) per mezzo di parole (l'uso del conscio), creando una relazione significativa fra gli stati presenti in entrambi gli emisferi, quindi tutto parte dal linguaggio e dai suoi significati.

Milton H. Erickson (1901- 1980) ha definito l'ipnosi come un tipo molto particolare di comportamento complesso ed insolito, ma normale, che in condizioni opportune può essere sviluppato da tutte le persone comuni.

---

2. E' una tecnica terapeutica o un insieme di tecniche terapeutiche che fanno passare il soggetto "indotto" da una condizione di "sonnolenza", ad una di "sonno apparente" con integrità di coscienza ad una condizione di "sonno profondo".

3. Avviene generalmente in tre fasi: fase di esplorazione del problema, fase di utilizzazione delle tecniche ipnotiche, fase di de-ipnotizzazione (Chisotti)

<sup>7</sup> In generale la trance è "Una dissociazione dell'Io, che a seconda delle peculiarità costituzionali del soggetto, può sfociare, come porta di ingresso, in una situazione mistica o messianica, o creativa artistica, o ipnotica.

E' una condizione di attenzione responsiva, un distacco che può andare da una interiorizzazione meditativa profonda come si può ottenere da pratiche religiose, etc. a uno stato sonnambulico vero e proprio ( è la maggiore o minore amnesia durante la trance che ne quantifica "la profondità").

<sup>8</sup> Chisotti M. ibid

Si tratta, quindi, di una condizione sia psicologica sia neuro-fisiologica nella quale la persona può pensare, agire, comportarsi come nel normale stato di coscienza, o anche meglio, grazie all'intensità della sua attenzione ed alla forte riduzione delle distrazioni.

In questa situazione focalizzata la persona che sta funzionando ipnoticamente mantiene la capacità di usare la volontà, ma dimostra anche di essere meno manipolabile, al punto che non è in alcun modo possibile costringerla ad agire contro la sua morale.

Il termine "ipnosi" (dal greco "hyonos", *sonno*) fu introdotto da James Braid nella prima metà del 1800 per le analogie che al quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico e quelle che si avevano in quella condizione particolare che allora si pensava creata dai "magnetizzatori".

Oggi sappiamo che il sonno non ha nulla a che fare con l'ipnosi, infatti il termine ipnosi non è quello adeguato per sintetizzare e descrivere quanto avviene in quella condizione particolare di funzionamento dell'organismo umano, lo stesso Braid nel 1847 sostituì il suddetto termine con *monoideismo*.

Per il Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale l'ipnosi è:

- *una condizione biologica*
- *un naturale altro stato di coscienza*
- *uno stato dinamico.*

Secondo il suo fondatore Prof. Granone *l'ipnosi crea uno stato di particolare partecipazione mente-corpo attraverso la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche attraverso la realizzazione di un monoideismo plastico.*

Granone, che dell'ipnosi è stato un grande studioso, l'ha definita "un particolare modo di essere dell'organismo che s'instaura ogniqualvolta intervengano speciali stimoli dissociativi, prevalentemente emozionali, eterogeni o autogeni, con possibilità di comunicazione anche a livello non verbale, con una regressione a comportamenti parafisiologici o primordiali" (1986).

Si tratta di “una sindrome a sé stante, che ha dei punti di contatto e altri di differenza con altre sindromi” (Granone, 1981) “ che insorge ogni volta che si suscitano, assieme ad un certo grado di dissociazione psichica e di regressione, dei fenomeni di ideoplasia, più o meno controllati, con conseguenti trasformazioni in realtà soggettiva somato-viscerale od oggettiva, con deformazioni percettive e allucinazioni di tipo ipnagogico o ipnopompico, di quanto viene intensamente immaginato” (Granone, 1986).

Ma al di là delle singole modificazioni che interessano questo o quell'apparato o processo, ciò che va sottolineato, in quanto caratteristica essenziale dell'ipnosi, è la realizzazione del monoideismo plastico (Braid, 1847): la mente è concentrata e dominata da una sola idea, così che l'estensione della coscienza viene ad essere limitata, ma aumenta al tempo stesso l'intensità dell'attività subconscia, con la riduzione dei riferimenti temporo-spaziali e la prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico-intellettive in seguito all'attivazione dell'emisfero destro e all'inibizione dell'emisfero sinistro, come dimostrato dalla PET.

L'abbassamento del tono corticale e la prevalenza dei sistemi talamici consente di liberare quell'attività subcorticale di emozioni e sentimenti, abitualmente inibita dalla corteccia, e di far emergere dati dalla memoria a lungo termine, depositati a livello del sistema limbico-ippocampale e solitamente rimossi dall'azione della corteccia.

L'ideoplasia si può realizzare con un coinvolgimento preferenziale di questo o quell'organo o apparato in rapporto alla specifica costituzione del soggetto, da Granone definita suggestionabilità d'organo.

Come afferma Lapenta (1986) “La parola suggerisce un'idea che suscita azione, movimenti, sensazione, ma alla parola suggerita va connessa quella particolare situazione psicologica che è data dal notevole vigore plastico delle immagini.”

La parola diventa allora messaggio e stimolo per il corpo e l'ipnosi è “ una risposta psicosomatica dove corpo e mente interagiscono uno sull'altro, aiutandosi e compensandosi a vicenda, è un insieme di fenomeni neurologici, biochimici, elettrici, psicologici, sociali.” (Guantieri, 1975) o “uno squisito fenomeno psicosomatico, con le sue specifiche modalità di azione, soprattutto quando si

tratta di quello autoindotto da monoideismi plastici intensamente vissuti, capaci di mettere in moto meccanismi biochimici, ormonali, peptidici, enzimatici, a loro propri.” (Granone, 1987).

## **Storia**

L’ipnosi, intesa come potenzialità della mente umana, pare essere stata impiegata fin dall’antichità, C. A. Musès (1972) scrive di aver trovato un’antica registrazione di una seduta ipnotica nelle incisioni di una stele egiziana risalente al regno di Ramesse XI della XX dinastia (circa 3.000 anni fa)<sup>9</sup>.

Prima delle ricerche di Franz Anton Mesmer (1734 - 1815) tutti i fenomeni che oggi possono essere fatti rientrare in specifiche potenzialità dell’immaginazione erano considerati isolatamente come manifestazioni divine o diaboliche, oppure il risultato di pratiche magiche.

Mesmer formulò la teoria del magnetismo animale (1779)

Un’importante revisione delle teorie di Mesmer fu proposta dal medico inglese James Braid (1785-1860), il quale diede un’interpretazione fisiologica al fenomeno studiato e introdusse il termine *ipnosi*

Gli sviluppi successivi di interpretazione dell’ipnosi si devono ai lavori di Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904), e di Hippolyte Bernheim (1837-1919) che insieme fondarono la Scuola di Nancy.

In opposizione ad essi si situa la scuola di Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Mentre per la scuola di Nancy l’ipnosi era un fenomeno psicologico normale e tutti i suoi fenomeni potevano essere spiegati con la suggestione, Jean-Martin Charcot considerava l’ipnosi un fenomeno patologico

---

<sup>9</sup> Musès C. *trance induction techniques in ancient Egypt*, in Musès C. e Yung A. M. (a cura di) *Consciousness and Reality*, New York, Outerbridg and Lazard, 1972 pp. 9-17.

Di ipnosi si occupò anche Sigmund Freud (1856-1939) ma la transitorietà dei risultati terapeutici, la laboriosità dei procedimenti ipnotici, la limitazione delle applicazioni terapeutiche e, forse non ultima, l'individuazione da parte sua di “un misterioso elemento” di natura sessuale, spinsero Freud ad abbandonare l'ipnosi ed a creare un nuovo metodo: la psicoanalisi.

Con la morte di Jean-Martin Charcot (1893) cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza.

Un certo risveglio di interesse per l'ipnosi si ebbe durante la prima guerra mondiale, quando con tale metodo si iniziarono a trattare le nevrosi traumatiche di guerra, ma soltanto dopo la seconda guerra mondiale l'atteggiamento della scienza ufficiale nei confronti dell'ipnosi migliorò. In particolare in questo periodo il dottor Milton Erickson (1901 –1980), sviluppò un'ipnositerapia chiamata *ipnosi ericksoniana*, che permette di comunicare con l'inconscio del paziente. Questo tipo di ipnosi è molto simile ad una normale conversazione che induce una trance ipnotica nel soggetto.

Nel 1949 venne fondata negli USA la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*.

Nel 1958 l'American Medical Association riconobbe l'ipnosi come metodo legittimo di cura in medicina ed in odontoiatria.

In Italia la prima Associazione scientifica per lo studio e l'applicazione dell'ipnosi, l'A.M.I.S.I. (Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi), si costituì nell'aprile del 1960.

Nel 1965 venne fondato da Granone il primo Centro di Ipnosi Clinica e Sperimentale Italiano (il CIICS) annesso ad una Divisione Neurologica, presso l'Ospedale Generale di Vercelli.

## **Potenzialità**

Sono diverse le potenzialità dell'ipnosi documentate scientificamente. Il soggetto in ipnosi può modificare la percezione del mondo esterno; può percepire stimoli che in realtà non ci sono e non percepire quelli che sono presenti; può distorcere percezioni di stimoli effettivamente esistenti creando illusioni.

In ipnosi è possibile modificare il vissuto sensoriale; il vissuto di schema corporeo e in particolare è possibile un controllo del dolore. Il soggetto in ipnosi può orientare con facilità la propria introspezione nei diversi settori del suo organismo, può ampliare o ridurre le sensazioni che provengono dall'interno del suo corpo, può alterare i parametri fisiologici avvertibili come il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura cutanea.

Con l'ipnosi è possibile entrare nella propria storia e modificare i significati che il soggetto ha dato in passato alle sue esperienze fruendo delle alternative che possedeva. Si possono ottenere dei cambiamenti nella continuità della memoria e/o accentuare la possibilità di ricordare.

In ipnosi variano i parametri di valutazione spazio-temporali e la valutazione critica.

Le emozioni sono una risposta dell'organismo a momenti dell'esistenza. Mentre nello stato di veglia il controllo volontario delle emozioni pare essere un compito particolarmente arduo, in ipnosi queste possono essere modificate e vi è inoltre la possibilità di passare repentinamente da un'emozione all'altra.

Attraverso l'ipnosi il soggetto può apprendere a smorzare la sua risonanza emotiva. Il senso dell'Io può essere distaccato da un'ampia varietà di informazioni e situazioni ai quali è normalmente applicato.

Il senso dell'Io può anche essere distaccato dal proprio corpo come avviene per l'analgisia

In ipnosi esiste la possibilità di alterare la qualità e la quantità del controllo della muscolatura volontaria, e di modificare anche quanto creduto al di fuori di ogni con-

trollo volontario, quali ad es. il sistema neurovegetativo, il sistema neuroendocrino ed il sistema immunitario.

È necessario che l'ipnotista abbia ben chiaro e ben definito l'obiettivo da raggiungere, ossia qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente, qual è il comportamento da realizzare e qual è la rappresentazione mentale che li definisce in maniera adeguata. L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso.

Perché la rappresentazione mentale possa essere espressa in termini fisici e/o di comportamento deve essere "carica della valenza giusta" per il soggetto, l'azione definita dall'obiettivo deve essere di realizzazione possibile.<sup>10</sup>

### **Cosa succede durante l'ipnosi?**

Nella prima fase, la fase induttiva, si possono riscontrare sull'EEG (Elettroencefalogramma) un'accentuata presenza delle onde alfa tipiche degli stati di rilassamento e di distacco dalla realtà esterna. Si comincia, quindi, con un passaggio dalle onde beta (predominanti durante la veglia e gli stati di vigilanza e allerta) alle onde alfa più lente. L'alterazione delle proprie vibrazioni cerebrali comporta un rallentamento anche di altre attività (respiro, pulsazioni cardiache) e viceversa.

L'invito al rilassamento somatico permette il distacco graduale dall'ambiente esterno, focalizzando l'attenzione all'interno e sulla voce dell'ipnotista<sup>11</sup>.

Con l'approfondimento dell'attenzione all'interno si manifesta un predominio delle onde theta, più lente, che caratterizzano la trance vera e propria<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> <http://it.wikipedia.org/wiki/ipnosi>

<sup>11</sup> E' anche per questo motivo che l'ipnosi non equivale al sonno, in quanto una persona addormentata reagisce solo a stimoli intensi e non è in comunicazione con il mondo esterno.

<sup>12</sup> le onde theta si manifestano di solito nel periodo che precede il sogno (fase ipnagogica).

Questo stato nell'ipnosi viene mantenuto per tutta la seduta e utilizzato a fini terapeutici.

Durante il procedere di queste fasi l'individuo vive la destrutturazione del suo stato di coscienza, lo schema del corpo può alterarsi diventando evanescente e spesso si presentano fantasie e immagini fugaci.

A questo livello l'ipnotista, passa all'utilizzo di un linguaggio metaforico-allegorico proprio dell'emisfero destro che è diventato dominante.

L'individuo, attingendo alle sue risorse profonde ed agli "apprendimenti esperienziali", potrà sperimentare nuove esperienze e sviluppare nuove associazioni<sup>13</sup>.

Tra i fenomeni che si possono produrre spontaneamente o indurre ci sono:

Regressione o avanzamento di età

-Amnesia

-Analgesia

-Anestesia

-Comportamento automatico

-Dissociazione

-Catalessi

-Allucinazione

-Ipermnesia

-Identificazione

-Risposte Ideomotorie

-Risposte Ideosensorie

---

<sup>13</sup> Ian H. Robertson, Il cervello plastico, Rizzoli, 1999, pp. 53-54

-Suggestione post-ipnotica

-Distorsione del tempo

Secondo Erickson questi fenomeni sono indipendenti dalla profondità della trance, mentre nell'ipnosi classica si usa suddividere la trance in diversi stati a ognuno dei quali vengono associate determinate fenomenologie:

1. *Stati ipnoidi* caratterizzati da chiusura delle palpebre, rilassamento, pesantezza, calore, leggera sonnolenza
2. *Trance leggera* retroversione oculare, catalessi oculare, catalessi degli arti
3. *Trance media* amnesia parziale, anestesia o accresciuta consapevolezza a livello sensoriale, suggestioni post-ipnotiche
4. *Trance profonda* amnesia e anestesia completa, sonnambulismo, allucinazioni positive e negative.

## **Applicazioni**

L'impiego dell'ipnosi in ambito terapeutico viene prevalentemente rivolto al controllo del dolore, quindi come metodica analgesica., nelle diverse specializzazioni della medicina, della psicologia clinica e dell'odontoiatria.

Viene sempre più utilizzata con buoni risultati nel controllo delle emozioni (disturbi d'ansia, attacchi di panico, rabbie, tristezze) e delle dipendenze (alcol, fumo, droghe), attraverso le varie forme di psicoterapia e ipnositerapia.

È impiegata in ostetricia nella preparazione e nella conduzione del parto, in odontoiatria nelle varie fobie da studio dentistico e come analgesico, in dermatologia nelle diverse forme di malattie psicosomatiche, e negli ultimi anni anche in oncologia come strumento del sostegno psicologico (quando è impiegata come tecnica di rilassamento) e nella eliminazione degli effetti collaterali alle diverse terapie quali la nau-

sea, il vomito, l'eccessiva stanchezza e ovviamente nella gestione delle diverse emozioni negative

Può essere utilizzata in ambito extraterapeutico nello spettacolo, nello sport e nella ricerca.

## Capitolo 2

### La Storia di Claudio



Ho conosciuto Claudio nel 2006, aveva avuto il mio numero da una sua vicina di casa. Aveva delle crisi d'ansia con cui conviveva da diversi anni e desiderava fare qualcosa. Avevamo intrapreso un percorso psicoterapeutico che gli aveva permesso di guardare da una prospettiva diversa la sua storia.

Nel 2009 mi aveva ricontattato in quanto le crisi d'ansia di erano “risvegliate” in coincidenza d'importanti cambiamenti nella sua vita. Dopo diverse sedute di psicoterapia ci eravamo nuovamente salutati con un: “...sai che quando senti il bisogno di parlarmi basta che mi telefoni...”, ma mai mi sarei aspettata che di lì a qualche mese Claudio mi avrebbe telefonato un sabato pomeriggio con i referti della risonanza magnetica in mano che annunciavano la loro inconfutabile “sentenza”: MENINGIOMA.

Come anticipato nella “premessa” di questo lavoro, Claudio mi chiese un colloquio in cui parlare di quanto gli stava accadendo e delle decisioni che doveva prendere e da lì iniziò il nostro “viaggio” nell'ipnosi.

Abbiamo fatto quattro sedute in cui abbiamo affrontato i seguenti aspetti:

1. dolore e paura
2. dialogo con Flavio (il tumore)
3. il patto a due

4. i consigli dell'inconscio.

### **1 seduta**

Durante il nostro primo incontro in conseguenza del suo verbalizzare la paura dell'operazione, del dolore posto operatorio e di non recuperare la vista.

Dopo l'induzione, attuata attraverso l'ideoplasia della pesantezza, e la verifica del raggiungimento dello stato ipnotico proposi a Claudio l'ideoplasia del "luogo protetto" affinché sperimentasse la presenza nella sua mente di un luogo in cui poter ritornare ogni volta che ne sentisse il bisogno, un luogo a lui caro ove permanendoci *come se* fosse in quello reale ne percepisse le identiche emozioni.

Claudio, abituato alla pratica meditativa da molti anni, non ha avuto alcuna difficoltà a visualizzare il luogo da lui amato e ad immergersi completamente, rilassandosi e riuscendo a percepire in modo estremamente superficiale il dolore fisico (il cui segno è rimasto evidente per tutta la seduta) che io gli stavo provocando sul dorso di una mano. Rassicurato da questa percezione, che lui stesso ha potenziato immaginando che gli venisse messo un ago "...come ho visto fare in televisione...", è riuscito a contenere la paura visualizzandola come un peso opprimente sullo stomaco che gli toglieva il respiro. Questa immagine ci ha permesso di iniziare a lavorare attraverso la visualizzazione una "bolla di luce" bianca dentro di sé che, aumentando di dimensioni, lo aiutava ad accrescere lo spazio interiore necessario per respirare meglio e rendere marginale la paura.

Claudio si è reso immediatamente conto che la paura, per quanto ancora presente, era diventata "estremamente periferica" consentendogli di respirare in modo diverso anche nei gironi successivi, come lui stesso mi ha in seguito raccontato

Ho insegnato a Claudio fin dalla prima seduta, che credevo anche essere l'unica, l'ancoraggio in un gesto fisico affinché potesse recuperare da solo i benefici dell'esperienza fatta insieme nei momenti in cui ne avrebbe avuto bisogno.

## 2 seduta

Incuriosito dall'esperienza fatta la prima volta Claudio mi ricontatta per dirmi che l'operazione è stata rinviata di una settimana...avevamo la possibilità di fare un secondo incontro, durante il quale gli ho proposto di parlare con il suo inconscio.

L'inconscio lo ha fatto dialogare direttamente con Flavio, il suo tumore.

E' necessario a questo punto precisare che Claudio, come da nostri discorsi fatti precedentemente, aveva deciso di parlare quotidianamente con il suo tumore<sup>14</sup>.

Gli aveva dato un nome, Flavio, e ogni giorno gli leggeva il "*Piccolo Principe*", partendo dal capitolo della Volpe...stava cercando di far capire a Flavio che potevano cercare di essere "amici".

Quel giorno Flavio desiderava parlare con lui, spiegargli perché era lì e non voleva andare via, dirgli che lui stesso aveva paura...paura di venire abbandonato...

Tutta la seduta è stata incentrata sul senso dell'amicizia, facendo riemergere nella memoria di Claudio il Flavio della sua infanzia, un bambino "antipatico", di poco più grande di lui, con cui l'amicizia si era creata solo in una modalità tipicamente infantile di conflittualità e sfida, un amico dimenticato nel tempo, di cui Claudio non sapeva più nulla, pur avendo mantenuto l'amicizia con il fratello...

Attraverso le parole di Flavio è emersa la paura della solitudine e di venire abbandonato dalle persone amate a causa di suoi comportamenti inconsapevoli e conseguentemente non controllabili che Claudio si porta dentro da molto tempo.

Claudio era consapevole del suo bisogno di controllare quanto gli accade intorno fin dalle nostre prime sedute terapeutiche, ma non riusciva a trovare un episodio specifico da cui potesse essersi originato.

---

<sup>14</sup> Claudio era stato "colpito" da quanto letto in un libro (Franckh P. *La legge dell'amore*) che gli avevo consigliato di leggere nei mesi precedenti, ma che lo aveva infastidito, tanto da abbandonarlo non letto e prestarlo ad un amico. In quei giorni lo aveva "aperto a caso" proprio sul capitolo che parlava dell'influenza del pensiero sul DNA e dell'importanza del dialogo con il proprio corpo, aspetti di cui parlerò nei capitoli successivi.

Il nostro dialogo al termine dell'esperienza ipnotica gli ha permesso di comprendere come dentro di noi vivano esperienze del nostro passato "emotivamente attive" proprio come se fossero state vissute il giorno prima.

L'episodio raccontato da Flavio era un evento di mascheramento di un altro accaduto poco tempo prima in cui le persone coinvolte erano altre affettivamente più importanti per Claudio.

Durante la fase ipnotica esplorando con l'inconscio l'origine della paura che aveva sentito durante la prima seduta, scelta fatta per "aggirare senza intaccare" le difese che hanno permesso a Claudio di affrontare tutta la sua vita, è ritornato ad un'esperienza infantile molto intima in cui era stato scoperto ed aspramente rimproverato da sua madre con la minaccia di perderne l'affetto se avesse perseverato con quei comportamenti.

### **3 seduta**

Il dialogo con Flavio è proseguito, episodi dimenticati dell'infanzia di Claudio sono riemersi a segnare, come cartelli stradali, la direzione da prendere...Flavio era spaventato, le sue dimensioni lo facevano sentire "incastrato" e, per quanto cercasse di accogliere la richiesta di Claudio di rendersi "più piccolo" per sgusciare via dal nervo ottico durante l'operazione, lamentava il non capire da che parte uscire...

All'improvviso Flavio fa una richiesta "io posso pensare di andare via se tu mi garantisci di non abbandonarmi...scrivi una canzone per me prima che io esca"

La richiesta di Flavio era coerente con la vita di Claudio che è un cantante molto conosciuto dalle nostre parti.

Di fronte all'evidenza del poco tempo a disposizione prima dell'operazione si è giunti ad un compromesso: una poesia...(quella che dà il titolo a questo lavoro).

Ad accordo stipulato Flavio ci ha informato che stava riducendo le sue dimensioni per facilitare l'uscita, ma non sapeva come uscire...Claudio lo ha tranquillizzato ga-

rantendo la sua presenza e protezione costante “lo vedo come nascosto in un buco...piccolo piccolo...schiacciato contro il fondo...non posso tirarlo verso di me...non posso farlo uscire spingendolo in dietro verso il buco che c'è sul fondo... devo passare da dietro e tirarlo attraverso il buco...solo così può sgusciare via senza difficoltà...”<sup>15</sup>

#### **4 seduta**

Durante il nostro ultimo incontro Claudio stesso ha chiesto di parlare con il suo inconscio perché voleva capire se aveva fatto tutto quello che era necessario.

L'inconscio ha tranquillizzato Claudio facendogli rivedere una serie di episodi accaduti durante tutto il periodo di scelte e decisioni in cui lui aveva agito ascoltando se stesso.

Gli ha ricordato l'idea di cercare informazioni sul Flavio reale col fine di riaprire i contatti e gli ha fatto una raccomandazione: “mantieni il sorriso e la voglia di ridere e tutto andrà bene...”

Ed a quanto pare Claudio lo ha fatto, come traspare dalle sue stesse parole donatemi per aiutare me nella stesura di questo lavoro.

Ho volutamente inserito il suo racconto così come lo ha scritto lui, senza apportare modifiche di alcun tipo...

### **Il punto di vista di Claudio**

***“Dolcemente vai  
eterna primavera  
nasce in versi”***

29 giugno 2011

Sono passati quasi 2 mesi dall'intervento (2 maggio)

---

<sup>15</sup> Dopo l'operazione Claudio ha saputo dal chirurgo che era stata usata una variante della tecnica che avevano concordato...erano passati da un'angolazione diversa che ha permesso di “sfilare da dietro” il tumore più agevolmente...Flavio si era lasciato sfilare via senza opporre resistenza?

come mi sento?

Facciamo un passo indietro.

A fine febbraio, pochi giorni prima di avere il referto della prima Risonanza Magnetica, inizio ad avere una specie di tremore, come un piccolo motore acceso dentro di me, che vibra.

Lo sento in special modo mentre sono a letto, prima di addormentarmi o appena sveglio. In quel momento non si sapeva quale fosse il mio problema, si era solamente riscontrato che era probabilmente di carattere neurologico. Immaginavo quindi che potesse essere di tipo degenerativo (Parkinson?, una forma di sclerosi?) oppure una infezione da virus (come ipotizzato dall'ultimo oculista consultato), oppure un tumore (figuriamoci...)

Durante il periodo successivo non ho più focalizzato l'attenzione sul tremore; infatti c'era qualcosa di più importante di cui occuparsi: il meningioma (tumore) che era emerso dalla risonanza magnetica e che doveva essere asportato. I neurochirurghi consultati (ben 5) non avevano dubbi sulla necessità dell'intervento. Perché ne ho consultati 5?

Per trovarne uno che mi ispirasse fiducia perché c'erano due possibili vie di intervento (transnasale e transcranica) e volevo capire quale potesse essere la migliore.

Torniamo al tremore, che è ricomparso (o almeno ho iniziato nuovamente a considerarlo) dopo l'intervento, durante la convalescenza.

Da dove arriva questo tremore?

A tale proposito ho consultato colui che mi consigliò la risonanza magnetica; un agopunturista che aveva tentato di migliorare i miei problemi di vista quando gli oculisti non sapevano che pesci pigliare.

L'agopunturista dice: si tratta di una manifestazione della paura.

Perché no? Mi pare un'ipotesi sensata, anche alla luce del fatto che “apparentemente” ho vissuto questa avventura in modo molto controllato: infatti ho

ricevuto molti complimenti da amici, colleghi e familiari su come ho affrontato il periodo prima-durante-dopo l'intervento, periodo iniziato appunto a fine febbraio e non ancora terminato a fine giugno. Ma se sono stato così controllato, dov'è finita tutta l'energia emotiva (giacchè sono una persona piuttosto emotiva e tendente all'ansia?). Beh forse è finita come benzina al motore interiore, quel che provoca il tremore.

Quindi oggi, oltre al tremore, c'è ancora una specie di distacco da tutto quello che è successo. Non come se fosse successo ad un altro, so bene che si è trattato di me.

Però penso di avere affrontato il tutto con un atteggiamento da samurai. Il primo giorno, quando ho saputo del meningioma, mi sono concesso di piangere. Dopo mi sono dato da fare in modo concreto, attivando tutti i canali possibili:

chirurgia

condivisione del problema con familiari ed amici

pratica buddista

psicoterapia + ipnosi

guaritrice spirituale con gli archetipi (vedi evidenziato in arancione)

### **Seminario intensivo**

*sui temi della guarigione spirituale con gli Archetipi condotto da*

**Liliana Maria Grill**

### **ARCHETIPI E GUARIGIONE**

**Cari amici,**

**è possibile parlare di guarigione solo partendo dall'Unione dell'essere con il mondo delle Energie Vitali.**

**È in questa direzione che mi propongo di accompagnarvi durante questo intenso incontro.**

**Gli Archetipi saranno i nostri strumenti di lavoro. Perché?**

Perché, così come affermava Jung, essi costituiscono una via di trasformazione interiore che si basa sui grandi Simboli universali.

Una via che, per la sua estrema semplicità, ci conduce oltre il mondo delle parole.

Gli Archetipi generano un linguaggio che ci porta verso più profondi livelli dell'essere dove la domanda "cosa faccio qui?" viene illuminata ed esplorata.

Gli Archetipi sono un cammino che permette di comunicare con l'Invisibile e di comprendere la voce del Mistero della Vita.

Vivremo insieme due giorni di esperienza diretta in contatto con variazioni energetiche, e dove potremo lasciarci toccare coscientemente dall'Indicibile

Forza di Vita....

Siate i benvenuti !

Con Amore Liliana Maria Grill

*Liliana Maria Grill, fisioterapista, da 30 anni lavora e insegna nel campo della guarigione. Ha collaborato come monitrice e traduttrice, in vari paesi, con l'Université Internationale Permanente de Thérapie Manuelle di Saint Mont (Francia). Si è formata in Eutonia, Anti-ginnastica e Kriya Yoga. Per 9 anni, ha impartito corsi di Armonizzazione del corpo sensibile in diversi paesi. Nel 1990 un grave incidente d'auto la proiettò in coma per 3 mesi. Dopo un lungo periodo di perdita d'autonomia e di cambiamento, nel 1996 a Madrid, l'incontro con un guaritore spirituale le permise di ritrovare la piena coscienza e la salute. Da allora continua le sue ricerche nel campo della guarigione e le condivide in conferenze, corsi e incontri individuali, in vari paesi.*

*Dal 1991 organizza e traduce corsi di Medicina Tradizionale Cinese condotti da Padre C. Larre (1919-2001), E. Rochat de la Vallée (ÉEA, École Européenne d'Acupuncture), con la quale conduce corsi di formazione sui temi della guarigione.*

È la direttrice della commissione di studio dell'AESE (Asociación Española de

Sanadores Espirituales) per Italia, Francia, Canada, Stati Uniti, ed è in questa veste che impartisce, in vari paesi, questa formazione che è il frutto di un'esperienza trentennale illuminata dalla Grazia, come viene spesso chiamata l'energia di guarigione.

È laureanda in teologia presso la Facoltà Valdese di Teologia di Roma con una tesi sulla guarigione spirituale.

Ma soprattutto il trauma ha contribuito enormemente ad abbattere le barriere psicologiche che ostacolavano il concepimento consapevole di un figlio. E infatti il figlio è stato concepito nel periodo che va dalla diagnosi all'intervento. Mamma mia, tutto ciò è accaduto così, "freddamente?" Non mi pare, almeno non in quel periodo... ricordo però il suggerimento di Roberta non appena ricevuta la diagnosi: *"Cerca di affrontare il problema concretamente e non emotivamente"*

Avrò seguito il consiglio troppo alla lettera?

La cosa più strana è questa: pur provando una grande senso di riconoscenza verso coloro che mi hanno sostenuto (amici, terapeuti, compagni di fede) mi rendo conto di non aver ancora espresso gioia (tipo quando si segna un goal durante la finale dei campionati mondiali). Me lo sarei aspettato, e invece niente.

Ipotesi: quando con Roberta ci sono state le sedute di ipnosi mi sono immaginato un paesaggio particolare che mi serviva come aiuto per raggiungere uno stato di quiete e **distacco** durante il ricovero (prima e dopo l'intervento). Si tratta della spiaggia dove vado di solito in estate e mi sono immaginato anche l'urlo di liberazione, che sarebbe avvenuto proprio in quel luogo: visto che ci andrò a settembre può essere che stia attendendo di essere lì...nel frattempo che faccio..tremo?

Vediamo ora i ricordi dei vari periodi:

### **prima della diagnosi:**

Nel gennaio 2010 avevo iniziato a notare un calo della vista dall'occhio sinistro e mi ero immediatamente attivato per capire di cosa si trattasse, recandomi in prima battuta da un ottico ed in seguito da un oculista. Non volevo che si ripettesse ciò che era accaduto l'anno prima, quando sottovalutai una riduzione dell'udito all'orecchio destro e mi feci visitare quando ormai era troppo tardi per recuperare ciò che era stato perduto.

Nel corso del 2010 mi feci visitare da 3 oculisti, i quali non riuscirono a darmi una diagnosi chiara.

Nessuno mi consigliò una RM.

A gennaio 2011 tento la carta dell'agopuntura e nello stesso tempo prenoto una visita dal quarto oculista, il quale nota che c'è una degenerazione del nervo ottico e mi consiglia una visita da un neurologo. Nel frattempo effettuo la RM come consigliatomi dall'agopunturista e si scopre il meningioma.

Tutto questo preambolo per dire che emotivamente ero piuttosto provato dal problema orecchio/occhio che durava da ormai due anni, e da altri problemi di salute, sia fisici che legati all'ansia, che avevo affrontato nello stesso periodo.

### **Tra diagnosi e intervento:**

il periodo tra la diagnosi e l'intervento è stato caratterizzato da molta determinazione, ma anche da momenti di paura e disorientamento. Si trattava infatti di capire quanto fosse grave la cosa e come intervenire.

Il primo chirurgo (Garbossa – Molinette) mi dice che si tratta di un intervento serio ma fattibile, mi illustra i rischi e mi consiglia di ascoltare anche altri pareri ma di non attendere troppo tempo (massimo 1-3 mesi)

Il secondo chirurgo (Faccani – CTO), poi Frank di Bologna, Volpin di Vicenza, Musso di Ivrea e poi nuovamente Faccani

Insomma, investo un mese nel giro dei chirurghi, per capire quali sono le possibilità (chirurgia tradizionale o radio chirurgia, approccio transnasale o transcranico, ecc..) Le idee non sono chiare perché i pareri sono diversi, ed io ho il problema di scegliere a chi affidarmi. Questo mi crea molta tensione, il

mio pensiero principale è quello, riesco a lavorare poco e male, anche perché la vista peggiora, ormai vedo molto poco con l'occhio sinistro. Mi aiuto con la valeriana, soprattutto la sera. Il secondo incontro con Faccani scioglie i dubbi e mi consente di decidere. Purtroppo però iniziano i rinvii e dunque la tensione legata al dover decidere viene sostituita dalla tensione causata dai rinvii legati a vari problemi (urgenze, assenza del chirurgo, ecc...). In più scopro che è molto difficile contattare l'ambulatorio di neurochirurgia perché sono sottodimensionati, corrono tutti e spesso non rispondono al telefono anche negli orari canonici. Questo mi preoccupa ulteriormente (ma in che mani mi metto??) e aumenta il nervosismo, tant'è che esprimo il mio stato d'animo (diciamo così) in un paio di occasioni, sia agli infermieri che al neurochirurgo che mi opererà. In realtà questi rinvii mi danno la possibilità di giocare la carta "ipnosi" insieme a Roberta.

Alla fine, esattamente due mesi dopo la scoperta del meningioma, vengo ricoverato e operato.

**Ricovero e intervento:** il reparto di neurochirurgia del CTO è stato ristrutturato recentemente, quindi le stanze hanno un bell'aspetto, ci sono solo due letti per ognuna, c'è una bella vista sulla collina torinese. Mi piazzano nella stanza accanto all'ingresso della sala operatoria. Arrivo la domenica pomeriggio, la sera vengono a trovarmi Lella, Ida e Gibba, poi arriva il dott. Melcarne a illustrarmi le possibili conseguenze negative dell'intervento (una bella lista) e a chiedermi una firmetta. La mattina dopo, ore 7:30 parto col mio lettino verso l'operazione.

Lo stacco tra il reparto e la sala operatoria è segnato da tre cose:

una specie di finestra con saracinesca dalla quale vengo fatto passare con una specie di tapis roulant, il colore dell'ambiente che passa dall'azzurro al verde, il personale che è quasi tutto femminile, sorridente, e vestito da sala operatoria, quindi con cappucci e mascherine (le mascherine dopo, prima ho fatto in tempo a vedere i sorrisi).

Arriva l'anestesista, ci eravamo incontrati 3 settimane prima, si ricorda che

faccio il cantante e mi tranquillizza sul fatto che staranno attenti alle corde vocali durante l'intubazione.

Arriva Faccani, il chirurgo, mi sorride, mi fa una carezza sulla guancia e mi dice che ha parlato con Nicoletta. Ho fatto la scelta giusta 😊.

Entro in sala operatoria, mi sistemano sul tavolo operatorio e mi mettono delle calze pneumatiche alle gambe per sopportare meglio il lungo intervento. Poi non ricordo più nulla, mi sveglio uscendo dalla sala operatoria verso la rianimazione, pare che vedendo Nicoletta e mio fratello abbia cercato di alzarmi ma non ricordo, rammento solo la sonda nel naso.

Quando mi sveglio ci vedo bene, ora me lo ricordo come un dato di fatto, non ho vissuto il recupero della vista con grande stupore, ma quasi come dato di fatto...beh però ero contento...!

Della rianimazione ricordo i tubi, il catetere, il drenaggio, fili e sensori, ma senza dolore: uno degli infermieri, Rocco, è molto gentile, mi dà un budino da mangiare, e di notte lo sento cantare vecchie canzoni dello zecchino d'oro. La cosa carina è che non canta le canzoni di quando lui era piccino, ma quelle di quando IO ero piccino ("il torero Camomillo" di cui ho il 45 giri e "volevo un gatto nero"). Rocco è più giovane di me ma ha dei dischi dello zecchino d'oro e canticchia le canzoni che piacciono a sua figlia..mah. Però è chiaro che grazie al torero Camomillo, che tra l'altro ho anche suonato moltissime volte in una versione rivisitata con uno dei miei gruppi, mi sento a casa.

In rianimazione sto poco, dalle 14:30 del lunedì alle 11 di mattina del martedì, quando vengo portato in reparto e mi vengono rimossi quasi tutti i tubi. Il personale è gentile, il vitto non è gran cosa, il compagno di stanza diverso da quello che avevo intravisto all'arrivo.

Di notte ho un po' mal di testa ma non chiedo antidolorifici (dolore sopportabile).

Nicoletta in quei giorni ha fatto da filtro, rispondendo ai 100 e più messaggi che sono arrivati al mio cellulare e al suo. Di lei Faccani mi dirà: "è stata veramente in gamba, discreta, si insomma non ha mai rotto i coglioni!". Non mi sento di ricevere molte visite, solo mia mamma, mio fratello, Lella e natural-

mente Nicoletta, mio papà è rimasto ad Ivrea e lo vedrò al mio ritorno a casa.

### **Convalescenza:**

una volta tornato a casa non devo restare solo, perché c'è il rischio di crisi epilettiche. Nicoletta si trasferisce da me, quando deve andar via per lavoro il "buco" viene coperto dai miei genitori o da qualche amico che ne approfitta per una visita. Gli amici sono molto emozionati, mi sono stati vicino prima, durante e dopo, uno di loro, appena dopo la diagnosi mi disse: "questa cosa che ti è capitata ci cambierà tutti"...è Francesco, l'amico di più recente acquisizione, in mezzo ad amici di una vita.

In questo periodo la mamma comprende esattamente di cosa si è trattato e le tremano le gambe.

Gli unici medicinali che prendo sono alcune compresse di tachipirina per lenire il dolore alla testa di notte.

### **Ipnosi.**

Roberta mi propone l'ipnosi, come preparazione all'intervento...ma non l'ipnosi da fiera o da film, l'ipnosi vera che in effetti è una sorta di meditazione, di concentrazione profonda, uno stato di quiete dove l'inconscio se ne ha voglia si esprime e può fare cose che noi umani ecc.... (vedi il discorso dell'androide nel finale di Blade Runner).

Roberta me lo propone come esperienza da fare insieme, visto che ha appena terminato il percorso di formazione, ed io mi ci butto a pesce perché di lei mi fido e mi va di provare.

A quanto ricordo, durante le sedute non ho mai perso la consapevolezza di ciò che avveniva intorno a me.

In alcuni casi la percezione del tempo è cambiata, ovvero la seduta è durata più di quanto io abbia percepito, in altri casi no.

In quei momenti di discesa in profondità, nei quali hanno potuto parlare sia l'inconscio che il meningioma (identificato con un nome maschile), le parole che ho detto/ascoltato erano tratte da pensieri che avevo avuto e che avevo

in quel periodo, venivano estratte come numeri al lotto alcune delle mille considerazioni che facevo in quei giorni, come se le cose più importanti emergessero automaticamente.

In alcuni casi le parole erano accompagnate da un senso di commozione, specialmente se parlava il meningioma/bambino, un amico/nemico che doveva uscire nel modo più fluido possibile ma che aveva paura di farlo.

Considero importante il senso di commozione perchè non è frequente ch'io lo raggiunga. In passato ho avuto esperienze varie, sia di tipo artistico (stage di teatro e simili) che di tipo terapeutico (costellazioni familiari o altre cose che prevedevano una sorta di psicodramma da solo col terapeuta o insieme ad altre persone) e ho sempre notato che, rispetto alle altre persone, avevo una maggiore resistenza ad essere coinvolto emotivamente in modo "forte"

La tecnica di autorilassamento che prevedeva di unire le dita in un certo modo e di visualizzare una canzone o un luogo a me familiare era più facile da utilizzare con Roberta che mi guidava, o anche a casa da solo per tranquillizzarmi un po' (prima dell'intervento)

La notte prima dell'operazione, in ospedale, non ho dormito molto, ho provato ad utilizzare la tecnica ma senza grossi risultati.

In sala operatoria credo di aver cercato di attivarla prima di addormentarmi ma sinceramente non ricordo bene (avevo già la preanestesia credo).

In rianimazione mi pare di averla attivata, ma in realtà, non provando dolore ed essendo abbastanza tranquillo e sedato, non ricordo di averne avuto bisogno. In ogni caso ricordo che "c'era" e il ricordo mi da ancora oggi un senso di tranquillità.

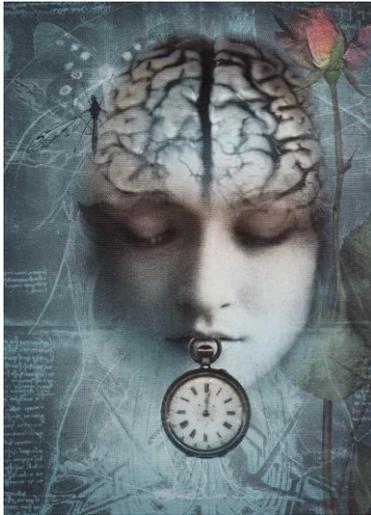
Ritengo che mi sia stata particolarmente utile in fase preparatoria, quando ero teso per i continui rinvii.

L'ultimo rinvio non mi ha causato forte tensione come i precedenti, in effetti l'ultima settimana prima dell'intervento ero più tranquillo, non so se per l'ipnosi, per la notizia della futura paternità, o per un insieme di queste cose.

Quello che è certo è che l'operazione è andata benissimo, il meningioma è stato "sfilato" completamente (e non era per nulla scontato visto il luogo ove era cresciuto), non vi sono stati problemi post operatori (almeno sino ad ora – 2 mesi dopo), la dimissione è stata più rapida del previsto (5 giorni di ricovero contro i 7-10)

## Capitolo 3

### Aspetti medici dell'ipnosi



“Il dolore è così come lo definisce la persona che lo prova ed è localizzato là dove questa lo sente” (Chemist - Druggist 1991).

#### **Definizione di dolore**

Il dolore è definito come un'esperienza sensoriale ed emotiva associata a danno tessutale, in atto o potenziale, può venir descritto in termini di tale danno, è sempre soggettivo e la persona apprende il significato della parola attraverso la propria esperienza fin nei primi anni di vita (Merskey 1991).

Dal punto di vista clinico, il dolore può essere definito come una sensazione sgradevole che è percepita come proveniente da una specifica regione del corpo e che è in genere causata da eventi che danneggiano, o sono in grado di danneggiare, i tessuti dell'organismo.

L'esperienza del dolore è comunque reale e non esiste per il paziente un dolore psichico e uno somatico, tanto da essere giunti alla definizione di *dolore globale*.

Oggi è quasi universalmente accettato che il dolore possa perdere la sua connotazione prettamente difensiva (correlata alla sopravvivenza dell'individuo), diventando egli stesso malattia.

La percezione di un dolore acuto, desta, in condizioni usuali un riflesso di fuga, intesa come rapido allontanamento di una parte del corpo dal punto *algogeno* (cioè doloroso).

Le reazioni al dolore sono però estremamente variabili

La relazione fra dolore provato e riportato è fortemente dipendenti dal contesto, inoltre ogni modalità di espressione non può essere considerata prioritaria sulle altre.<sup>16</sup>

Il dolore, quindi, è uno stato inesorabile compagno dell'uomo fin dalle sue origini. Nell'antichità ha avuto fortissime connotazioni magico-religiose tanto che nella storia dell'uomo il desiderio di capire la sofferenza, per poterla vincere, ha prevalso sulla sua accettazione fatalistica.

Il primo fu Ippocrate (V sec. a.C.) a interpretarlo come “uno stato contro natura”, mentre Aristotele (IV sec. a.C.) considerò il dolore un'emozione, localizzandola nel cuore, Galeno (II sec. d.C.) ipotizzò la sua sede nel cervello. Le conoscenze non fecero progressi nel Medio Evo, solo nel Rinascimento Leonardo da Vinci intuì che lo stimolo doloroso potesse essere trasmesso dal Sistema Nervoso. In seguito Cartesio nel '600, grazie ai suoi studi di neurofisiologia sul fenomeno dell'arto fantasma, localizzò la sensibilità, e quindi anche la percezione del dolore, nel Sistema Nervoso Centrale. La concezione cartesiana rimase immutata fino al XX secolo quando fu scoperta la natura elettrica della trasmissione nervosa.<sup>17</sup>

### **La sindrome dolorosa**

Se una parte del nostro corpo viene fortemente tirata, compressa o lacerata, noi proviamo il sintomo dolore, questo fenomeno è legato al fatto che gli organi ed i sistemi

---

<sup>16</sup> C. Antonelli, *Ipnosi e Dolore: aspetti integrati*, Ed. Giuseppe Laterza, Bari 2003

<sup>17</sup> Farano G., Colciaghi G., “*Partorire sognando*” Franco Angeli, 2003 pp.55-60

sono ricchissimi di recettori. Si tratta di strutture molecolari che, se attivate da stimoli algogeni ricevono il segnale comportandosi come vere e proprie antenne. Questi microscopici dispositivi inviano poi il segnale attraverso fibre nervose al Sistema Nervoso Centrale, durante questo viaggio una serie di centraline periferiche lo elaborano gradualmente.

Lo stimolo doloroso dalla periferia del corpo, attraverso il midollo spinale, arriva ad un centro cerebrale specifico chiamato talamo, da qui viene poi diramato verso zone più raffinate del cervello che lo analizzano e lo memorizzano.

La struttura cerebrale è anche in grado di contenere, controllare e modulare il dolore attraverso la produzione di analgesici naturali: le *encefaline* e le *endorfine* sostanze molto simili alla morfina.

È ormai accertato, come più volte detto, che il dolore non è un fenomeno oggettivo, uguale per tutti, ma un'entità peculiare con caratteristiche uniche e irripetibili per ogni individuo. La personalità, quindi, influenza il grado ed il tipo di sofferenza umana e può a sua volta esserne influenzata. L'attenzione e la concentrazione nell'ascolto dello segnale-doloroso giocano un ruolo rilevante nella percezione dello stesso in quanto l'aumento dell'attenzione verso lo stimolo doloroso determina un incremento dell'ansia.

Lo stato ansioso induce, a sua volta, un ulteriore aumento dell'attenzione stessa, che si traduce in una nuova intensificazione della sofferenza e dello stato ansioso.

Poiché la personalità di un soggetto è anche influenzata da fattori sociali, razziali, culturali e familiari, possiamo affermare che il dolore è qualcosa di "unico" e possiamo anche dedurre che anche la risposta, vale a dire la sofferenza, è assolutamente individuale.

La reazione al dolore è fatta di sguardi, di parole, di gesti e di atteggiamenti che rappresentano un linguaggio chiaro per chi lo sa leggere. Questo codice ha radici negli anfratti più reconditi della personalità ed evidenzia aspetti inconsci che sono spesso espressione di malesseri esistenziali più profondi.

La percezione dello stimolo doloroso è il risultato di influenze emotive e di esperienze passate ed è condizionata dalla personalità del soggetto, dal suo equilibrio emotivo e da forti condizionamenti culturali.

Spesso si è osservato nei soggetti che si sarebbero ammalati, un aumento consistente degli ormoni dello stress<sup>18</sup>, come il cortisolo e l'adrenalina, nei giorni precedenti la comparsa della sintomatologia.

In situazione di stress acuto entra in azione l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con liberazione di adrenalina e cortisolo: lievi rialzi di tali ormoni hanno un effetto potenziante la funzionalità immunitaria, contribuendo alla mobilitazione dei leucociti periferici dai depositi.

Diversamente, in situazione di stress cronico, questi ormoni collocano la risposta immunitaria su una posizione inadatta sia a combattere microrganismi e tumori, sia a preservare la tolleranza immunitaria nei confronti della propria identità biologica rendendo l'individuo vulnerabile a malattie infettive banali o più serie e compromettenti.

### **Aspetti psicologici nel dolore postoperatori<sup>19</sup>**

L'ansia preoperatoria è relativa all'ansia di attesa di un qualcosa che non si conosce e, proprio per questo, si teme ancora di più. Tutto il periodo antecedente all'operazione è vissuto nell'ambito del ricovero ospedaliero, con una serie di esami di routine che introducono al giorno prestabilito per l'intervento. All'ansia si accompagna tutta una serie di paure che spesso sono strettamente collegate a pregiudizi

---

<sup>18</sup> Lo stress ha molteplici ripercussioni sul corpo ma anche sulla mente. La mente stessa contribuisce all'insorgere dello stato di stress attraverso la valutazione cognitiva di quello che ci accade, in relazione al significato che non gli attribuiamo e alle modalità di cui disponiamo per farvi fronte. A parità di evento, ci si può sentire "sfidati" a dare il meglio di sé, o abbattere, ritenendo l'accadimento una calamità che rende impotenti.

<sup>19</sup> Zisa M. *Aspetti psicologici del dolore postoperatorio*, 23 giugno 2006; <http://psicoalgebra.blogspot.com/2006/06/aspetti-psicologici-nel-dolore.html>

culturali, ad apprendimenti diretti o per modellamento che contribuiscono ad alzare il gradiente di incertezza.

I rapporti interpersonali precedenti all'operazione sono fatti di comunicazioni monotematiche sia con i familiari che con gli altri pazienti nelle sale d'attesa degli specialisti. In più possono aggiungersi preoccupazioni di tipo affettivo nei riguardi dei familiari, logistiche per la distanza dall'ospedale, progettuali in relazione al dubbio di poter effettivamente raggiungere gli obiettivi proposti. Le paure principali sono superficialmente legate all'esito dell'operazione e all'anestesia, ma in profondità aleggia la paura della morte.

Nonostante ci sia fiducia nello staff medico, la probabilità che l'operazione non riesca perfettamente o possano esserci delle complicazioni turba in modo quasi ossessivo il paziente che pesca nella sua memoria tutti i racconti e le informazioni a sostegno di questa ipotesi negativa.

Un effetto ansiogeno legato al timore dell'anestesia è la paura di perdere il controllo. Si tratta di una paura che il paziente tenta di ridurre aumentando il controllo stesso e ponendo una resistenza psicologica all'abbandono ai farmaci anestetici.

L'ansia che interviene dopo l'operazione può essere causata da tre fattori:

1. lo spavento come reazione al dolore che insorge non appena scompare l'effetto dell'anestesia.
2. l'insicurezza: il paziente non sa che cosa aspettarsi dopo l'intervento anche se aveva fatto delle previsioni. La realtà è composta di sensazioni strane e dolorose.
3. l'incapacità a fronteggiare la nuova situazione per la quale deve dipendere da qualche persona esterna.

Questi tre fattori interagenti aumentano il livello di ansia innescando un circolo vizioso che abbassa la soglia del dolore aumentandone la percezione.

Sono stati evidenziati molteplici fattori che influenzano l'insorgenza, il tipo, la durata e l'intensità del dolore postoperatorio:

1. il paziente con le sue caratteristiche fisiche e psicologiche
2. la tecnica e la sede dell'intervento
3. la preparazione preoperatoria comprendente aspetti fisici, farmacologici e psicologici
4. l'eventuale insorgenza di complicazioni relative all'intervento
5. la tecnica anestesiológica
6. la qualità dell'assistenza postoperatoria.

Nel 1958 Janis, attraverso un modello curvilineo da lui elaborato, stabilì che un livello moderato di ansia prima dell'operazione chirurgica predice un recupero postoperatorio soddisfacente, mentre livelli troppo bassi o troppo elevati peggiorano l'impatto con l'intervento.<sup>20</sup>

### **L'ipnosi e il controllo psicosomatico anche del dolore**

Nella prospettiva psicosomatica, l'idea che lo stato mentale e quello emotivo possano, attraverso il sistema immunitario, influenzare l'insorgenza e/o il decorso di una malattia organica, ha affascinato intere generazioni di studiosi e ha prodotto numerosi studi sperimentali volti ad indagare un'eventuale relazione causale tra stress e funzionalità immunitaria.

“[...] Lungi dall'essere risposta esclusivamente psichica, l'ipnosi è anche risposta somatica viscerale organica, in cui corpo e mente interagiscono, aiutandosi e compensandosi a vicenda, è un insieme di fenomeni neurologici, biochimici, elettrici, psicologici, sociali.” (Granone, 1986)<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Zisa M. *Aspetti psicologici del dolore postoperatorio*, 23 giugno 2006; <http://psicoalgologia.blogspot.com/2006/06/aspetti-psicologici-nel-dolore.html>

<sup>21</sup> DISY Ente di Formazione <http://www.didy.it/ipnodidy.html>

### **Induzione ipnotica: alcune caratteristiche**

Nella fase dell'induzione si verifica un primo cambiamento dello stato di coscienza. Si possono riscontrare sull'EEG (Elettroencefalogramma) una accentuata presenza delle onde alfa tipiche degli stati di rilassamento e di distacco dalla realtà esterna (si passa cioè dalle onde beta, predominanti durante la veglia e gli stati di vigilanza e allerta, alle onde alfa, più lente). L'alterazione delle proprie vibrazioni cerebrali comporta un rallentamento anche di altre attività (respiro, pulsazioni cardiache) e viceversa.

Successivamente, con la focalizzazione dell'attenzione all'interno, si manifesta un predominio delle onde theta, ancora più lente, che caratterizzano la trance vera e propria. È da notare che le onde theta si manifestano di solito nel periodo che precede il sogno (fase ipnagogica). Questo stato, che normalmente è vissuto passivamente o fugacemente, nell'ipnosi viene mantenuto per tutta la seduta e utilizzato a fini terapeutici.

A questo livello l'ipnotista, riconoscendo i segnali fisiologici di una trance, passa all'utilizzo di un linguaggio metaforico-allegorico, proprio dell'emisfero destro del cervello, che nel frattempo si è trasformato nell'emisfero dominante. Si possono quindi creare delle "realtà ipnotiche" dove l'individuo, attingendo alle sue risorse profonde e agli "apprendimenti esperienziali", potrà fare nuove esperienze e sviluppare nuove associazioni.

Tra l'altro si è scoperto, tramite la PET, che le realtà prodotte in ipnosi sono virtuali solo sino a un certo punto per il cervello, poiché i soggetti a cui si comandava di pensare di correre su un prato, attivavano i medesimi percorsi neuronali attivi durante una "vera corsa".

## **Ipnosi e chirurgia**

Come si è più volte detto l'ipnosi, superando la barriera dei sistemi cognitivi razionali, consente una comunicazione diretta con il nostro mondo emotivo, permettendo di incidere su alterazioni emozionali che inducono modificazioni biologiche le quali, infine, concorrono alla comparsa della malattia.

Nuove ricerche indicano che l'ipnosi può essere d'aiuto nel diminuire l'ansia che precede un'operazione chirurgica. La conferma è stata data alla Facoltà di Medicina dell'Università di Yale durante il convegno annuale della Società Americana di Anestesiologia.<sup>22</sup>

Perché ridurre l'ansia è importante in chirurgia? Perché all'ansia sono collegati un aumento del dolore post-operatorio, un maggior consumo di analgesici e una degenza post-operatoria più lunga. "La speranza è che usando modificazioni comportamentali tramite i programmi di ipnosi, in fase pre-operatoria, possiamo liberarci delle complicazioni post-operatorie" (Haleh Saadat).

Saadat spiega anche che i farmaci che riducono l'ansia, avendo un effetto a breve termine, non hanno alcun effetto post-operatorio per il paziente. L'ipnosi, invece, aiuta ad estendere gli effetti anti-ansia prima, durante e dopo la chirurgia.

La Harvard Medical School ha condotto anche ricerche sull'effetto dell'ipnosi in relazione alla guarigione fisica.

I risultati hanno segnalato una guarigione più rapida nel gruppo sottoposto anche a ipnosi. I raggi X hanno rivelato una differenza significativa, sui tempi di guarigione in tempi più brevi, della frattura. Il gruppo sottoposto a ipnosi, inoltre, mostrava una mobilità migliore e ha usato meno analgesici. I ricercatori hanno concluso che "nonostante il campione limitato di soggetti, i dati suggeriscono che l'ipnosi è in grado di migliorare la guari-

---

<sup>22</sup> Fonte: American Society of Anesthesiologists' annual meeting, Atlanta, Oct. 22-26, 2005. Haleh Saadat, MD, assistant professor of anesthesiology, Yale School of Medicine. News release, American Society of Anesthesiologists.

gione anatomica e funzionale in caso di frattura e che ulteriori studi sulle possibilità dell'ipnosi devono essere svolti" (Haleh Saadat).

L'Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica<sup>23</sup> afferma che la terapia non farmacologica è fondamentale nell'approccio terapeutico e nella prognosi della Fibromialgia.

La terapia non farmacologica a cui si fa riferimento è la terapia di rilassamento muscolare: training autogeno di Schultz, terapia cognitivo-comportamentale, terapia di rilassamento basata su tecniche ipnotiche. "La terapia di rilassamento [ipnotico] è invece preferibile per la rapidità dell'effetto terapeutico (entro la quinta seduta) per l'efficacia su tutti i parametri esaminati (numero di punti tender, disturbi del sonno, astenia, dolore globale) e per la durata dell'effetto almeno fino al 6° mese dal termine del trattamento".<sup>24</sup>

### **Fondamenti scientifici dell'analgia ipnotica<sup>25</sup>**

Il trattamento ipnotico del dolore acuto e cronico è conosciuto e praticato da molto tempo, ma solo recentemente è stata dimostrata la sua efficacia.

Diversi studi sono stati effettuati per verificare gli effetti dell'ipnosi: Olness, Waing e Ng (1980), Goldstein e Hilgard (1975), Russo e Varni, (1982)

Quelli maggiormente considerati sono stati gli studi dei coniugi Hilgard che hanno dimostrato la correlazione diretta fra il grado d'ipnotizzabilità ed il livello d'analgia raggiungibile e che l'effetto analgesico dell'ipnosi non è riconducibile all'effetto placebo, alla paura o alla suggestione, ma è un effetto specifico.

---

<sup>23</sup> La fibromialgia è stata descritta nella prima metà del 1800. Agli inizi del 1900 venne considerata una malattia infiammatoria dei muscoli (fibrosite). Alla fine degli anni '40 venne esclusa la presenza di infiammazione per cui la fibromialgia venne considerata una malattia su base psicologica. Il moderno concetto di fibromialgia e di tender points risale al 1978. Nel 1990 sono stati messi a punto i criteri diagnostici e nel 1994 la diagnosi di fibromialgia è stata accettata a livello internazionale con la cosiddetta "Dichiarazione di Copenhagen". Si tratta quindi di una malattia conosciuta da molto tempo, ma che solo recentemente è stata meglio definita

<sup>24</sup> Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica; Fibromialgia.it

<sup>25</sup> Delogo G. *Ipnosi e dolore* <http://www.medicitalia.it/minforma/Psicologia/308/Ipnosi-e-dolore>

L'eccezionalità dei loro studi è stata anche quella di permettere la dimostrazione scientifica delle due parti dell'io durante l'ipnosi: la "parte ipnotizzata" che rimase all'oscuro di tutto, l'altra parte, detta "l'osservatore nascosto", che nelle loro ricerche aveva il sopravvento quando veniva evocata da un apposito segnale. Toccando il braccio del soggetto l'osservatore era in grado di riferire tutto quello che era accaduto per filo e per segno. Una volta svegliato il soggetto e ricevuto il segnale di sblocco dell'anestesia postipnotica poté ricordare tutto quello che era successo (Hilgard e Hilgard, 1975).

I coniugi Hilgard ipotizzarono che un meccanismo simile potesse agire nel controllo ipnotico del dolore e lo dimostrarono in una serie di esperimenti.

“Gli Hilgard descrivono questa "altra parte" come un "osservatore nascosto", avvertendo però che questa é "una metafora di qualcosa che avviene a livello intellettuale ma non é accessibile alla coscienza della persona ipnotizzata” (Hilgard e Hilgard, 1975).

Gli Autori (Hilgard e Hilgard 1994) per spiegare il fenomeno dell'analgesia ipnotica, ipotizzando che l'ipnosi crei una dissociazione tra la componente sensoriale del dolore e la sofferenza, intesa come esperienza soggettiva consapevole, probabilmente a livello del talamo. Gli autori hanno constatato strumentalmente che l'anestesia ipnotica toglie la sofferenza, ossia la componente "affettiva" del dolore, ma non elimina il dolore sensoriale, infatti le risposte fisiologiche dell'ipnotizzato in anestesia sono quelle di un organismo che sta soffrendo. Eppure se al soggetto ipnotizzato si chiede se stia soffrendo, questi lo nega. Secondo la teoria "neodissociativa" (Hilgard, 1986), il dolore è registrato dal corpo e dalla consapevolezza nascosta durante l'analgesia ipnotica. La teoria postula, quindi, l'esistenza di sistemi multipli cognitivi nella coscienza umana, e un'elaborazione dell'informazione a livelli dissociati di consapevolezza. Questa interpretazione dell'analgesia ipnotica come dissociazione della coscienza suggerisce una spiegazione per l'apparente paradosso spesso trovato quando il dolore viene ridotto dall'ipnosi: il sentire il dolore ("risposta dichiarata") può essere ridotto, mentre i parametri fisiologici involontari del dolore, incluse le risposte

riflesse e autonomiche, (“risposta nascosta”), possono persistere a livelli quasi normali.

Sempre agli Hilgard si deve la dimostrazione che l'effetto analgesico dell'ipnosi non è riconducibile all'effetto placebo, alla paura (non è una analgesia da stress o ansia) o alla suggestione, non dipende dalle endorfine e quindi non è reversibile con antagonisti degli oppioidi e non dipende da modulazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, ma è un effetto specifico.

Lo stato ipnotico determina delle modificazioni nelle strutture di controllo cognitive, per cui i processi cognitivi dell'ipnotizzato non sono più disponibili alla coscienza ordinaria, anche se una parte dissociata dell'io ipnotico, definita come l'osservatore nascosto, mantiene la normale percezione del dolore. A causa di una barriera di comunicazione questa componente cognitiva non si manifesta, ma può comunque essere evidenziata con tecniche particolari

Dal 1994 la IASP (International Association for the Study of Pain) ha incluso l'ipnosi nel curriculum dei professionisti che si occupano di terapia del dolore in America. Nel 1996 il Panel Report del National Institute of Health ha definito l'ipnosi come uno strumento affidabile, efficace per alleviare il dolore da cancro e altre condizioni di dolore cronico. Questo, in aggiunta alla voluminosa letteratura clinica e sperimentale (e.g., Hilgard & Le Baron, 1984; Hilgard & Hilgard, 1994; Barber, 1996; Holroyd, 1996; Chaves & Dworkin, 1997), conferma che l'analgesia ipnotica è un fenomeno concreto e replicabile.

Nel 2000 la meta-analisi di Montgomery, DuHamel e Redd, pubblicata nell'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, rivista leader del settore, su 18 studi controllati, basata sul dolore riferito da 933 soggetti, mostra un risultato rilevante: le suggestioni ipnotiche alleviano il dolore nel 75% della popolazione, comprendendo diversi tipi di dolore sperimentato, supportando l'efficacia delle tecniche ipnotiche nella gestione del dolore. La variabilità del livello dell'analgesia ipnotica mostra una correlazione positiva col livello di suggestionabi-

lità ipnotica. Gli Autori concludono pertanto che la riduzione del dolore mediante suggestione ipnotica può essere classificata come un "trattamento ben consolidato".

Gli studi degli ultimi cinquant'anni, quindi, dimostrano che l'ipnosi è in grado di ridurre o eliminare il dolore, sia sperimentalmente che clinicamente.

Parlando di fenomenologia ipnotica si è accennato che la sensibilità può essere modulata sia in eccesso (iperalgia), sia qualitativamente (parestesia), sia in difetto (analgesia, anestesia). L'anestesia ipnotica è stata documentata nella sua forma più eclatante in interventi chirurgici quali la tonsillectomia, l'appendicectomia, nella plastica per ernia inguinale, nella piccola chirurgia ambulatoriale, nel dolore procedurale (esami strumentali dolorosi), in numerosi interventi odontoiatrici, nel taglio cesareo, ma anche in interventi di cardiocirurgia.

Si è dimostrata in grado durante l'intervento chirurgico di ridurre l'emorragia, per l'intensa vasocostrizione e successivamente di abbreviare il decorso postoperatorio, di favorire la cicatrizzazione delle ferite, di ridurre il dolore ed altri sintomi associati

L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva, cioè la sofferenza ed in particolare nei soggetti altamente ipnotizzabili è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa.

Una scissione tra la componente sensoriale - discriminativa e quella motivazionale affettiva risulterebbe responsabile della normale attivazione d'indicatori involontari del dolore quali un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, della sudorazione, ecc.

E' stato dimostrato che l'analgesia ipnotica non dipende da sistemi neuromorali, come quelli endorfinergici, inoltre la sua instaurazione può essere praticamente immediata, così come il suo effetto può essere immediatamente abolito con la sola verbalizzazione dell'operatore.

Come più volte si è detto, mediante la tecnica ipnotica si può agire sulla percezione del dolore che incide sulla sofferenza. La sensazione dolorosa pur essendo presente non arriva alla coscienza. Se anche il segnale dolore fosse percepito, ciò avverrebbe prima in maniera attenuata e comunque tollerabile. Il dolore quindi esiste, ma non viene comunicato alla coscienza che quindi non lo percepisce come tale.

Questa teoria però non spiega tutti i modi in cui l'ipnosi controlla il dolore, alcuni studi recenti dimostrano infatti che in condizioni ipnotiche particolari e secondo le suggestioni date è possibile bloccare lo stimolo doloroso prima ancora che arrivi alle strutture cerebrali competenti. TEORIA DEL GATE CONTROL dimostrando come il controllo algico in ipnosi avviene a vari livelli con suggestioni che modificano il vissuto culturale, affettivo, somatico, e percettivo.

### **Caratteristiche dell'analgia ipnotica**

C'è un consenso comune tra i ricercatori sul fatto che l'analgia ipnotica sia il fenomeno ipnotico più attendibile, e che i soggetti altamente ipnotizzabili siano maggiormente in grado di ridurre il dolore percepito, rispetto ai soggetti scarsamente ipnotizzabili (Brown & Fromm, 1986; De Benedittis, Panerai & Villamira, 1989; Hilgard & Hilgard, 1994; Zachariae & Bjerring, 1994; Dahlgren, Kurtz, Strube & Malone, 1995; Kiernan, Dane, Phillips & Price, 1995; De Pascalis & Perrone, 1996; Holroyd, 1996; Chaves & Dworkin, 1997; Crawford, Gur, Skolnick, Gur & Benson, 1998; De Pascalis, Magurano & Bellusci, 1999; Lynn et al., 2000; Montgomery et al., 2000; De Benedittis, 2002). La riduzione del dolore mediante suggestioni ipnotiche riguarda sia il dolore sensoriale che la sofferenza soggettiva; secondo la letteratura, il livello di quest'ultima subisce una riduzione significativamente maggiore rispetto al dolore sensoriale (e.g., De Benedittis et al., 1989; Hilgard & Hilgard, 1994). Questa dissociazione correla positivamente con la suscettibilità ipnotica (De Benedittis et al., 1989; Dahlgren et al., 1995; Rainville et al., 2000). La ragione per cui l'analgia ipnotica è più efficace nei soggetti altamente ipnotizzabili rispetto ai sog-

getti scarsamente ipnotizzabili può essere legata all'evidenza sperimentale per cui le persone altamente ipnotizzabili dimostrano una grande flessibilità cognitiva, cioè l'abilità di cambiare strategie cognitive e stato di coscienza (e.g., Crawford and Gruzelier, 1992; Crawford, Brown and Moon, 1993a; Crawford, 1994). Questi cambiamenti di strategie cognitive sembrano essere accompagnati da una ampia specificità emisferica (e.g., Gruzelier, 1990; Crawford and Gruzelier, 1992). I pazienti con un alto livello di ipnotizzabilità possono trovare utili suggestioni di analgesia come un bagno caldo o un parco ghiacciato. Le metafore sulla temperatura sono frequentemente efficaci perché le fibre del dolore e della temperatura viaggiano insieme nello stesso tratto spino-talamico laterale (Spiegel & Moore, 1997; Spiegel, 1985).

I pazienti scarsamente ipnotizzabili possono ugualmente trarre dei vantaggi dall'ipnosi, ma con risultati più consistenti nell'abbassare il livello di ansia e stress, e meno per la riduzione del dolore. Spiegel (1985) spiega che questi pazienti possono spesso ottenere benefici da una tecnica che li faccia focalizzare sulla distrazione, spostando l'attenzione verso una parte del corpo non provata dal dolore, per esempio concentrandosi sulla delicata sensazione dello sfregamento delle dita. Questi pazienti, piuttosto che alterare la percezione dell'area dolente, semplicemente spostano il focus attentivo verso una parte non dolente del corpo, sebbene la distrazione dell'attenzione dallo stimolo doloroso non possa essere considerato il meccanismo principale responsabile per l'analgesia ipnotica, dato che l'analgesia ipnotica e la distrazione rappresentano diversi sistemi di controllo del dolore e riguardano diverse aree cerebrali (Friederich et al., 2001; Bantick et al., 2002).

### **Ulteriori vantaggi dell'ipnosi**

L'assunto teorico avanzato fin dal 1985 da Granone è che "Così come lo stress, attraverso il circuito d'integrazione PNEI, deprime la funzionalità immunitaria, è verosimile che, in determinati soggetti, si possano utilizzare gli stessi canali per ottenere benefiche modificazioni, suscitando in ipnosi immagini particolari tali da creare monoideismi suggestivi, etero- ed autoindotti, fortemente plastici e influenzanti le condizioni organiche."

Quest'intuizione è stata confermata sperimentalmente da numerosi studi che hanno messo in evidenza come in trance ipnotica, particolari e mirate suggestioni possono mobilitare le cellule immunitarie e creare immaginariamente neuropeptidi utili sotto l'aspetto terapeutico.

Molti altri studi sperimentali hanno messo in evidenza che l'immaginazione e il rilassamento svolgono un'azione di facilitazione dell'immunità, modificando l'effetto immunosoppressivo esercitato dagli eventi stressanti.

L'ipnosi, quindi, permette di controllare e guidare il corpo attraverso affascinanti percorsi che probabilmente non sono del tutto sconosciuti alla parte più atavica della nostra coscienza.

## Capitolo 4

### *L'ipnosi e la psicoterapia*



“Il segreto di tutto risiede nella forza della nostra convinzione. Deciditi e segui la direzione giusta per te.” Franckh

In ogni momento scenari, situazioni, ricordi cessano di esistere ed altri compaiono ex novo. Questo è quanto accade ad ognuno: abbandonare interi pezzi della propria vita alle proprie spalle e confrontarsi con esperienze nuove e diverse.

Quello che ci differenzia è il significato che ognuno dà all'esperienza (vecchia/nuova)

I problemi nascono quando dobbiamo affrontare cambiamenti indesiderati di fronte al quale non abbiamo strumenti e strategie, che ci riportano a vissuti del passato che inevitabilmente influenzano il nostro stato d'animo.

Ai cambiamenti indesiderati possiamo rispondere con **strategie attive** (mobilitando energie per adattarci e modificare *potere personale*), oppure adottando **strategie passive** (estraniarci). Sono forze interne e/o esterne che permettono di fronteggiare la realtà.

Diversi studi sono stati fatti nell'ambito della psicologia per spiegare i motivi che

portano le persone a perdere la loro capacità di reagire, di adattarsi, di recuperare dopo un forte stress.

Poca è la letteratura inerente ai fattori che consentono alle persone di resistere ai colpi della vita, di recuperare, crescere e svilupparsi.

Conoscendo le risorse ed i fattori di resistenza degli individui e dei gruppi, si può elevare la qualità degli interventi programmando una migliore prevenzione.

Studi fatti (E. Werner, M. Rutter, N. Garmezy e G. Vaillant) parlano di fattori protettivi e fattori di rischio più frequenti nell'infanzia:

### **Fattori protettivi**

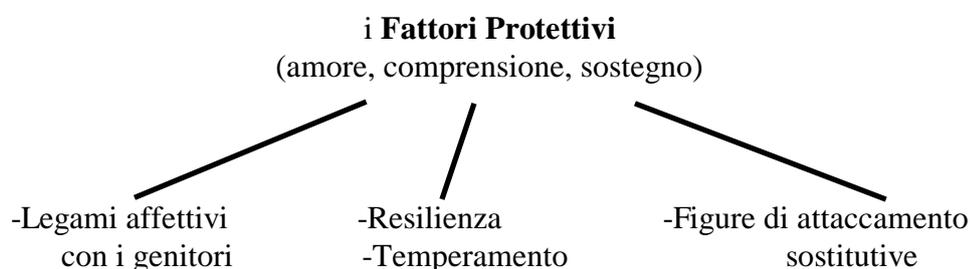
- Buon attaccamento ai genitori nelle prime fasi della vita
- Immaginazione, creatività, distacco, nicchia protettiva, sogni ad occhi aperti
- competenze, capacità, hobby, interessi
- Dare un senso alle proprie esperienze (transitorietà delle condizioni stressanti); prefigurare evoluzioni positive (cambiamenti); eventuale capovolgimento dei ruoli
- Evitare il vuoto affettivo, amicizie
- tratti caratteriali e personali (comunicativa, flessibilità, altruismo)
- Cooperazione e interazione
- Valori, obiettivi, motivazioni
- Autostima, senso di efficacia personale
- Capacità di posporre le gratificazioni, controllo, canalizzazione ed espressione delle emozioni
- Gioco, senso dell'umorismo

### **Fattori di rischio**

- Famiglie multiproblematiche
- Gravi dissidi fra genitori
- Livello molto basso di autostima
- Esperienze di affidamento (della durata di oltre sei mesi)
- Madre malata di mente
- Padre delinquente
- Povertà/miseria
- Sovraffollamento in casa
- Madre con più di cinque figli
- Età ravvicinata dei figli (intervallo inferiore dei figli)
- genitore/i alcolizzato/i
- Quoziente d'intelligenza inferiore a 85 (il Q. I. medio è fra 110 e 90)

Tutto questo per dire che l'ambiente può non piacerci, ma non possiamo illuderci che sia diverso da com'è ed ogni nostra scelta avviene sempre dentro un contesto.

I fattori di rischio esterno sono bilanciabili con



Le persone resilienti possiedono alcuni dei seguenti requisiti:

- Curiosità ed attitudine giocosa
- Capacità di imparare dalle esperienze
- Adattamento rapido
- Solida autostima
- Fiducia in se stessi
- Amicizie, affetti, relazioni
- Capacità di contenere i sentimenti
- Ottimismo
- Empatia
- Autodifesa
- Serenità
- Capacità di migliorare negli anni (più resistenti, competenti, liberi)

La resilienza è la capacità di trovare il lato positivo anche nelle esperienze negative, senza lasciarsi abbattere più del necessario.

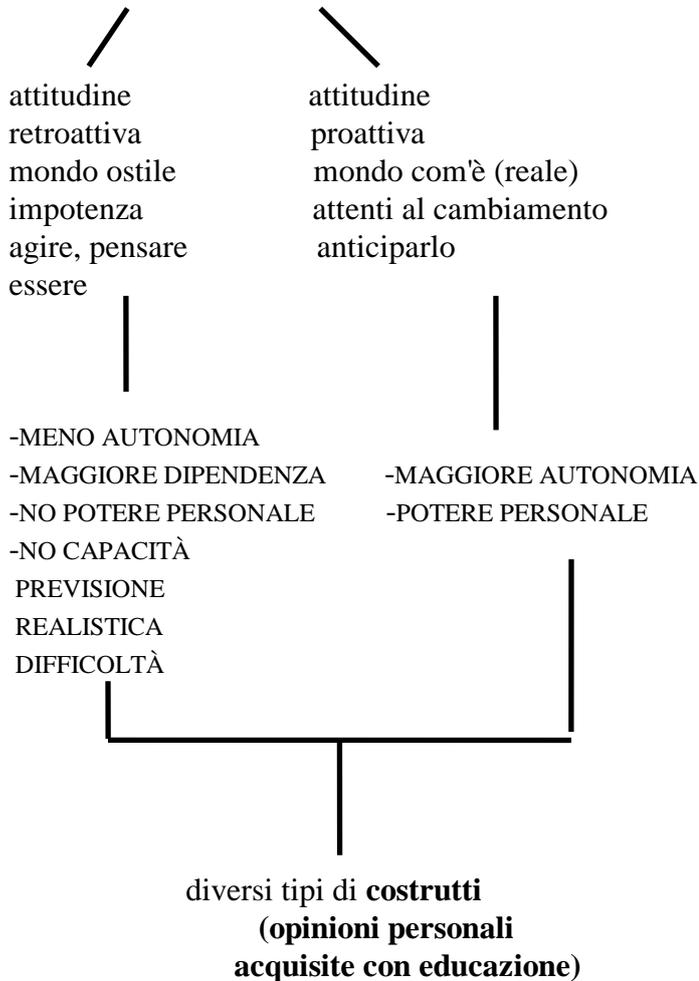
Consiste nel mantenersi lucidi senza confrontare tra loro presente e passato: "io sono diverso ogni giorno quindi posso usare strategie diverse".

L'ansia ci sposta sul piano del fare per non sentire l'impotenza (non dipende solo da me) che noi ci viviamo come un nostro fallimento: "se c'è perchè io non so fare..."

**(dialogo interiore)**

Importante è mantenersi **orientati al compito** attraverso:

- ottica con cui si guarda al mondo
- interpretazione degli eventi
- aspettative
- modificarsi in itinere



Sapersi orientare al compito significa:

- contenere le emozioni
- valutare la realtà
- pianificare le azioni.

La persona resiliente lo diventa nel corso di un processo di crescita, in funzione delle esperienze e degli incontri che fa, delle paure e delle frustrazioni che riesce a superare, dei risultati che riesce ad ottenere, dell'amore che riceve e dà, degli schemi di

riferimento che via via struttura, delle capacità di mantenere viva la fiducia in se stessa, di costruire un'immagine di sé positiva e di intravedere una via d'uscita anche in condizioni precarie.

La resilienza va considerata come l'effetto di un'interazione, nel tempo, tra l'individuo ed il suo ambiente. Il prodotto di molteplici fattori, in cui rientrano certamente le doti personali, ma non soltanto quelle.

Cramer (2000) ritiene che siano numerosi i fattori individuali che predeterminano la resilienza, ma anche quelli ambientali come il tipo di ecologia culturale, il livello socio-economico, il funzionamento della famiglia, e della scuola.

Dello stesso parere è anche Vaillant (1993) che ritiene importanti sia le fonti di resilienza reperibili nel soggetto (temperamento, intelligenza, creatività, maturità, attrattiva, senso dell'umorismo...) sia quelle reperibili nell'ambiente (supporto emotivo e sociale, stile educativo, apprendimenti, fede, ideali, filosofia di vita, stile cognitivo...) <sup>26</sup>

Gli studi sull'attaccamento hanno dimostrato che ad ogni età gli esseri umani sono più contenti, ottimisti ed in pace con se stessi se sanno di avere accanto persone disposte ad aiutarli quando emergono delle difficoltà. Queste persone di fiducia rappresentano "la base sicura".

Oliverio Ferraris definisce l'attaccamento come la relazione tra le persone che con-

<sup>26</sup> Poco per volta il piccolo si rende conto che le sue iniziative ottengono degli effetti, e curioso e fiducioso, vuole esplorare avventurandosi in spazi che non conosce. Egli trae dunque la propria sicurezza non soltanto da quelle competenze che la maturazione fa emergere e che gli consentono di controllare sempre meglio la realtà, ma anche dal modo in cui gli altri gli si rivolgono, gli parlano, gli rispondono, lo toccano, lo afferrano: dal fatto che lo rassicurano, lo proteggono, che capiscono le sue esigenze, che lo incoraggino, che gli trasmettano gioia e ottimismo, che gli mostrino in quanti modi gradevoli si può entrare in relazione con gli altri e suscitare il loro interesse.

Il primo legame di attaccamento

<i>Fase</i>	<i>Età</i>	<i>Caratteristiche principali</i>
I) pre-attaccamento	0-2 mesi	Risposte sociali indiscriminate
II) attaccamento in formazione	2-7 mesi	Riconoscimento dei familiari Protesta se separato dalla figura di attaccamento
III) attaccamento rigido	7-24 mesi	Diffidenza verso gli estranei Comunicazione intenzionale
IV) attaccamento basato sulla reciprocità	Dai 24 mesi in poi	Relazione a due vie Il bambino comprende sempre meglio le esigenze degli altri.

sente di sentirsi accettati e significativi agli occhi degli altri. La *reciprocità* è fondamentale nel processo che porta il bambino a sentirsi sicuro, ad introiettare il senso di sicurezza che proviene da chi gli fornisce cura ed affetto per rendersi autonomi in tanti settori della vita.

L'accettazione di cui i neonati ed i bambini piccoli hanno bisogno è un'accettazione indipendente dal loro comportamento, è accettazione del bambino senza riserve e senza giudizio. Rogers (1961) descrive questa accettazione come "uno sguardo positivo incondizionato", un'accettazione incondizionata del bambino per quello che è senza minacce di giudizi sul suo valore.

I bambini hanno bisogno di sentirsi accettati per riuscire ad interessarsi a ciò che accade intorno a loro ed imparare.

I bambini capiscono di essere accettati attraverso le esperienze che vivono giorno per giorno, ogni volta che la mamma arriva quando lui chiama il bambino "sa" di essere accettato.

Giorno per giorno un bambino impara anche come suscitare il sorriso, come ottenere la vicinanza delle persone che alimentano il suo senso di sicurezza e di benessere.

I bambini che hanno un buon rapporto con le figure di attaccamento interiorizzano le sensazioni piacevoli ed il senso di sicurezza che hanno provato accanto a loro, diventando via via più autonomi.

I bambini che crescono in un ambiente sereno, protettivo, ma non iperprotettivo, sono incoraggiati ad esplorare il mondo, ad apprendere le abilità necessarie per fronteggiarlo ed a fare affidamento sulle proprie competenze.

"Ma una madre "sufficientemente buona" sa anche essere "sufficientemente cattiva", sa cioè fare anche attendere un po' il suo bambino lasciando un intervallo fra le sue richieste e la loro soddisfazione. Attendendo la gratificazione il piccolo ha il tempo di desiderare e di immaginare il biberon (o altro oggetto) prima che questo arrivi e di realizzare mentalmente prima e la soddisfazione poi." (A. Oliverio Ferraris)

Sono i brevi intervalli tra il desiderio e la soddisfazione che diventano per il neonato la molla per crescere, prendere l'iniziativa, diventare autonomo, sviluppare l'immaginazione.

Un buon attaccamento nei primi anni di vita dà effetti psichici *immediati*:

- uno stato di benessere generale che consente al bambino di crescere,
- gli infonde la voglia di interagire,
- il desiderio di esplorare l'ambiente per lui ancora sconosciuto,
- gli trasmette un senso generalizzato di ottimismo e di fiducia.

*A lungo termine*:

- aiuta il bambino ad osservare il mondo che lo circonda ed a prendere iniziative,
- incoraggia lo sviluppo del pensiero logico,
- facilita la socializzazione,
- promuove la formazione di una coscienza,
- aiuta a reagire agli stress, a fronteggiare le frustrazioni, i dolori, le paure,
- favorisce il raggiungimento di un giusto equilibrio tra dipendenza ed indipendenza,
- favorisce la formazione dell'identità,
- aiuta a superare più facilmente i confini,
- fornisce la certezza che si può trovare una via d'uscita,
- favorisce lo sviluppo di relazioni affettive sane negli anni a venire.

I bambini si sentono sicuri quando sentono di essere “nella mente” della loro mamma o di un'altra figura di attaccamento e se vivono un'esperienza traumatica la superano più agevolmente se possono riparare in un porto sicuro.

La sopravvivenza e lo sviluppo dei bambini dipendono in gran parte dalla capacità di ottenere che gli altri prestino loro attenzione: da questa attenzione e dalla relazione che si instaura emerge anche la possibilità di dare un senso all'esistenza.

Il calore delle relazioni primarie si installa all'interno dell'individuo che, da quel momento, è abbastanza forte per reggere le delusioni ed i momenti difficili senza lasciarsi deprimere o distruggere.

Nell'età adulta il supporto proviene sia dalla base sicura primaria incorporata nel proprio sé, sia da altri aspetti dell'ambiente esterno.

Un adulto è appagato quando si sente riconosciuto, approvato, supportato, trattato

con gentilezza dalle persone con cui vive. Il suo benessere psicologico aumenta quando si sente “parte” di un contesto per lui significativo. I legami amicali, quindi, rappresentano un fattore protettivo importante in tutti i contesti.

Zajni ritiene che ai bambini traumatizzati dalla guerra sia fondamentale insegnare che vi è sempre “un luogo” in cui possono nascondersi in quanto significa poter avere una speranza, una prospettiva per sentirsi bene.

“Ognuno di noi ha bisogno di un “luogo sicuro”, si uno spazio fisico o mentale in cui poter riparare nei momenti difficili, ma anche solo dove rilassarsi, pensare, entrare in contatto con se stesso o nascondersi. [...] Tutti i bambini hanno bisogno di sapere che c'è uno spazio in cui potersi nascondere e sentire protetti, una nicchia, una tana...tant'è che quando questi spazi fisici mancano se li inventano” (Oliviero Ferraris).

In Giappone esiste un portafortuna chiamato "**Bambola Daruma**"<sup>27</sup> ha forma ovoidale ed il corpo pesante e sferico, quando viene urtata si raddrizza sempre. Questa dovrebbe essere l'atteggiamento con cui andare incontro al cambiamento: vacillare ma non cadere.

Da diversi studi condotti (Wiseman R. 2003) il "segreto" per far questo sembra essere racchiuso in quattro tecniche:

#### 1 Cogliere le opportunità offerte dal caso

- costruire ed alimentare una solida rete relazionale
- avere un atteggiamento rilassato verso la vita
- essere aperti alle nuove esperienze

#### 2 Seguire l'istinto

- seguire le intuizioni ed i presentimenti
- darsi da fare per potenziare l'intuito

#### 3 Essere ottimisti

- convincersi che "la buona sorte" continuerà ad assisterci anche in futuro

---

<sup>27</sup> prende il nome da un monaco buddista che secondo la leggenda rimase seduto così a lungo da perdere l'uso delle gambe e delle braccia.

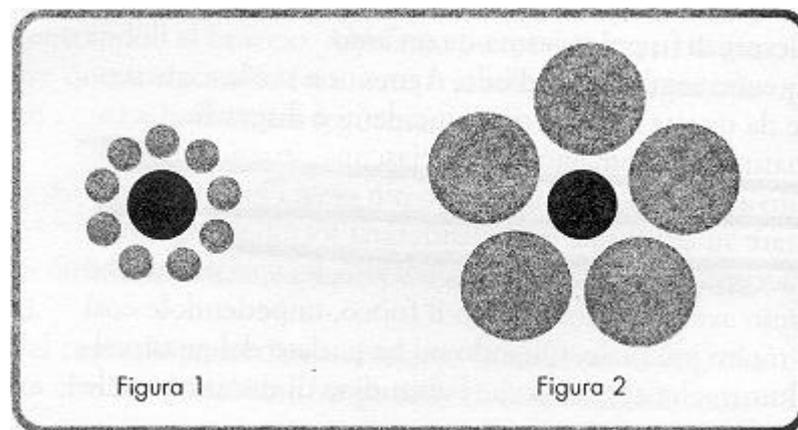
- perseverare nel raggiungimento dell'obiettivo anche se le probabilità di successo sono scarse e non arrendersi di fronte ai fallimenti
- aspettare che le interazioni con gli altri siano propizie e vantaggiose

#### 4 Trasformare la sfortuna in fortuna

- cercare il lato positivo delle situazioni
- essere convinti che le situazioni negative col tempo appariranno positive
- non rimuginare sugli eventi negativi
- apprendere dai propri errori

Queste tecniche si riflettono in due modalità di pensiero:

- Pensiero Controfattuale> la nostra capacità di immaginare quello che sarebbe potuto accadere anzichè quello che è successo davvero (Gli ottimisti guardano sempre il lato positivo delle situazioni ed immaginano che le cose sarebbero potute andare peggio. Fare questo li conforta ed alimenta l'idea di essere fortunati)
- Pensiero Comparativo> la nostra capacità di confrontarci con gli altri (gli ottimisti si confrontano anche con persone che hanno attraversato situazioni peggiori)



### **Il mondo interiore dell'altro**

La mappa mentale del paziente, secondo Erickson, è costituita da una serie di regole e schemi di comportamento che sono scesi al di sotto della soglia di coscienza vigile. Per questo motivo le convinzioni e i copioni di vita in essa contenuti non vengono verificati e aggiornati, anzi, tendono ad auto convalidarsi.

Il sintomo, quindi, "non è altro che il risultato della scelta migliore compiuta dalla persona tra le possibilità fissate a livello inconscio dalle associazioni permesse dalla mappa." (Lankton e Lankton, 1984)<sup>28</sup>

Questa mappa del mondo, come si è detto, si sviluppa in età infantile ed è perciò costituita anche da oggetti familiari introiettati e da una rete di subpersonalità con esigenze diverse e quindi spesso in contrasto fra di loro.

L'approccio migliore è quello che ha come scopo principale cambiare il quadro di riferimento percettivo e cognitivo riassociando in modo creativo le risorse del paziente.

Questi nuovi "quadri" di riferimento sono un insieme di vecchio e nuovo frutto della creatività inconscia.

La risoluzione di un trauma, di un sintomo, di una patologia, di un problema, di una nevrosi sono, quindi, è il frutto di una rielaborazione che produce una nuova serie di associazioni che permettono di integrare in modo costruttivo anche le esperienze "negative". Se invece una esperienza non viene risignificata l'informazione acquisita, completa di immagini, suoni, odori, sensazioni ed emozioni rimane come bloccata. Si crea spesso una sorta di rete mnestica poiché il trauma non rimane isolato ma si lega a una catena di altri traumi simili o con episodi minori che traggono tutta la loro carica emotiva dal trauma originale.

Spesso questa rete di associazioni può variare, non è necessario infatti che gli episodi siano simili basta un isomorfismo, così il ricordo di un incidente di auto può associarsi con un'aggressione sessuale poiché alla base vi è lo stesso tipo di cognizione:

---

<sup>28</sup> Stephen R. Lankton, Carol H. Lankton, *La risposta dall'interno*, Astrolabio, 1984 Roma, p. 56

"Sono impotente". Oppure possono essere simili le sensazioni provate o il tipo di emozione: il fallimento di un'azienda può essere legata alla stessa sensazione di disperazione provata all'abbandono da parte di un genitore.

La risoluzione del trauma può avvenire quando l'informazione disturbante, precedentemente isolata, viene messa in contatto e si lega con altre reti neurali, con le informazioni adattative e le risorse attualmente possedute.<sup>29</sup>

Da un punto di vista psicologico l'ipnosi, come più volte detto, è un fenomeno biologico, un mezzo di indagine, uno strumento terapeutico e una forma di relazione interpersonale che con la sua forza ideoplastica amplifica ogni forma di comunicazione mente-corpo, attiva risorse, potenzia l'effetto delle esperienze emozionali correttive, permette l'accesso ai meccanismi del sogno, dell'emozione e della follia, con conseguente ristrutturazione delle gerarchie cognitivo-comportamentali e con cambiamenti psicofisiologici sia spontanei che pilotati<sup>30</sup>.

L'esperienza ipnotica è molto individuale, mantiene un carattere inesplicabile e affascinante ed è straordinariamente importante e riabilitante rispetto a qualsiasi ingiunzione o suggerimento (Erickson 1944) in quanto ciò che si sviluppa in trance deriva dalle attività del soggetto ipnotico e non dalle suggestioni ricevute perché l'ipnotista non può controllare né la trance né i fenomeni ipnotici. (Erickson 1962 e 1967).

Nell'ipnosi il processo terapeutico deriva interamente da una riorganizzazione interna che solo il paziente può portare a termine in un ambiente favorevole (Erickson 1948).

Come più volte si è detto l'ipnosi è una particolare condizione psicosomatica in cui esiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno, "Può presentare alcune affinità con stati meditativi, in particolare per l'attenzione focalizzata, il

---

<sup>29</sup> Jay Haley, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, p. 865

<sup>30</sup> M. Tosello in Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006 pp22-25

pensiero dominato dal processo primario e la ricettività dell'io (Fromm, 1977-79). Questo stato psicofisico è dinamico ed è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immaginativo-emotive rispetto a quelle critico-intellettive, dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici” (Antonelli C.)

La comunicazione ipnotica, quindi, può raggiungere le istanze più intime di una persona, superando sovrastrutture e blocchi, per facilitare il recupero di un equilibrio soddisfacente e parallelamente il sollievo dalla sofferenza.

Il nostro psichismo dispone di una energia vitale complessiva da cui originano le cariche psicodinamiche che esplicano una azione.

Le parole, le idee, le immagini, le emozioni, man mano che entrano a far parte del vissuto e quindi dell'esperienza della persona, provocano una eccitazione psichica ed acquisiscono una carica psicodinamica che ne ricalca il significato. Tale carica può essere utilizzata, usando come stimolo suggestivo proprio la parola o l'immagine o l'emozione, che l'hanno realizzata. L'idea di benessere utilizza l'energia insita in essa per realizzare la sensazione di benessere. L'idea di paura utilizza la sua energia per realizzare una sindrome fobica. L'idea di levitazione e di trascinamento di un braccio in alto determina il suo alleggerimento e sollevamento verso l'alto. E così può dirsi per ciascuna altra idea o immagine o parola. Nel momento in cui una persona richiama alla sua mente una idea e la mantiene per un po' di tempo, questa idea realizza il suo contenuto (ideoplasia). È una legge dell'interazione mente-corpo: trasformare in azione le cariche contenute nelle idee.

Le parole, le idee, le immagini richiamano e mobilitano nel cervello psichico le energie che ricalcano, le quali, a loro volta, danno origine ad eventi a catena per evidenziare un'azione a livello periferico.<sup>31</sup>

### **Gli aspetti antropologici dell'ipnosi<sup>32</sup>**

---

<sup>31</sup> Antonelli C. opera cit.

Ad ogni induzione l'ipnotista resta stupefatto non meno dell'ipnotizzato dalla facilità e dalla rapidità con cui è possibile ottenere quel particolare stato di coscienza tipico della trance ipnotica.

Casiglia ritiene che la coscienza soggettiva sia un fenomeno intermittente che appare continuo in quanto per la maggior parte del tempo non siamo coscienti o lo siamo solo in modo parziale.

Vi fu un tempo nel quale gli esponenti del genere Homo non avevano volizione e semplicemente agivano sulla base istintiva come ancora accade agli animali. Solo successivamente si sviluppò, molto lentamente, un inconscio che produceva una vita interiore ricca e che faceva agire in risposta a comandi che si esprimevano attraverso voci, delle quali ovviamente non erano consapevoli e che erano presumibilmente simili alle voci udite ancora oggi in situazioni di stress dagli schizofrenici e da molte persone normali, ma per gli uomini primitivi esse avevano valore di comandi neurologici per cui udirle ed obbedire era immediato.

Jaynes ritiene che queste voci originassero dall'emisfero destro e venissero sentite, inconsciamente, dal sinistro in una condizione che chiameremo *bicamerale*. Solo molto più tardi, con il venir meno della netta suddivisione fra emisfero destro e sinistro, le voci bicamerale smisero di parlare acquisendo una funzione nuova in cui la parte soggetta del cervello e quella direttiva si uniscono per dar vita alla funzione *soggettiva* che noi chiamiamo coscienza.

I due emisferi, quindi, sono in grado di funzionare come due persone diverse, persone che nel periodo bicamerale erano rispettivamente l'individuo ed i suoi dèi.

Ecco perché le voci, il linguaggio, le metafore mantengono ancora oggi una valenza speciale.

Nell'ipnosi l'operatore assume momentaneamente la funzione delle voci degli dèi annullando temporaneamente la funzione-coscienza che ad essa si è sovrapposta ne-

---

<sup>32</sup> Tratto da Casiglia E. in Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006

gli ultimi tremila anni e permette all'uomo di tornare soggetto rinunciando per un po' ad essere soggettivo<sup>33</sup>.

Studi di imaging funzionale dimostrano che nell'ipnosi si attivano aree dell'emisfero destro corrispondenti a quelle che nell'emisfero sinistro producono la percezione di voci ed il senso del numinoso è per questo che “i comandi dell'ipnotista divengono irresistibili ed accettati in modo acritico proprio come dovevano esserlo i comandi delle voci inconscie bicamerali e come ancora sono in certi casi le voci degli schizofrenici moderni.” (Casiglia)<sup>34</sup>

“L'unico modo di esistere è attraverso la consapevolezza, la forma narrativa che diamo al nostro esistere attraverso l'azione, parliamo di ciò che facciamo e facciamo ciò di cui parliamo. Forse è tutto qui, e lo sarebbe in fondo se non ci fossero le emozioni, parliamo di ciò che abbiamo fatto e ci emozioniamo, pensiamo a ciò che faremo e ci emozioniamo, non sempre e non solo naturalmente, ma siamo in continua attesa del piacere di ritrovarci nella nostra consapevolezza emotiva per come è bello esistere, o come è importante, o più semplicemente per esser protagonisti del nostro vivere e raccontare la vita.” (Marco Chisotti<sup>35</sup>)

La forza delle parole sta nel fatto che dentro la nostra testa non ci stanno che parole, dunque idee, noi siamo fatti attraverso le parole che ci descrivono, ci danno consapevolezza, consistenza, identità.

Secondo i presupposti del costruttivismo la realtà non va considerata come un qualcosa di oggettivo, indipendente dal soggetto che ne fa esperienza, poiché è il soggetto stesso che la crea, partecipando in maniera attiva alla sua costruzione.

In base a tale prospettiva si hanno le seguenti conseguenze:

---

<sup>33</sup> Una collega che ha letto questo lavoro ha condiviso con me uno “spunto di riflessione” che ritengo estremamente interessante e che inserisco con le stesse parole scritte da lei: “uno spunto di riflessione che ho voglia di condividere con te, ma non da inserire nella tesi: ieri mentre passeggiavo sul lungo mare ho sentito una bimba di circa 2 aa che andava sul triciclo e tornando un po' indietro dalla mamma le diceva “mamma ho sentito la voce nella mia testa che diceva –fermati a guardare il mare che sta luccicando-fermati mamma guarda, ha ragione la voce...” vorrà dire che da piccoli i nostri pensieri vengono percepiti come voci al di fuori di noi? Che tipo di consapevolezza abbiamo a quell'età e possiamo, in ipnosi regressiva, ritrovare quel tipo di coscienza silenziata durante la crescita?” Quali vantaggi ci porterebbe? Sicuramente una maggiore fiducia in se stessi perché andremmo a recuperare la parte “magica” infantile in cui “TUTTO È POSSIBILE”, a due anni il bambino non percepisce limiti, guarda il mondo con occhi **puri e onnipotenti**.

<sup>34</sup> Casiglia E. in Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006 pp. 32-41

1. Le leggi di natura non vengono scoperte bensì inventate.
2. Non è possibile una distinzione netta tra colui che osserva e l'oggetto osservato, poiché si definiscono come tali attraverso la reciproca interazione.
3. Ciò che si definisce conoscenza non può essere considerata una "rappresentazione" del mondo esterno ricavata dal mondo reale, ma è una costruzione fatta dal soggetto con materiali presi al proprio interno.
4. La cognizione non è un mezzo per conoscere la realtà oggettiva, ma serve all'organismo per adattarsi all'ambiente.
5. Ciò che viene osservato non sono cose, proprietà o relazioni di un mondo che esiste indipendentemente dall'osservatore, bensì delle distinzioni effettuate dall'osservatore stesso, in seguito alla propria attività nell'ambiente.
6. La sensazione non è la rilevazione impersonale di un dato, come quella derivante dalla lettura di uno strumento, quanto piuttosto un fenomeno che coinvolge profondamente il soggetto.

Il sapere non esiste indipendentemente dal soggetto che conosce, dunque imparare non significa apprendere la "verità" o la vera natura delle cose, possedere cioè una fotografia oggettiva o rappresentazione del mondo.

È una soggettiva costruzione di significato che ci permette di dare un senso alla realtà, a partire da una complessa rielaborazione interna di sensazioni, conoscenze, credenze, emozioni che non hanno in sé ordine o struttura, sulla quale orientiamo la nostra attenzione. Questo processo trova la sua cornice, ed al contempo il suo sfondo, nel linguaggio culturalmente, socialmente e storicamente determinato.

Non osserviamo "cose", ma definiamo proprietà e relazioni che sono costruite a partire dalla nostra azione organizzante e questa conoscenza, che è bio-psico-socio-culturale ci serve per adattarci all'ambiente.

---

<sup>35</sup> Marco Chisotti *Post* <http://www.chisotti.com>

L'idea di verità viene, quindi, sostituita dal concetto di adattamento funzionale secondo il quale i concetti, costruiti a partire dalle regolarità che si incontrano nell'esperienza, hanno prima di tutto una funzione predittiva e sono strumentali all'azione

Comprendiamo il mondo attraverso la costruzione di concetti e categorie che lo organizzano, in parte li adattiamo per renderli compatibili con quelli degli altri, in parte li cambiamo per adattarli alle nostre personali aspettative, in questa complessa operazione veniamo guidati, condizionati, limitati dagli strumenti culturali che abbiamo a disposizione.

Quindi noi viviamo nell'idea del mondo e della realtà e quest'idea è maturata da un lavoro costruttivo che fin da bambini ci ha coinvolti, i costrutti<sup>36</sup> personali hanno delineato per noi il senso della vita.

Allo stesso modo non conosciamo mai completamente le altre persone perchè anche in questo caso ne costruiamo modelli interpretativi, che restano probabilistiche previsioni di comportamenti.

“Noi ci aspettiamo ed aspettiamo gli altri, ci confrontiamo e ci confondiamo con loro, nel narrarci esistiamo ma anche deduciamo ed ipotizziamo, poi torniamo a domandarci dove stanno i confini della realtà, e questi non son chiari, non son semplici, ci chiedono impegno, rimangono nel frutto delle nostre convenevoli approssimazioni in relazione con le quali ci troviamo a vivere, dove ha molto più peso il senso comune condiviso di qualunque scienza o conoscenza. (M. Chisotti)

## **Un'altra “realtà” possibile?**

---

<sup>36</sup> Per comprendere il concetto di costrutto riporto direttamente un pensiero di George Alexander Kelly padre della teoria dei costrutti personali: “Un costrutto, come la stessa radice semantica lascia intuire, è l'unità elementare di discriminazione attraverso la quale si attua il processo di costruzione. È una dimensione di senso, "un asse di riferimento, un criterio fondamentale di valutazione" che può essere "esplicitamente formulato o implicitamente agito, verbalmente espresso o totalmente inarticolato, intellettivamente ragionato o vegetativamente sentito ma che, in ogni caso, permette di riconoscere due cose come simili e, allo stesso tempo, differenti da una terza. I costrutti sono le chiavi di lettura che rendono il mondo intelligibile: se non disponessimo di tali criteri di discriminazione, il fluire degli eventi ci apparirebbe indifferenziato e di conseguenza privo di significato”.

Una notte del 1900 Matthias Alexander, capocomico di una famosa troupe di attori in tournée a Londra, a fine recita scoprì con orrore di aver perso la voce. La sera successiva era previsto un altro spettacolo e nessuno avrebbe potuto sostituirlo. Si fermò in camerino per osservare con uno specchietto il cavo orale, cercando in vano di individuare i muscoli fonatori in sciopero e fare qualcosa. Al mattino gli era tornata la voce e la sera la recita ci fu regolarmente.

Ai giornalisti che lo intervistarono raccontò l'avventura della notte precedente e le sue deduzioni: "...è possibile prendere coscienza di un cattivo uso del corpo e sostituirlo con modalità più adeguate" la notizia fu diffusa e fece scalpore. Elsa Ginder, insegnante tedesca di ginnastica, era stata ricoverata con due caverne in un polmone (disturbo allora senza terapia farmacologica) fu colpita dalle deduzioni dell'attore e provò ad osservare le sue sensazioni interne, controllando il respiro; dopo sei mesi venne rinviaa a casa guarita. Riaprì la sua palestra e divulgò la scoperta: "...più si è consapevoli delle sensazioni interne, meglio si funziona. Dirigere l'attenzione su una parte del corpo significa influenzarla." questa è ideoplasia. La consapevolezza è energia.

In noi, quindi, c'è una parte che opera per noi anche se non sempre ce ne rendiamo conto. Quella parte si chiama MENTE INCONSCIA e l'ipnosi è uno strumento che dialoga direttamente con essa. L'inconscio ha anche la funzione di imparare. Quando una persona compie delle azioni come il guidare, dopo un certo numero di volte tutte quelle serie complicate di informazioni che compie il cervello tipo stare attenti a premere l'acceleratore, frenate, sterzare ecc.. vengono registrate in una parte profonda di noi tanto da essere poi recuperate senza l'intervento della nostra parte logica.

Nella condizione di trance ipnotica l'individuo ascolta il corpo, ascolta lo spirito, ascolta le informazioni fornite dal subconscio, riceve le informazioni dall'ipnotista, che funge come aiuto per il raggiungimento degli scopi prefissi.

La mente umana ha facoltà e capacità straordinarie, con l'ipnosi un individuo riesce ad acquisire quelle facoltà e capacità che necessitano per il raggiungimento dei propri obiettivi, con l'ipnosi un individuo riesce ad ottenere quel maggiore controllo su

se stesso che gli permette di poter essere l' artefice dei suoi cambiamenti, mettendo nei ricordi il tempo in cui le emozioni e comportamenti limitanti erano in balia del puro caso.

## **L'ipnosi nella psicoterapia**

Heidegger sosteneva che per esercitare la psichiatria clinica bisogna avere un supplemento di anima, a rinforzare questa tesi Green riteneva che senza la dimensione dell'affetto e la condivisione delle emozioni, l'empatia, l'analisi è un'impresa sterile e vana.

L'analista deve saper “*sopportare*” il caos del paziente per potergli permettere di emergere costruendosi uno spazio interno ordinato senza il quale nessuna vita sociale è possibile.

L'analisi personale, quindi, è fondamentale in quanto un terapeuta è più competente ed efficace quando affronta una sofferenza che egli stesso ha incontrato ed, almeno in parte, superato con l'aiuto di un altro esperto. L'analisi personale equivale alla discesa negli inferi delle passate malattie e sofferenze, superate con la risalita che evidenzia l'esperienza e dà potere e carisma.

Il terapeuta durante l'analisi personale scende con una guida nella propria storia, incontra i suoi spiriti maligni, li ridimensiona e rivaluta, ne esce più forte e ricco dentro, divenendo più capace di empatia ed entusiasmo<sup>37</sup>.

Tosello ritiene, a ragione, che noi terapeuti siamo dei pazzi solo un po' più consapevoli e più o meno guariti, che nella seduta continuiamo la nostra terapia personale, capaci di convivere e far convivere con la sofferenza della malattia, il nostro problema è poter entrare ed uscire dalla “*folia*” per incontrare un altro “*folle*” inesperto ed insieme uscirne cresciuti.

La nostra pazzia è matura ed interessante perché capace di farsi carico della duplicità del mondo, della polarità dei suoi valori e delle sue verità, la nostra forza è

---

<sup>37</sup> Tosello M. in Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006 pp.93-94

l'ideoplasia, cura e danno, il paziente ha provato ad usarla, la conosce, ma ne ha ricavato un danno in quanto la sua nevrosi è un tentativo fallito di auto guarigione.

Il terapeuta, reso forte ed esperto dai suoi precedenti smarrimenti, può ora entrare ed uscire dalla follia per affrontare l'inquietante, l'estraneo, il non familiare, senza lasciarsi sopraffare dal panico, cercando insieme al paziente quel filo di Arianna che riporta nel mondo, impedendogli di rimanere prigioniero delle sue ideoplasie che come specchi illusori gli rimandano immagini dolorose, aiutandolo a fabbricare altre metafore che danno libertà.

La follia del terapeuta è terapeutica perché la condivisione delle emozioni è un atto terapeutico, queste emozioni verranno colte e comprese dal terapeuta in quanto ne suscitano di simili nella sua mente, nella misura in cui egli avvertirà di averle sperimentate, "di conoscere l'affanno del tentare di vivere in modo appagante e non riuscirvi mai del tutto, di essere null'altro se non un fantasma o vana ombra" (Tosello)

Essere un po' pazzo significa esser capaci di dare spazio in sé al bambino interno, al genitore, al portatore della legge, all'adulto ex-malato-guarito che ha imparato ad elaborare la sofferenza ed il lutto scegliendo tra soluzioni diverse<sup>38</sup>.

"Prescrivendo se stesso il terapeuta può dare un senso al mal di vivere, che può diventare un varco di passaggio ad una vita più piena; può restituire al paziente la libertà di accettare il rischio di vivere, di amare, di esplorare nuovi percorsi, di affrontare l'ignoto; può indurre ad adottare quell'atteggiamento positivo verso la vita (l'ottimismo) che l'evoluzione ha selezionato come vincente per la psiche umana, che porta ad avere fiducia realistica in sé, nel prossimo, nel futuro." (Tosello)

Se io come terapeuta non sono in grado di accettare il rischio di vivere come possono accettarlo le persone che vengono da me? Trasmetterò loro i miei dubbi attraverso tutti i canali, verbali e non, proprio come dimostrano gli studi precedentemente citati in queste pagine. Le mie parole non saranno allora credibili perché celeranno quel "senso di inaffidabile" che spaventerebbe chiunque, noi compresi.

---

<sup>38</sup> Tosello M. in Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006 pp.105-108

Terapeuta può essere, quindi, soltanto colui che attraverso un progressivo riequilibrio del proprio essere, raggiunge consapevolezza tale da poter essere d'aiuto agli altri, questo secondo Tirone è quello che costringe il terapeuta ad essere testimone del Vero in quanto si può essere terapeuti degli altri solo dopo esser stati terapeuti di se stessi perchè solo così si ha del Vero da offrire al sofferente che è tale in quanto si è perduto nei paesaggi della propria anima.

“...Il suo compito diventa esser educatore di libertà [...] veicolando le sottili energie che favoriranno un adeguato atteggiamento interiore, nella comprensione dello squilibrio in lui presente allo scopo di individuare e demolire quelle forme pensate, quelle idee distorte, quel sentire disarmonico, che danno avvio al soffrire” (Tirone)

Il terapeuta così orientato diviene il mediatore tra il visibile del corpo e l'invisibile dell'anima, consapevole che la cura per sé e per il paziente è il saper discernere il bene dal male, cioè ciò che produce libertà e gioia senza ledere e ciò che produce sofferenza e disgregazione.

Quando si pone in relazione al paziente, quindi, deve poter riconoscere in sé ciò che il paziente gli trasmette, ricordando che siamo tutti accomunati dalle prove dell'esistere che vanno intese come affermazione dei Valori Veri iscritti nell'intimo di ciascuno di noi.

E' l'orientamento al raggiungimento della Liberazione e della Gioia che ci accomuna facendoci vivere gli stessi timori, dubbi, dolori, inquietudini e conflitti, anche se essi assumono forma e caratteristiche differenti.

Il terapeuta deve fornire chiavi di lettura, ponendosi come educatore di Libertà ne consegue che egli stesso deve essere libero dalla necessità di creare dipendenze, deve essere disinteressato e sinceramente trasparente nell'intenzione e nell'azione, libero da ogni giudizio.

Deve riconoscere il proprio inferno e avere il coraggio di denunciarlo per superarlo, solo così si può essere testimoni coerenti, divenendo trasparenti con se stessi nel proprio vivere quotidiano per poter donare trasparenza nella sua rispondenza di sen-

timenti nel percorso terapeutico<sup>39</sup>.

Un terapeuta, quindi, potrà definirsi tale solo quando avrà conosciuto, compreso, affrontato e superato i propri disequilibri e sarà in grado di comprendere che la malattia dell'altro è solo un "errore di percorso" al pari di quelli che ha fatto e fa ancora lui.

Siamo come un cieco che si muove in una stanza a tentoni e solo inciampando e tastando il terreno cerca di arrivare dall'altra parte. La realtà della stanza si manifesta solo quando inciampiamo e ci scontriamo con un ostacolo. Solo quando le nostre illusioni falliscono qualcosa si manifesta e si nasconde al tempo stesso ma forse l'unica verità che possiamo scoprire è la verità della nostra illusione.<sup>40</sup>

### **Medicina, ipnosi e psicoterapia.**

L'esito di un trattamento precedente crea una aspettativa positiva e consente di attingere a una risposta già appresa dall'organismo<sup>41</sup>.

L'effetto suggestione può essere riassunto in "una aspettativa di risposta": il passato influenza la risposta presente creando una rappresentazione futura, una sorta di profezia che si ritiene reale e che produce un effetto sul presente.

La magia delle parole dell'ipnotista è quella particolare capacità di utilizzare la capacità della mente umana di trasformare le idee in atti. Il soggetto deve sapere che sta ricevendo una sostanza o qualsiasi altra cosa che viene classificata come curativa

---

<sup>39</sup> Tirone G. in Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa, 2006 pp.95-104

<sup>40</sup> Giorgio Dobrilla "Placebo e dintorni" Il Pensiero Scientifico Editore pag. 23

<sup>41</sup> La sequenza è: corteccia cerebrale → ipotalamo (area del cervello più antica sottostante la corteccia e dove viene attivato il sistema nervoso autonomo) → ipofisi e surrene che producono ormoni → risposta immunitaria, accade infatti che i soggetti condizionati all'uso di un analgesico rispondano a un finto analgesico con la produzione di reali endorfine

altrimenti non si crea l'aspettativa di risposta e quindi la profezia autodeterminante:<sup>42</sup>.

Predittiva dell'effetto è la cosiddetta *compliance* (aderenza nei confronti delle direttive del medico) che risulta essere indice di una buona relazione tra il medico e il paziente

Altrettanto importante è la credenza da parte del medico. Se il medico non crede nell'effetto delle sue cure, non potrà fare a meno di comunicare la sua credenza attraverso il suo linguaggio non-verbale e tale convinzione sarà recepita a livello inconscio o pre-conscio dal paziente<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Giorgio Dobrilla, ibid pag 82

<sup>43</sup> A questo proposito cito un esperimento tratto dal libro "Placebo e dintorni" di Giorgio Dobrilla riguardo a pazienti schizofrenici di un reparto psichiatrico:

"i medici parlano tra loro e poi conversando con le infermiere comunicano che hanno deciso di cambiare terapia all'insaputa dei pazienti: gli schizofrenici da quel giorno riceveranno, invece che la clorpromazina, un farmaco-placebo. Nella settimana successiva, senza che nessuna informazione sia apparentemente filtrata dallo staff paramedico ai pazienti, i disturbi comportamentali risultano raddoppiati e ciò non meraviglia data l'avvenuta sospensione dello psicofarmaco. A questo punto, i medici decidono di sostituire il placebo e di ritornare alla clorpromazina, senza avvertire le infermiere. Risultato? Nei giorni successivi non viene registrata alcuna variazione di comportamento"

(Vedi "Placebo e dintorni". Giorgio Dobrilla. Il Pensiero Scientifico Editore – pag 60)

A proposito delle reazioni a livello non verbale e di quanto queste siano importanti altri esempi:

"Un bambino autistico siede davanti a una macchina per scrivere o alla tastiera di un computer. Accanto a lui c'è un terapeuta, in genere una donna, che viene chiamato 'facilitatore'. Il terapeuta pone al bambino una domanda, quindi gli stringe la mano, il polso o il gomito – mentre il bambino allunga il dito indice e comincia a digitare. Questo metodo si basa sulla convinzione che il bambino riesca a comunicare i propri pensieri scrivendo sulla tastiera. Poiché però non dispone della coordinazione muscolare necessaria per trovare i tasti giusti, il facilitatore lo assiste in questa operazione aiutandolo a individuare i tasti che è certo il bambino intende premere...I bambini arrivavano addirittura a formulare per iscritto intere frasi dotate di senso logico...Erano completamente all'oscuro della forza del cosiddetto 'effetto ouija' o ideomotore. Sia pure in modo del tutto inconsapevole, guidavano il dito del bambino verso i tasti che immaginava stesse cercando. In parole povere, erano loro stessi, non i pazienti a scrivere. Come prevedibile, visto che è difficile guidare con precisione un dito verso un determinato tasto, i messaggi dei bambini pullulano di errori ortografici.... NON SNO A UTISTIBVCO QUANO SCRIV "

"In uno dei primi test eseguiti a tale scopo il bambino e il facilitatore indossavano delle cuffie. Se una domanda veniva udita da entrambi, il bambino digitava una risposta ragionevole. Ma nel caso in cui era solo il bambino a sentire la domanda, mentre il facilitatore ascoltava della musica, la risposta del bambino non aveva alcuna attinenza con la domanda.... Un'immagine veniva mostrata sia al bambino che al facilitatore. Il bambino digitava con precisione il nome dell'oggetto da riconoscere quando era aiutato dal terapeuta. In seguito lo sperimentatore mostrava un'immagine al facilitatore, ma questa volta, nel girare la cartellina in modo che solo il bambino potesse vedere l'immagine, copriva di nascosto la prima immagine, esponendone una diversa... il bambino non scriveva il nome dell'immagine che aveva visto, bensì il nome di quella che era stata mostrata al facilitatore

Nel 1992 un gruppo di facilitatori si convinsero che alcuni pazienti fossero dotati di poteri psichici. Per esempio, mentre questi bambini digitavano sulla tastiera il terapeuta teneva loro la mano, le frasi che componevano rivelavano spesso ciò che il facilitatore stava pensando.... Mostravano a un bambino una immagine, per esempio un elefante. Ed ecco che un altro bambino, in una stanza distante, digitava la parola 'elefante' quando gli veniva chiesto cosa avesse visto il suo compagno. Naturalmente entrambi i facilitatori coinvolti nell'esperimento sapevano che l'oggetto da riconoscere era un elefante...

I primi studi a supporto dell'esistenza di un "sistema specchio" nell'uomo possono essere considerati quelli di Gastaut H. e Bert nella prima metà degli anni cinquanta che analizzavano le modificazioni elettroencefalografiche durante una presentazione cinematografica, successivamente confermati da Cochin attraverso lavori sulla percezione del movimento con analisi spettrale elettroencefalografica.

Le ricerche neurofisiologiche che hanno portato all'identificazione dei neuroni specchio iniziano però negli anni novanta, con una osservazione quasi casuale sui macachi fatte dai ricercatori dell'Università di Parma diretti dal prof. Giacomo Rizzolatti.

Registrando l'attività di singoli neuroni nella corteccia premotoria del macaco, venne osservato che molte cellule di quest'area si attivavano non solo quando l'animale esegue una determinata azione ma anche quando vede lo sperimentatore (o un'altra scimmia) compierla.

La scoperta dei neuroni specchio nella scimmia ha stimolato la ricerca di un meccanismo analogo nell'uomo. Sono stati così identificati anche nel cervello umano questi neuroni, dotati di una gamma di funzioni ancora più ricca e diversificata.

---

Esperimento con Randi: Mescolava un gruppo di carte con immagini differenti, scegliendone una a caso. A un facilitatore veniva chiesto di uscire dalla stanza, mentre Randi mostrava l'immagine al paziente e alle persone presenti. Quando il facilitatore rientrava, prendeva il bambino per mano e gli chiedeva di scrivere il nome dell'immagine che aveva visto, il bambino digitava solo nomi errati.

(Tratto da Gardner M. *Scienza, imposture e abbagli* Hoepli)

Nei primi del 900 raggiunse fama mondiale il cavallo Hans. Sapeva fare le quattro operazioni aritmetiche.

Leggere: se si ponevano una serie di parole scritte davanti a lui, batteva lo zoccolo su quella pronunciata. Alla domanda  $15 + 18$  batteva lo zoccolo per 33 volte a terra.

Alle domande che richiedevano un sì o un no muoveva il capo verticalmente o orizzontalmente.

Nel 1904 lo psicologo Oskar Pfungst, studiò Hans.

Gli venne mostrato un numero scritto del quale lo sperimentatore poteva essere o no a conoscenza.

Nel primo caso rispondeva correttamente nel 98% dei casi, nel secondo caso nell'8%.

Oppure c'erano due sperimentatori. Uno sussurrava un numero in un orecchio e l'altro nell'altro orecchio e poi gli veniva chiesto di sommare. La risposta era corretta solo se entrambi erano a conoscenza dei numeri sussurrati. Pfungst riuscì a ottenere risposte corrette anche senza formulare la domanda. Se però non poteva vedere la persona rispondeva a caso o non rispondeva affatto. Alla fine Pfungst si rese conto dei cenni minimi della testa da parte di chi poneva la domanda. Dopo aver posto la domanda la persona spostava la testa e il tronco in avanti e quando arrivava al numero corretto faceva un leggero movimento indietro. Imparando quali erano i segnali involontari Pfungst riuscì a controllarli volontariamente e a guidare la risposta del cavallo facendolo sbagliare.

Poi allenandosi raggiunse anche tale abilità chiedeva al soggetto per esempio, di immaginare un numero e poi cominciava a battere la mano, riuscendo ad arrestare i battiti raggiunto il numero pensato dal soggetto.

(Tratto da Rampin M. *Ipnosi: realtà o fantasia?* Quaderno 8 del CICAP)

Il sistema specchio umano è molto più complesso rispetto al modello animale ed è maggiormente esteso. Codifica atti motori transitivi e intransitivi, codifica la sequenza dei movimenti che compongono l'atto, si attiva anche quando l'azione è mimata e coinvolge molteplici regioni cerebrali, incluse le aree del linguaggio, e sembra intervenire, oltre che nella comprensione delle azioni e delle emozioni altrui, anche nella capacità di apprendimento per imitazione. L'apprendimento comporta l'osservazione, la codifica dei gesti con il sistema specchio e poi una complessa rielaborazione, ancora sconosciuta, da parte del lobo frontale.

Nell'animale i neuroni specchio potrebbero permettere di capire cosa fanno gli altri individui senza un complesso processo cognitivo, ma semplicemente attraverso l'incontro tra azione osservata e azione codificata. Quando si attivano passivamente segnalano all'organismo la stessa azione di quando la compiono permettendo così all'osservatore di ottenere un'esperienza analoga a quella dell'attore dell'azione.

Nell'uomo possono aiutare a comprendere le basi neuronali dell'empatia, dell'altruismo, dell'apprendimento, della comprensione dell'intenzionalità, della comunicazione e dello sviluppo del linguaggio, ponendosi come collegamento fra scienze biologiche e psicologiche, tra filosofia, sociologia, pedagogia e antropologia.

Gallese, Rizzolatti ed al. hanno proposto una teoria in base al quale questa abilità, presente nella nostra specie e in misura diversa in altri primati, assolverebbe ad una funzione critica per la sopravvivenza dell'individuo e il suo successo in situazioni sociali complesse. Il meccanismo fondamentale che consente di afferrare l'esperienza mentale dell'altro, non è un ragionamento concettuale mediato da una riflessione esplicita, ma una simulazione interna che riproduce attraverso il sistema specchio gli eventi osservati, in altre parole la capacità cerebrale di unire direttamente l'esperienza di questi fenomeni in prima e terza persona.

L'azione osservata o il suono prodotto dalla stessa non sono le uniche condizioni in grado di avviare l'attivazione del sistema specchio nell'uomo, ma anche l'ascolto di frasi correlate ad azioni.

Uno studio del 2005 di Buccino, Riggio ed al. con stimolazione magnetica transcranica e indagini complementari comportamentali, evidenzia chiaramente la presenza di una modulazione dell'attività del sistema motorio durante l'ascolto di frasi contenenti azioni eseguite con piedi e gambe o con mani e braccia.

L'ascolto di frasi a contenuto astratto (amava la moglie, amava la patria, gradiva la mela) portava a risultati simili a quelli ottenuti dall'ascolto di azioni riguardanti un effetto diverso da quello rappresentato nell'area stimolata.

Questi studi confermano che il sistema di neuroni specchio non è implicato solo nella comprensione dell'azione presentata visivamente, ma anche nella codificazione di una presentazione acustica, di frasi correlate ad una azione.

### **Il dono che riceviamo dai neuroni specchio<sup>44</sup>**

Specifiche aree del nostro cervello, quindi, si mettono in moto semplicemente grazie all'osservazione di un'attività in quanto il nostro cervello è capace di memorizzare una sequenza di movimenti anche se non ne abbiamo fatto esperienza. Grazie a questa registrazione dei ricordi è possibile, in un secondo momento, compiere una sequenza di movimenti senza esser stati addestrati in precedenza a farli.

All'origine di questo sorprendente fenomeno ci sono i “neuroni specchio”, questi neuroni entrano in azione automaticamente anche solo osservando il modo in cui un'altra persona compie un'azione. Essi ci garantiscono una sorta di memoria interiore delle azioni anche se a compierle sono altri.

Se vogliamo migliorare le nostre capacità è sufficiente osservare un'altra persona ed inserire queste conoscenze nel bagaglio delle nostre esperienze. I neuroni specchi ci aiutano a fare progressi in modo eccezionalmente rapido. Tali passi avanti devono

---

<sup>44</sup> Franckh P. *La legge dell'amore*, Sonzogno, Milano, 2009

necessariamente tradursi in azioni. I neuroni sono infatti, per così dire, i “primi passi”.

Quando osserviamo qualcosa può capitare di dimenticarci di essere dei semplici osservatori, da tanto siamo coinvolti. In maniera del tutto inconsapevole veniamo accolti nella realtà che stiamo osservando come se fossimo noi stessi a viverla.

I neuroni specchio ci danno dunque la possibilità di sostituirci ad altre persone, sono queste cellule a fare in modo che si riduca la distanza fra noi e le altre persone, avvertiamo compassione, disgusto, ma anche gioia profonda. Se partecipiamo emotivamente agli eventi che osserviamo li faremo nostri e li conserveremo nella memoria.

Sono i neuroni specchio gli artefici del training mentale degli atleti, con largo anticipo rispetto alla data della competizione gli atleti affrontano mentalmente tutte le sequenze di movimenti necessari alla gara fino a farli diventare quasi una seconda natura. Grazie ai neuroni specchio i movimenti in gara saranno immediatamente recepiti e messi in atto dal cervello. E' come se si disponesse di più esperienza, di maggiori capacità di reazione e di riflessi più rapidi. Ogni singola cellula è preparata alla sfida in anticipo e può richiamarla a sé in qualsiasi momento trasformando in azione fino al cento per cento dell'azione programmata mentalmente.

Concentrandosi sull'obiettivo che si intende raggiungere la gioia dell'attesa diventa così intenda da rendere tutti i passi intermedi piccoli ed insignificanti, facendo sentire in comunione con l'obiettivo da raggiungere e con la gioia dell'averlo raggiunto.

Immaginando quello che succederà si diviene pronti a riceverlo quando se ne presenterà l'occasione. I neuroni specchio ci aiutano ad imitare interiormente quello che sentiamo o vediamo, fino a renderla anche la nostra realtà.

“...simula con te stesso che quello che tanto desideri si sia già realizzato: identificati con coloro che ce l'hanno fatta. [...] diventa un'unica cosa con la loro storia. [...] i presunti impedimenti sono ostacoli che ci spingono solo a compiere salti più alti.” (P. Franckh 2009)

### **Ci si può curare con la forza del pensiero?**<sup>45</sup>

Il ruolo che la mente può avere sul corpo è stato negli ultimi anni al centro degli studi della medicina alternativa. Uno dei tanti esempi è la pratica di usare strumenti di *biofeedback* per combattere l'emicrania: collegando il paziente a dei sensori, che monitorano diverse funzioni corporali, nel momento in cui si rilassa vedrà in tempo reale sul monitor i cambiamenti che avvengono nel suo corpo con l'obiettivo di stimolare un approccio consapevole che porti al controllo dei propri pensieri. In questo modo il paziente impara che con la forza dei suoi pensieri può influenzare i propri processi fisici.

La giusta disposizione d'animo può essere d'aiuto.

Dobbiamo manifestare fiducia nei confronti del nostro corpo, proteggendoci con pensieri positivi per allontanare quelli negativi inviati al corpo fino a quel momento, riuscendo così a guarire rapidamente continuando ad irrorare il corpo di energia fresca, potente e rigenerante. Immaginarsi sano e facendo la cosa che rende più felice è un modo per aumentare in modo esponenziale la forza dei propri pensieri

Glen Rein e Rollin Mc Craty dell'HeartMath Institute hanno svolto, fra il 1992 e il 1995, una serie di esperimenti per valutare gli effetti che le emozioni più profonde possono avere sul nostro patrimonio genetico.

Del DNA umano isolato e messo in provetta venne posto in contatto con emozioni forti e piene di energia. Per farlo le persone sottoposte al test si sono prestate ad una serie di tecniche emotive e spirituali come il rilassamento, lo sviluppo di pensieri positivi e la concentrazione sulla regione cardiaca.

I risultati furono impressionanti ed impossibili da ignorare. Sebbene tutti gli studiosi sospettassero l'esistenza di un'interazione fra il DNA e i nostri pensieri, quello che si

---

<sup>45</sup> Franckh P. *ibid* pag 109-117

presentò ai loro occhi sembrava mettere in discussione i fondamenti della fisica moderna: mentre la persona sottoposta all'esperimento inviava le sue emozioni era stato possibile misurare una chiara e rilevante reazione elettrica nelle molecole della provetta.

Le persone testate influenzavano da sole, attraverso le emozioni, le molecole di DNA presenti nella provetta

Nel corso di ulteriori esperimenti fatti presso l'Istituto vennero prese in esame le reazioni a livello del DNA della placenta umana, che presenta la forma più pura del nostro DNA, e venne dimostrato che i singoli DNA cambiavano a seconda del tipo di sensazioni con cui erano venuti a contatto: se il soggetto sviluppa al suo interno sentimenti di gioia, amore o riconoscenza il DNA risponde rilassandosi, i filamenti si aprivano diventando più lunghi; se al contrario venivano provati frustrazione, paura, rabbia o stress il DNA si riduceva "spegnendo" molti dei codici di cui era composto. Lo spegnimento di alcuni dei codici si interrompeva non appena i soggetti avvertivano di nuovo sentimenti positivi.

Le persone, attraverso i sentimenti più profondi, possono mutare la struttura del proprio DNA.

"...non possiamo impedire l'insorgere della malattia dentro di noi, ma se manteniamo un approccio ottimista il nostro organismo massimizzerà la propria capacità di reazione" (P. Franckh 2009)

Alcuni scienziati (Backster e coll.) cercarono di capire se le nostre emozioni sono in grado di interagire con delle cellule vive, anche se queste si trovano in un altro luogo, molto lontano dal corpo. I risultati furono pubblicati nel 1993 sulla rivista "Advances", l'esperimento prevedeva che delle cellule venissero prelevate dalla bocca degli esaminandi, successivamente veniva isolato il DNA ed inserito in provette poste in un'altra parete dell'edificio. Vennero stimolati i soggetti con foto a connotazione emotiva violenta in modo da spingere le suddette persone a provare sentimenti estremi sia positivi che negativi. Mentre le emozioni si riversavano dal cuore dell'esaminando all'esterno, gli scienziati misuravano delle forti presenze energeti-

che nel DNA, sito in un luogo fisico ben distante, che si comportava come se fosse ancora parte del corpo dei donatori. Esperimenti successivi (Gregg Braden)arrivarono a replicare l'esperimento raggiungendo distanze anche di trecentocinquanta miglia.

Grazie ad un orologio atomico arrivarono a misurare la quasi contemporaneità del ritardo temporale fra l'invio dell'emozione e gli effetti sul DNA, avveniva praticamente quasi nello stesso momento, con un ritardo infinitesimale. La reazione era così rapida che dava l'idea che il DNA non avesse mai abbandonato il corpo

Anche l'Istituto di psicologia Pavlov di Mosca ha condotto ulteriori studi che hanno confermato quanto già verificato dai colleghi americani e scoprirono che allontanando i cuccioli di ratto dalla mamma e portandoli in sei diverse parti del mondo, quando nella madre venivano generati sentimenti di panico, paura o gioia anche i cuccioli reagivano in contemporanea con le emozioni trasmesse dalla loro mamma.

Poponin e Gariaev hanno successivamente dimostrato che il DNA opera anche come trasmettitore e recettore con il DNA di altre persone "estranee", realizzandosi ad un livello più alto, fuori dalle normali dimensioni temporali e spaziali.

Il Dna comunica attraverso canali energetici molto particolari, i cosiddetti *wormholes* [letteralmente "buchi di vermi"] Einstein e Rosen sono stati i primi a descrivere, nel 1935, queste strutture il cui nome deriva dal fatto che si tratta di due parti dello stesso spazio legate da un tunnel "...la persona interessata con cui vogliamo entrare in contatto [...] può essere addormentata o sveglia. Tutte le informazioni che noi vogliamo inviarle vengono spedite nell'iperspazio attraverso un condotto energetico e giungono istantaneamente a destinazione, per poter essere ricevute ed elaborate dal DAN altrui" (P. Franckh 2009)<sup>46</sup>.

La psicoterapia ipnotica, secondo Carotenuto ed Efficace, parte identificando e poi rafforzando le risorse positive già presenti nella persona e non sufficientemente uti-

---

<sup>46</sup> ibid pp. 38-62

lizzate. Tali ricchezze personali sono essenzialmente di tipo emotivo e la loro limitazione è alla base del sintomo che disturba il paziente

Il terapeuta aiuta dall'esterno il soggetto a scoprire ed imparare il proprio modo di entrare in trance, lo aiuta a trovare il proprio modo di recuperare dall'inconscio ciò che gli serve per affrontare meglio la vita. Spesso, senza saperlo, custodiamo dentro di noi capacità che non abbiamo saputo o potuto utilizzare e risorse che forse potremmo sviluppare ulteriormente<sup>47</sup>.

Con l'ipnosi l'inconscio diviene quindi libero di evocare emozioni positive e rinforzanti utilizzando le sue risorse più profonde, per arrivare a produrre modalità di pensiero e di comportamento più funzionali ad una vita più sana.

Efficace afferma che la capacità di utilizzare le emozioni, grazie alla psicoterapia ipnotica, può "riassociare creativamente i frammenti scissi della personalità, dando luogo a una nuova configurazione. [...] lo scopo terapeutico sarà quello di riconoscere l'origine emotiva del disturbo, usando in particolare l'emozione come una sorta di ponte per tuffarsi nel passato del paziente"<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Farano G., Colciaghi G., op. cit. pp. 67-70

<sup>48</sup> Efficace F. "L'ipnosi in una prospettiva psicobiologia e il suo ruolo nella cura dei pazienti oncologici" in *Rivista italiana di Ipnosi e Psicoterapia ipnotica*, AMISI, 4/2000.

## Conclusioni

L'ipnosi è un tipo di suggestione più forte che implica la capacità di un coinvolgimento emotivo, a determinare gli effetti suggestivi è la rappresentazione mentale detta ideaplasia, accompagnata da fattori emotivi, ecco il perché dell'efficacia di modelli terapeutici che utilizzano la rappresentazione mentale nella terapia.

L'ipnosi è una raffinata capacità di comunicare che permette di avviare un ottimo rapporto con se stessi e con gli altri.

Ogni comunicazione efficace è ipnosi, essa è una strada che conduce alla nostra mente, un sentiero veloce a volte rapido, a volte in salita.

L'ipnosi è comunicazione profonda che si instaura fra due individui, tra i quali si è instaurata una relazione di fiducia.

Nello stato di ipnosi non viene annullata la volontà del soggetto, è come se il soggetto concedesse all'ipnologo un'udienza privilegiata, prestando la massima attenzione a quello che gli viene proposto, conservando totalmente la propria libertà di fare o non fare quello che gli viene proposto. E' infatti falso, oltre che scientificamente mai dimostrato, che attraverso l'ipnosi si possa plagiare qualcuno o indurlo a commettere atti contrari alla sua morale o alla sua volontà. Se anche l'ipnotista ci provasse, il soggetto non eseguirebbe l'ordine impartito o potrebbe addirittura decidere di uscire dalla trance ipnotica rifiutandosi di proseguire.

L'operatore di ipnosi è una specie di abile pilota in grado di modificare la rotta di fronte ad ogni necessità del suo passeggero. L'individuo ipnotizzato è un individuo che si lascia ipnotizzare, ed in questo stato consenziente l'emisfero destro diviene più attivo del sinistro che riduce la critica del soggetto e, di conseguenza, traduce le suggestioni accettate in azione concreta.

La comunicazione ipnotica ci permette più o meno consapevolmente di relazionarci con le istanze più intime di ogni persona, superando sovrastrutture e blocchi, per fa-

cilitare il recupero di un equilibrio soddisfacente e parallelamente il sollievo dalla sofferenza.

L'ipnosi è l'arte di migliorare la qualità della nostra vita e del rapporto con noi stessi si pone l'obiettivo di riuscire a creare una situazione all'interno della quale si possono attuare dei processi di trasformazione.

La nostra vita inizia ad avere uno spessore congeniale alle nostre esigenze nel momento in cui decidiamo di essere noi stessi fino in fondo e iniziamo a pensare in modo costruttivo, ci liberiamo dai condizionamenti esterni iniziando ad assumere un atteggiamento mentale volto all'ottimismo, nel momento in cui iniziamo ad esplorare noi stessi dando spazio al potere dell'immaginazione.

Oggi grazie a tecniche di indagine sofisticate sappiamo che il funzionamento ipnotico produce evidenti modificazioni neurofisiologiche, e questo avviene in modo naturale e sovente anche spontaneo.

L'ipnosi agisce come una rete complessa, gerarchicamente organizzata, che attiva diversi livelli del SNP e SNC, attraverso la modulazione periferica del dolore e del sistema nervoso autonomo, attraverso la modulazione del riflesso spinale e di meccanismi sovraspinali, che agiscono attraverso una modulazione sia della componente sensoriale che di quella affettiva. Infine c'è un filtro attentivo localizzato nella corteccia prefrontale che distoglie l'attenzione del soggetto in trance da stimoli irrilevanti come possono essere quelli dolorifici che durante la trance sarebbero un ostacolo(De Benedittis, 2008)<sup>49</sup>.

L'eventuale processo terapeutico non dipende affatto dalle parole o dalle azioni del terapeuta, come comunemente si crede, ma deriva interamente da una riorganizzazione interna che solo il paziente medesimo può portare a termine in un ambiente

---

<sup>49</sup> Antonelli C. abstract pag. 1 de *Intervento ipnotico precoce durante le valutazione medica del dolore*, in XVIII International Congresso of the International Society oh Hypnosis.- ISH; HYPNOSIS AND NEUROSCIENCE, Clinical implication of the new mind-body paradigms. University of Roma "La Sapienza" roma 26.09.2009

favorevole (Erickson, 1948). In pratica il presunto ipnoterapeuta è soltanto un mezzo.

Lo scopo della relazione ipnotica è dunque quello di facilitare un lavoro personale del quale spesso sanno ben poco sia l'operatore sia lo stesso soggetto ipnotico. Ma forse è proprio qui che troviamo l'aspetto più affascinante, profondo, e ricco dell'ipnosi come esperienza personale molto forte e significativa.

La storia di Claudio è un esempio di come l'ipnosi possa favorire l'adeguata disposizione interiore necessaria ad affrontare un'operazione, facilitando il lavoro dell'èquipe medica.

Claudio ha più volte detto come per lui sia stato fondamentale sentirsi dentro la mente, il cuore e l'anima delle persone a lui care "è la prima volta che mi sento così tanto amato...non si può non sentirlo...", è stata per lui un'esperienza emozionale correttiva che gli ha permesso di affrontare l'intervento chirurgico con uno stato d'animo positivo tale da favorirne il decorso postoperatorio.

Forte dell'amore e del sostegno che stava ricevendo è riuscito a contenere l'ansia affrontando "momento per momento" quanto gli stava accadendo e continuando a casa, in autoipnosi, il lavoro iniziato insieme.

Quando Claudio parlava della sua paura dell'operazione dentro di me risuonava il riverbero della "mia" esperienza in sala operatoria, quando a 20 anni sono stata splenectomizzata in conseguenza della PTA, una malattia autoimmune. In pochi secondi ho recuperato in me il vissuto di quell'esperienza, la paura "dell'ignoto" che mi attendeva nell'attesa dell'intervento, la paura di non risvegliarmi dall'operazione o che risvegliandomi nulla sarebbe stato più come prima. Il mio modo di essere, l'esperienza e l'analisi personale mi hanno permesso di elaborare quei vissuti, traendo il meglio anche dai momenti peggiori, di scoprire "...i fiori che nascono dai rovi..." (Pausini L. 2009) come dice il testo di una canzone a me cara. Questo è quello in cui io CERDO e potrebbe essere quello che attraverso il neuroni specchio nella relazione

terapeutica Claudio ha acquisito per confermare e rinforzare la sua naturale tendenza alla positività.

La mia fiducia nell'ipnosi, acquisita attraverso l'esperienza, può essere diventata sua aiutandolo a perseverare nelle sue scelte e mantenendo l'eustress a livelli favorevoli al raggiungimento dell'obiettivo: affrontare l'operazione e la convalescenza rimanendo se stesso.

Durante i nostri incontri Claudio aveva espresso dei timori rispetto al bimbo che lui e la compagna cercavano di concepire: "...sono ambivalente Roberta...se c'è ho un motivo in più per desiderare che tutto vada bene...ma cambierà tutto...e saprò affrontarlo? ...se non c'è può crearsi dentro di me l'idea che l'operazione andrà male...non so perché ma lo penso...", spesso aveva verbalizzato il desiderio di un figlio e la paura che la sua età non gli permettesse di averlo, esprimendo così il timore di aver "perso il treno" per realizzare i suoi desideri più profondi.

La notizia del concepimento è giunta durante le settimane di rinvio e ha dato a Claudio l'assertività per affrontare il chirurgo: "Dottore...io voglio vedere questo bambino con entrambi gli occhi quando nascerà!...La vogliamo fare questa operazione?! Mi ha messo fretta per decidere e poi?..."

Rimangono alcuni punti affrontati in questo lavoro che devono ancora essere verificati:

- Il tumore è stato estratto posteriormente come Claudio aveva previsto durante la seduta di ipnosi?
- Durante la degenza sono state usate minori quantità di antidolorifico?
- La degenza è durata meno e si è svolta meglio di quanto l'équipe avesse previsto?

Problemi tecnici non mi hanno fin'ora permesso di intervistare l'équipe ospedaliera, confido di poterlo fare nelle prossime settimane.

L'analisi della cartella clinica, che Claudio ha messo a mia disposizione quando gli arriverà, potrebbe dare le informazioni mediche che potrebbero confermare le ipotesi esposte in questo lavoro.

Durante la stesura di questo lavoro dentro di me sono emerse ulteriori domande:

- Attraverso i neuroni specchio acquisiamo l'esperienza dell'altro...cosa "trasmettiamo" alla persona che si rivolge a noi? Per quanto consapevoli possiamo essere come terapeuti non sappiamo "tutto" di noi e delle nostre CREDENZE, ma le manifestiamo comunque.
- È la nostra esperienza di "pazienti guariti" che attraverso i neuroni specchio diviene esperienza acquisibile dal paziente?
- Attraverso di essi è possibile cogliere anche gli atteggiamenti non verbali che trasmettono come noi ci poniamo o ci siamo posti in esperienze simili; ed attraverso la relazione di fiducia divenuta terapeutica il paziente accoglie i risvolti positivi da noi vissuti e li acquisisce?
- Attraverso i neuroni specchio si acquisisce il "senso del possibile" nella misura in cui è una credenza della persona che interagisce con noi? Quindi come terapeuti se noi ci crediamo possiamo aiutare il paziente a credere nel possibile e nella positività della vita?
- La nostra fiducia nell'aiuto dell'inconscio che ci permette di affrontare le situazioni contenendo il bisogno di controllarle può divenire patrimonio acquisibile dall'altro?
- E le nostre credenze negative? Divengono patrimonio dell'altro confermandogli la sua negatività? Se diamo per buone le precedenti domande è evidente che dobbiamo lavorare parecchio su questo e tenerne conto quando ci mettiamo in relazione con l'altro.

Ulteriori approfondimenti potranno essere fatti nel tempo...

## Bibliografia

- ACTA ANAESTHESIOLOGICA ITALICA vol. 56 n. 3 del 2005, pag. 96, 99-104, 106, 108, 109-111
- Alfonso Siani, "Autoipnosi". Pavia, Selecta Medica, 2004.
- Alfonso Siani, "L'Autoipnosi". Milano, Editrice Nuovi Autori, 1997.
- Alfonso Siani, "Manuale di Ipnosi", Pavia, Selecta Medica, 2000.
- Amunts K, Schleicher A, Burgel U, Mohlberg H, Uylings HB, Zilles K Broca's region revisited: cytoarchitecture and intersubject variability. J Comp Neurol, 412:319, 1999
- Antonelli c. , Luchetti m. "*Dalla lateralita' emisferica ai neuroni specchio, un nuovo paradigma per la nuova ipnosi*" Acta Anaesthesiologica Italica vol.58 n. 4, 2007 editrice la garangola - padova (pag.376 - 400)
- Antonelli C. *Intervento ipnotico precoce durante le valutazione medica del dolore*, in XVIII International Congresso of the International Society of Hypnosis. ISH; HYPNOSIS AND NEUROSCIENCE, Clinical implication of the new mind-body paradigms. University of Roma "La Sapienza" roma 26.09.2009
- Antonelli C. *Ipnosi e Dolore (aspetti integrati)*, Giuseppe Laterza Editore, Bari, 2003
- Antonelli C. *Ipnosi e dolore*, [www.ipnosiedolore.it](http://www.ipnosiedolore.it)
- Antonelli C., The role of hypnosis in pain control: definition and evidence, Invited Review, Acta Anaesth. Italica 56: 95 -112, 2005 Arnold M.B. Brain function in hypnosis, Int.J.Clin.exp.Hypnosis, 36:89-95, 1988
- Araoz, D.L., Ipnosi e terapia sessuale, Astrolabio,
- Bandler R., Grinder J. I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson, Astrolabio, Roma, 1984 Binkofski F, Amunts K, Stephan KM, Posse S, Schormann T, Freund H-J, Zilles K, Seitz RJ Broca's region subserves imagery of motion: A combined cytoarchitectonic and fMRI study. Hum Brain Mapp 11:273, 2000

- Bandler, R., Grinder, J., I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson, Astrolabio
- Bandler, R., Grinder, J., La struttura della magia, Astrolabio.
- Bantick S.J., Wise R.G., Ploghaus, A., Clare, S., Smith, S.M., Tracey, I. (2002) Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain* 125(Pt 2):310-319.
- Barber, J. (Ed.) (1996) Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide. New York: Norton.
- Beigel, H.G., Johnson, W.R., L'applicazione dell'ipnosi in sessoterapia, Marrapese, Roma 1982.
- Binkofski F, Buccino G, Stephan KM, Rizzolatti G, Seitz RJ, Freund HJ. A parieto-premotor network for object manipulation: evidence from neuroimaging. *Exp Brain Res* 128:210, 1999
- Bona A. *Vita nella vita. Ipnosi regressiva e vite precedenti*. Roma, Mediterranee, 2001.
- Brown, D.P., Fromm, E. (1986) Hypnosis and Behavioral Medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Buccino G, Binkofski F, Fink GR, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Seitz RJ, Zilles K, Rizzolatti G, Freund HJ, Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *Eur J Neurosci* 13:400 - 404, 2001
- Bul' P. *Ipnosi e suggestione*, Giunti, Firenze, 1979
- Burns, Gw, 101 Healing stories for kids and teens (Using metaphors in Therapy). Hoboken, New Jersey: Wiley, 2005. Traduzione italiano: "101 storie che guariscono", Edizioni Erickson, Trento, 2006.
- Carr L, Iacoboni M, Dubeau MC, Mazziotta JC, Lenzi GL, Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proc Natl Acad Sci USA* 100:5497 - 5502, 2003
- Casiglia E., Rossi A. M., Lapenta A. M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*, Editrice Artistica Bassano, Bassano del Grappa,

2006

- Casilli C., Ducci G., La supervisione nella "nuova ipnosi"; soluzioni di soluzioni. Franco Angeli, 2002.
- Casula C.C., Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale. Franco Angeli, 2002.
- Cesaro P., Mann M.W., Moretti J.L., Defer G., Defer G., Roualdes B., Nguyen J.P. and Degos J.D., Central pain and thalamic hyperactivity: a single photon emission computerized tomographic study, *Pain*, 47: 329-336, 1991
- Chaves, J.F., Dworkin, S.F. (1997) Hypnotic Control of Pain: Historical Perspectives and Future Prospects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 45: 356-376.
- Chen A.C., Human brain measures of clinical pain: a review. I. Topographic mappings. *Pain*. 54(2): 115-32, 1993
- Citrenbaum, C.M., King, E.M., Cohen, W.I., Il controllo delle abitudini mediante l'ipnosi, Astrolabio, 1987.
- Citrenbaum, CM, King,EM, Cohen,WI, Il controllo delle abitudini mediante l'ipnosi, Astrolabio, 1987.
- Colciahi G., Farano G., Partorire sognando. L'ipnosi: un'ipotesi per vivere meglio la gravidanza e il parto. Angeli, 2003.
- Crawford, H. J. (1994) Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 42: 204 232.
- Crawford, H. J., Brown, A., Moon, C. (1993a) Sustained attentional and disattentional abilities: Differences between low and highly hypnotizable persons. *Journal of Abnormal Psychology* 102: 534 543.
- Crawford, H. J., Gruzelier, J. H. (1992) A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: Recent research and future directions. In: Fromm, E., Nash, M. R. (Eds.), *Contemporary hypnosis research*. New York: Guilford; 227 266.
- Crawford, H. J., Gur, R. C., Skolnick, B., Gur, R. E., Benson, D. (1993b) Ef-

fects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. *International Journal of Psychophysiology* 15: 181-195.

- Crowley R.J., Mills J.C.; *Metafore terapeutiche per i bambini*. Astrolabio, 1988.
- Dahlgren, L.A., Kurtz, R.M., Strube, M.J., Malone, M.D. (1995) Differential effects of hypnotic suggestion on multiple dimensions of pain. *Journal of Pain Symptom and Management* 10(6):464-470.
- Damasio, A.R., *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, 2005
- Danziger N, Prkachin KM and Willer JC. Is pain the price of empathy? The perception of others' pain in patients with congenital insensitivity to pain. *Brain* 129(9):2494-2507, 2006
- De Benedittis G. Il modello ipno comunicazionale nel trattamento del dolore cronico, in *Atti del 5o Convegno Nazionale sull'Ipnosi Clinica*, Milano 1977, Tipo-Lito Ed., Parma, 1978
- De Benedittis G. Meccanismi neurofisiologici e neuropsicologici dell'ipnosi, *Rivista Italiana d'Ipnosi Clinica e Sperimentale*, (VII), 2:23-29, 1987
- De Benedittis G. Neurophysiological correlates of hypnosis: a deep cerebral structures electrical recording and stimulation study in man. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 12:212-229, 1985
- De Benedittis G. Specializzazione emisferica e natura della trance, *Ipnosi. Rassegna d'ipnosi clinica e sperimentale*, 1:20-33, 1980
- De Benedittis G., Carli G. *Psiconeurobiologia dell'ipnosi*, *Seminari del dolore*, 3:59-116, 1990.
- De Benedittis G., De Gonda F. Hemispheric specialization and the perception of pain: a task-related EEG Power Spectrum Analysis in chronic pain patient, *Pain*, 22:375-384, 1985.
- De Benedittis G., *E' possibile misurare oggettivamente lo stato di trance e la*

sua profondità? Uno studio controllato con analisi bispettrale. Villasimius, Cagliari 5 Ottobre 2006 De Benedittis G., Il cervello ipnotico: un ponte tra neuroscienze e psicoterapia? Villasimius, Cagliari 4 Ottobre 2006

- De Benedittis G., Panerai A.E., Villamira M.A. Effect of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain, *Int.J.Clin.exp.Hypnosis*, 37:55-69, 1989.
- De Benedittis G., Sironi V.A. Attività elettrica cerebrale profonda durante lo stato ipnotico dell'uomo: considerazioni neurofisiologiche sull'ipnosi, *Rivista di Neurologia*, 55:1-16, 1985.
- De Benedittis, G. (2002, September) Unraveling hypnotic analgesia: the multidimensional mechanisms of pain modulation using hypnosis. Paper presented at the 9th European Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Rome, Italy.
- De Benedittis, G., Panerai A. A., Villamira, M. A. (1989) Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 37: 55 69.
- De Pascalis, V., Magurano, M.R., Bellusci, A. (1999) Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: effects of differential pain reduction strategies. *Pain* 83: 499-508.
- De Pascalis, V., Perrone, M. (1996) EEG asymmetry and heart rate during experience of hypnotic analgesia in high and low hypnotizables. *International Journal of Psychophysiology* 21: 163 175.
- Del Castello,E., Loredi,C. (a cura di), *Tecniche dirette e indirette in ipnosi e psicoterapia*, Angeli, Milano, 1995
- Delogu G. *Ipnosi e dolore*  
<http://www.medicitalia.it/minforma/Psicologia/308/Ipnosi-e-dolore>
- DISY Ente di Formazione <http://www.didy.it/ipnodidy.html>
- Dobrilla G: *Placebo e dintorni* Il Pensiero Scientifico Editore
- Edelman,GM, Tononi,G, *Un universo di coscienza. Come la materia diventa*

immaginazione, Einaudi, Torino, 2000

- Edmonston W.E., Moscovitz H.C. Hypnosis and lateralized brain functions, *Int.J.Clin.exp.Hypnosis*, 38:70-84,1990
- Efficace F. “*l’ipnosi in una prospettiva psicobiologia e il suo ruolo nella cura dei pazienti oncologici*” in *Rivista italiana di Ipnosi e Psicoterapia ipnotica*, AMISI, 4/2000.
- Egner T, Jamieson G, Gruzelier J, Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage*. 1;27(4):969-78, 2005
- Ehrsson HH, Geyer S and Naito E, Imagery of Voluntary Movement of Fingers, Toes, and Tongue Activates Corresponding Body-Part-Specific Motor Representations, *J Neurophysiol* 90: 3304-3316, 2003
- Erickson M. H., (a cura di Rossi E. L.). Vol. I: La natura dell’ipnosi e della suggestione.
- Erickson M. H., *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio,Roma, 1983
- Erickson, M.H. (1984). Opere Volume VI: L’ipnoterapia innovatrice. In E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (pp. 32-40). Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Erickson, M.H., (a cura di Rossi, E.L., Ryan, M.O.), *La comunicazione mente-corpo, in ipnosi, Seminari, dimostrazioni e conferenze*, Vol.III, Astrolabio, Roma, 1989.
- Erickson, M.H., (a cura di Rossi, E.L., Ryan, MO.), *La ristrutturazione della vita con l’ipnosi. Seminari, dimostrazioni e conferenze*, Vol.II, Astrolabio, Roma, 1987.
- Erickson, M.H., (a cura di Rossi,E.L., Ryan, M.O., Sharp, F.A.), *Curare con l’ipnosi. Seminari, dimostrazioni e conferenze*, Vol.I, Astrolabio, Roma, 1985.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., *Ipnoterapia*, Astrolabio, Roma, 1982
- Erickson, M.H., ROSSI, E.L., *L’esperienza dell’ipnosi*, Astrolabio, 1985
- Erickson, M.H., Rossi,E.L., Rossi,S.I., *Tecniche di suggestione ipnotica*, A-

strolabio, Roma, 1979

- Erickson,MH, (a cura di Rossi,EL) Opere, Vol. II: L'alterazione ipnotica dei processi sensoriali, percettivi, e psicofisiologici. Astrolabio, Roma, 1987.
- Erickson,MH, (a cura di Rossi,EL) Opere, Vol. III: L'indagine ipnotica dei processi psicodinamici.
- Erickson,MH, (a cura di Rossi,EL) Opere, Vol. IV: L'ipnoterapia innovatrice. Astrolabio, Roma.
- Erickson,MH, Rossi,EL, L'uomo di Febbraio: lo sviluppo della coscienza e dell'identità nella ipnoterapia, Astrolabio, Roma, 1992
- Farano G., Colciaghi G. *Partorire sognando*, Franco Angeli, Milano, 2003
- Franckh P. *La legge dell'amore*, Sonzogno, Milano, 2009
- Freeman W.J., La fisiologia della percezione, *Le Scienze*, 272 :12-20, 1991
- Friederich, M., Trippe, R.H., Ozcan, M., Weiss, T., Hecht, H., Miltner, W.H. (2001) Laser-evoked potentials to noxious stimulation during hypnotic analgesia and distraction of attention suggest different brain mechanisms of pain control. *Psychophysiology* 38(5):768-776.
- G. Cortical mechanisms of human imitation. *Science* 286:2526-2528, 1999
- Gadner M. *Scienza, imposture e abbagli*” Hoepli
- Gallese V., Fadiga L., Fogassi L and Rizzolatti G., Action recognition in the premotor cortex, *Brain*, 119 593-609, 1996
- Gallese V., Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 12: 493-501, 1998 Giusti Edoardo, *Psicoterapie: Denominatori comuni, Epistemologia della clinica qualitative*, FrancoAngeli, Milano, 1997
- Goldwurm G. F., Sacchi D., Scarlato A., Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale. Franco Angeli, 1993
- Grafton S.T., Arbib M.A., Fadiga L., Rizzolatti G. Localization of grasp representations in human by PET: 2. Observation versus imagination, *Exp Brain Res.*,112:103-111, 1996

- Granone F. *Trattato di ipnosi Vol 1*, UTET, Torino, 1989
- Granone F. *Trattato di ipnosi Vol 2*, UTET, Torino, 1989
- Greenwald Ricky L'EMDR con bambini e adolescenti Astrolabio 2000
- Gruzelier, J. H. (1990) Neuropsychophysiological investigations of hypnosis: Cerebral laterality and beyond. In: Van Dyck, R , Spinhoven, P. H., Van der Does, A. J. , Van Rood, Y. R., De Moor, W. (Eds.), *Hypnosis: Current theory, research and practice* . Amsterdam: W University Press; 37 51.
- Gulotta, G., *Lo psicoterapeuta stratega: metodi ed esempi per risolvere i problemi dei pazienti*, Franco Angeli, Milano, 1997
- Gulotta,G, *Ipnosi, aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici*, Giuffrè, 1980
- Haley, J., (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, 1978
- Haley, J., *Cambiare gli individui: Conversazioni con Milton H.Erickson*, Vol. I, Astrolabio, 1986.
- Haley, J., *Cambiare le coppie: Conversazioni con Milton H.Erickson*, Vol. II, Astrolabio, 1987.
- Haley, J., *Terapie non comuni*, Astrolabio, 1976.
- Haley,J., *Cambiare i bambini e le famiglie: Conversazioni con Milton H.Erickson*, Vol.III, Astrolabio, 1988.
- Hari R., Forss N., Avikainen S., Kirveskari E., Salenius S., Rizzolatti G. Activation of human primary motor cortex during action observation: a neuro-magnetic study. *Proc Natl Acad Sci U S A.*, 95:15061-15065, 1998
- Hartland, R., *L'ipnosi in medicina e odontoiatria*, Monduzzi, 1980.
- Hilgard E.R. *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*, Wiley & Sons , New York , 1977  
Iacoboni M., Woods R.P., Brass M., Bekkering H., Mazziotta. J.C., Rizzolatti
- Hilgard, E. R. (1986) *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action* (rev. ed.). New York: Wiley.
- Hilgard, E. R., Hilgard, J. R. (1994) *Hypnosis in the relief of pain* (Rev. ed.).

New York: Brunner/Mazel.

- Hilgard, J. R., Le Baron, S. (1984) Hypnotherapy of pain in children with cancer. Los Altos, CA: William Kaufmann.
- Holroyd, J.(1996) Hypnosis Treatment of Clinical Pain: Understanding Why Hypnosis Is Useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 44: 33-51.
- Ian H. Robertson, *Il cervello plastico*, Rizzoli, 1999
- Janet,P. (1898), *La Passione sonnambulica e altri scritti*, Liguori, Napoli, 1996
- Jay Haley, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio
- Kiernan, B. D., Dane, J. R., Phillips, L. H., Price, D. D. (1995) Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: Further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 60: 39-47. Lynn, S.J., Kirsch, I.Barabasz, A., Cardeña, E., Patterson, D. (2000) Hypnosis as a Empirically Supported Clinical Intervention. The State of Evidence and a Look to the Future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 48: 239-259.
- Lankton Stephen R., Lankton Carol H., *La risposta dall'interno*, Astrolabio, 1984 Roma
- Lapenta A. M. *l'ipnosi nella terapia psichiatrica*.
- Lapenta A. M. dispense Corso Base Ipnosi.
- Levey J. *L'arte del rilassamento, della concentrazione e della meditazione. Tecniche antiche per la mente moderna*. Ubaldini,1988.
- Loredio C. Fenomenologia della trance, In corso monotematico: L'ipnosi nel controllo del dolore cronico, Fondazione Stelline, Milano, 20.12.1998
- Loredio C., Guardare attraverso la finestra del paziente, L'intervento psicoterapeutico tramite l'osservazione della realtà che il paziente riesce a vedere. Istituto Goethe, Roma, 28 -29 Gennaio 2006
- Loredio C., Rapport, Empatia, e Neuroni Specchio. In V Congresso Nazionale SII: Dalla ipnosi Ericksoniana alle neuroscienze. Villasimius, Cagliari 4

Ottobre 2006

- Lorigo C., Vella G., Il paradosso e il sistema familiare. Bollati Boringhieri Ed., Torino 1989
- Lorigo,C., Nardone,G., Watzlawick,P., Zeig,J.K., Strategie e stratagemmi della psicoterapia, Angeli, Milano, 2002.
- Lorigo,C., Santilli,W. (a cura di), La relazione terapeutica, Franco Angeli, Milano, 2001
- Luppino G, Rizzolati G., The organization of the motor cortex. News Physiol. Sci 15: 219-224, 2000 MacLeod - Morgan C., Lack L. Hemispheric specificity: a physiological concomitant of hypnotizability, Psychophysiology, 1:687-690,1982
- 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: 138-153.
- Mosconi,G.P., L'ipnosi per partorire, Piccin, 1974.
- Mosconi,GP,Training ipnotico, istruzioni per l'uso nella preparazione al parto, Piccin, 1987
- Oliverio Ferraris A. *La forza d'animo* Rizzoli Milano 2003
- Pacciolla A., *Ipnosi. Benessere psicofisico e risorse mentali*, Cinisello Balsamo (MI), San Paolo Edizioni, 1994. ISBN 978-88-215-2730-2
- Pagano R.R., Akots N.J., Wall T.W. Hypnosis, Cerebral Laterality and Relaxation, Int.J.Clin.exp.Hypnosis, 36:350-358,1988
- Piero Angela, *Nel cosmo alla ricerca della vita*, Garzanti, 1987, pp. 240-244.
- Piero Angela, *Viaggi nella scienza. Il mondo di Quark*, Garzanti, 1985, pp. 108-114.
- Rainville, P., Bushnell, M.C., Duncan, G.G. (2000) PET Studies of the Subjective Experience of Pain. In : Casey, K.L., Bushnell, M.C. ( Eds.) Pain Imaging. Progress in Pain Research and management. Vol.18, IASP Press, Seattle; 123-156.
- Rampin M. *Ipnosi: realtà o fantasia?* Quaderno 8 del CICAP

- Rizzolatti G, Fadiga L, Matelli M, Bettinardi V, Paulesu E, Perani D, Fazio F. Localization of grasp representations in human by PET: 1. Observation versus execution. *Exp Brain Res* 111:246-252, 1996
- Rizzolatti G. and Arbib M.A. Language within our grasp. *Trends Neurosci*, 21:188-194,1998
- Rizzolatti G. and Gallese V. From action to meaning: A neurophysiological perspective. In: *La Philosophie de l'Action et les Neurosciences*, Petit J.L. (ed), Librarie Philosophique J. Vrin, Paris 1998
- Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L., Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cogn. Brain Res.*, 3:131-141,1996
- Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V., Cortical mechanisms subserving object grasping and action recognition: a new view on the cortical motor functions. In: M.S. Gazzaniga (ed) *The New Cognitive Neurosciences*, 2nd Edition, A Bradford Book, Mit Press, 539-552, 2000
- Rizzolatti,G., Sinigaglia,C., *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Cortina, Milano, 2006
- Scandone E. *La transe*, Xenia, Milano, 1997
- Schultz,JH, *Il training autogeno*, Feltrinelli, Milano 1971
- Shapiro, F., Silk Forrest M. (1997): *EMDR – Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*,.Astrolabio Roma, 1997
- Shone R., *La tecnica dell'autoipnosi: Metodi e applicazioni*. Astrolabio, 1982.
- Short,D., Casula,CC, *Speranza e resilienza. Cinque strategie psicoterapeutiche di Milton H. Erickson*. Franco Angeli, Milano, 2004.
- Siegel,D., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Milano, 2001
- Simpkins C.A., Simpkins A.M., *Autoipnosi ericksoniana*. Astrolabio, 2002.
- Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Kaube H, Dolan RJ, Frith CD, *Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pain*. *Science* 303 n. 5661: 1157 - 1162, 2004

- Spiegel, D. (1985). The use of hypnosis in controlling cancer pain. *Cancer Journal for Clinicians*, 35 (4), 221-231.
- Spiegel, D., & Moore, R. (1997). Imagery and Hypnosis in the Treatment of Cancer Patients. *Oncology*, 11 (8), 1179-1189.
- Stevenson I. *Reincarnazione 20 casi a sostegno*, Milano, Armenia, 1975.
- Tamorri S. *Neuroscienze e Sport*, Torino, UTET, 1999,
- Theodore X. Barber. *et al. Ipnatismo immaginazione potenzialità umane*. Padova, Piccin Editore, 1980
- Tirone G.. *Ipnosi: Un potenziale dell'uomo*. Torino, Centro scientifico Torinese, 1983,
- Weiss B. *Molte vite un'anima sola*, Milano, Mondadori, 2007, EAN 9788804551119.
- Wikipedia
- Zachariae, R, Bjerring P. (1994) Laser induced pain related brain potentials sensory pain ratings in high low hypnotizable subjects during hypnotic suggestions of relaxation, dissociated imagery, focused analgesia, placebo. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 42: 56 80.
- Zeig,JK., Erickson: un'introduzione all'uomo e alla sua opera, Astrolabio, Roma, 1990
- Zisa M. Aspetti psicologici del dolore postoperatorio, 23 giugno 2006; <http://psicoalgologia.blogspot.com/2006/06/aspetti-psicologici-nel-dolore.html>