

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-
SPERIMENTALE**

C.I.I.C.S

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
E SPERIMENTALE**

**FONDATORE: FRANCO GRANONE
DIRETTORE DEI CORSI ITALIA-NORD
Prof. A.M.LAPENTA**

**Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica
Anno 2010**

Tesi

**“COMUNICAZIONE IPNOTICA E
PAZIENTE UROLOGICO”**

Casistica raccolta in 4 mesi di pratica ambulatoriale



Relatore: Angelo Gonella

Candidato: Erica Taboga

INDICE

Introduzione	pag. 1
I°Capitolo: Storia dell'ipnosi	pag. 3
II°Capitolo:Analisi storica di alcune definizioni	pag. 22
III°Capitolo:Paradigmi teoretici	pag. 29
3.1 Paradigmi psicologici	pag. 30
3.2 Paradigmi neurofisiologici	pag. 32
3.3 Paradigmi neuropsicologici	pag.33
IV°Capitolo:Stati di coscienza	pag.37
V°Capitolo:L'ipnosi	pag.41
5.1 Pre-induzione	pag.44
5.2 Induzione	pag.47
5.3 Approfondimento	pag.57
5.4 Riorientamento e ratifica	pag.60
VI°Capitolo:Il concetto di profondità dell'ipnosi	pag.63
VII°Capitolo:Il dolore	pag.72
VIII°Capitolo:L'ipnositerapia di fronte al dolore	pag.83
IX°Capitolo: Parte Sperimentale	pag.90
9.1 Introduzione	pag.90
9.2 Realtà operativa	pag.92
9.3 Scelta dei casi clinici	pag.94
9.4 Vecchi comportamenti,nuove consapevolezza	pag.99
9.5 Obiettivi per il futuro	pag.105
Ringraziamenti	pag.106
Sitografia e bibliografia	pag.107

Introduzione

*“Tutti i nostri sogni possono diventare realtà
se abbiamo il coraggio di perseguirli.”*

Walt Disney

Il mio studio teorico degli aspetti neuropsichici dell'ipnosi e dell'efficacia dell'ipnosi stessa nella cura del dolore e della riduzione dell'ansia è stato necessariamente lungo e complesso in quanto ho dovuto integrare le lacune della mia formazione professionale. Infatti, fin dall'inizio di questo corso, è stato evidente che per poter comprendere e poi utilizzare nella pratica professionale gli insegnamenti dei docenti avrei dovuto notevolmente ampliare le mie conoscenze in ambito medico-psicologico. L'obiettivo, ovviamente, è stato quello di giungere ad utilizzare in modo non avventato e consapevole la comunicazione ipnotica finalizzata alla miglior relazione possibile con i pazienti. Poiché è stato necessario uno sforzo considerevole di tempo e di energie ed avendo accumulato una notevole mole di appunti, li ho trascritti in forma corretta trasformando le mie nuove acquisizioni nel testo della prima parte di questa tesi.

Alcuni degli argomenti trattati sconfinano oltre il campo delle mie competenze, ma la cura con cui li ho studiati rispecchia la profonda esigenza di integrare le conoscenze mancanti.

Dall'inevitabile aumento di consapevolezza e conoscenza delle potenzialità della comunicazione ipnotica è sorto in me il desiderio di applicare quanto acquisito durante il corso nel mio lavoro ; nel fare tutto ciò ho dovuto inevitabilmente appoggiarmi alla più che trentennale esperienza ipnotica e medica del mio relatore, Angelo Gonella, psicoterapeuta e ipnoterapeuta.

Ad una prima parte teorica seguirà una seconda parte pratico-sperimentale che ho sviluppato all'interno del mio ambito lavorativo.

*“La scienza è il capitano,
la pratica sono i suoi soldati.”*

Leonardo da Vinci

I° Capitolo

Storia dell'ipnosi

“Studia il passato se vuoi prevedere il futuro”

Confucio

Non è ovviamente possibile stabilire a quando far risalire l'inizio dell'utilizzo di comportamenti riconducibili a pratiche ipnotiche nella storia dell'uomo.

Glasner (1955) scriveva: “benché sia impossibile affermare con certezza che nella Bibbia (Vecchio e Nuovo Testamento) e nel Talmud si parli di ipnosi, sembrerebbero esservi notevoli prove che in realtà gli autori di queste opere avevano già familiarità con i fenomeni che oggi chiameremmo ipnotici o che spiegheremmo in termini di suggestione”.

Wolberg (1972) avanzava l'ipotesi che la più antica descrizione dell'ipnosi si trovasse nella Genesi 2:21-22:

“Allora il Signore Dio fece cadere un sonno profondo su Adamo, che si addormentò. E mentre dormiva, Dio prese una delle sue costole, mettendo carne al suo posto; poi, con la costola tolta all'uomo, formò la donna e la condusse da Adamo”.

Tra i primi reperti che testimoniano l'utilizzo dell'ipnosi troviamo quelli di provenienza egizia. Musès (1972) ha ritrovato la più antica registrazione di una seduta ipnotica nell'incisione di una stele risalente al regno di Ramsete XII, intorno

al X secolo a.C.. Descrizioni più accurate di un' induzione ipnotica ottenuta facendo dondolare una lampada davanti agli occhi della persona, si trovano nel cosiddetto Papiro magico demotico di Londra e di Leida (Manoscritto 10070 del British Museum e Manoscritto 1383 del Museo di Leida).

Tra le figure ricordate come predecessori di Mesmer che ci portano nei secoli ad avvicinarci alla nostra epoca ricordiamo anche Apollonio di Tiana, filosofo, neopitagorico e taumaturgo appartenente al II secolo a.C.,una delle figure dell'antichità classica.

Gli antichi sacerdoti greci e romani che praticavano il "*sonno nel tempio*" si servivano di soggetti in stato ipnotico per avvicinarsi alla divinità e predire l'avvenire.

Gli antichi indovini cadevano in trance, ritenendo che ciò conferisse loro poteri divinatori.

I maghi persiani ed i fachiri indiani praticavano l'autoipnosi, pretendendo di possedere, in questo stato, poteri curativi soprannaturali.

Gli indiani Chippewa,nelle loro pratiche di iniziazione durante le quali i ragazzi alla pubertà venivano cullati in un sonno magico dalle cantilene dello stregone, di fatto praticavano un'ipnosi di gruppo, tanto che in vari soggetti s'instaurava addirittura l'analgesia. In tale condizione di trance i ragazzi ricevevano dallo stregone tutti gli insegnamenti riguardanti i costumi tribali e cioè delle vere e proprie suggestioni ipnotiche e post-ipnotiche che portavano gli iniziati a compiere poi atti di valore, con insensibilità per le ferite. Come altri popoli, gli indiani, pur servendosi efficacemente dell'ipnotismo, ne ignoravano l'esistenza e le leggi che lo regolano, di conseguenza finivano per mettere tutti i successi dell'ipnosi in relazione con il soprannaturale.

Le medicine antiche, medioevale e rinascimentale conservano tracce significative dell'impiego dell'ipnosi come rimedio contro numerose malattie.

Paracelso (1493-1541) descriveva l'ipnosi come pratica magica per influenzare l'uomo. Metteva in rapporto la forza della calamita con quella emanata dalle mani e a questo "tipo" di energia darà il nome di "magnetismo". A lui segue Robert Fludd, medico alchimista inglese esperto in teosofia. Tuttavia, come si è osservato, il padre dell'ipnosi moderna è universalmente considerato Franz Mesmer. Nasceva nel 1734 a Iznang sul Lago di Costanza (Germania). Laureato nel 1766 in Filosofia e Teologia a Ingolstadt e poi in Medicina a Vienna 1766, era noto per aver sostenuto l'attività terapeutica del magnetismo. In una prima elaborazione della sua teoria, si concentrava sul magnetismo minerale per poi dedicarsi in seguito allo studio del magnetismo animale. Secondo questa teoria, i "fluidi universali" o "fluidi magnetici" abbracciavano e penetravano ogni organismo vivente, in un delicato equilibrio, che produceva un ritmico e perpetuo movimento simile a quello del flusso e reflusso delle onde del mare. La rottura di questo equilibrio provocava alterazioni e malattie, che potevano essere curate con il magnetismo.

Il terapeuta che impiegava il magnetismo, riusciva a concentrare e a dirigere questo "fluido" con speciali movimenti delle mani detti "passi magnetici", oppure toccando direttamente la persona o soffiandole sul viso. Pensava anche che il "fluido" potesse essere trasmesso ad oggetti inanimati, al *baquet* (un grosso mastello pieno d'acqua e di limatura di ferro) o anche a certi alberi dai quali i pazienti potevano assorbirlo. Usava spesso una bacchetta "magnetica" per "livellare" la presunta energia. Da allora la pratica del magnetismo animale viene anche chiamata *mesmerismo*.

Nell'ambiente parigino dell'epoca, un personaggio come Mesmer, circondato da un alone di mistero e dalla fama di guarigioni miracolose, trovava un immediato e largo successo e raccoglieva attorno a sé una miriade di seguaci e pazienti.

Pur avendo operato con la “*sua ipnosi*” molte guarigioni spettacolari tra le quali un palese caso di cecità isterica, Mesmer cadeva in disgrazia dopo la relazione negativa di una commissione speciale dell'Accademia di Francia. Tra i membri della commissione vi erano Benjamin Franklin, allora ambasciatore americano a Parigi, il dottor Guillotine, inventore della “pietosa” macchina per le esecuzioni capitali, e Lavoisier, il celebre chimico.

Perduta la reputazione, Mesmer, ritornava in Germania, trascorrendo gli ultimi anni della sua vita in modo molto chiuso e riservato, dimenticato da tutti coloro che lo avevano osannato.



Mesmer et ses disciples.

In Francia Mesmer aveva conosciuto Père Hell, un gesuita francese, professore di Astrologia, che curava vari tipi di malattie ponendo, con un particolare rituale, delle calamite sulle parti malate delle persone.

Allievo di Mesmer, Déleuze, nel 1825, pubblica un libro dal titolo “Istruzioni pratiche di magnetismo animale”, un vero e proprio manuale di “mesmerizzazione” (Braid doveva ancora scrivere il suo di libro). Il processo spiegava come mesmerizzare un soggetto con

l'esame dei risultati attesi dalle varie procedure e le precauzioni da prendere per una riuscita ottimale. Déleuze raccomandò in questo manuale di cambiare medico, se

questo rifiutava la “mesmerizzazione”. Con Déleuze non siamo ancora entrati nell’epoca dell’ipnosi. Déleuze non abbandonò mai le sue convinzioni sull’esistenza del “fluido magnetico”.

Sempre in Francia scopriamo un altro allievo di Mesmer, l’Abate Faria (1750-1818) che sottolineava l’importanza delle differenze individuali come caratteristiche psicologiche che influivano sulla suscettibilità; i più suscettibili erano le donne, le “*persone impressionabili*”, gli isterici e le persone già “*magnetizzate*”.

Questo accentuare l’importanza delle caratteristiche individuali, riconoscendo la



persona e non l’operatore come agente attivo, contraddiceva le affermazioni della teoria magnetica e rappresentava una posizione veramente nuova ed anticipatrice. Secondo Faria, il magnetismo era dovuto ad un processo di concentrazione ed il sonnambulismo andava

considerato come un “*sonno lucido*” che si stabiliva senza limitazione della volontà e della libertà interiore.

Faria utilizzava una tecnica impositiva nella quale, attraverso il tono perentorio con cui pronunciava la parola “Dormi! ”, si verificava l’induzione.

Respingeva quindi le teorie esistenti e può considerarsi il fondatore delle prime tecniche di induzione ipnotica.

Contemporaneo e rivale di Mesmer è stato Giuseppe Balsamo, conte di Cagliostro; nato a Palermo, fin dai primi anni era ritenuto un personaggio straordinario, dotato di poteri soprannaturali.

A Parigi, dice Figuiet, Giuseppe Balsamo faceva dimenticare ogni celebrità contemporanea, l'ammirazione per lui giungeva al fanatismo. Lo si chiamava il "divino Cagliostro". Le guarigioni che egli otteneva erano numerose. Contemporaneo di Mesmer, è stato più fortunato di questi e, probabilmente, è stato apprezzato più di quanto in realtà valesse. "Cagliostro -dice Figuiet -guariva quanto Mesmer, ma lo faceva senza mosse né gesticolazioni, senza verghe di ferro, senza tinozza, semplicemente toccando e, a differenza di Mesmer, non si circondava dell'apparato ridicolo di questi, né parlò mai di alcun fluido. Sapeva agire con suggestioni, comunicare pensieri, generare desideri, assumere atteggiamenti impositivi e provocare allucinazioni come e meglio di come facesse Puységur con i suoi *sonnambuli magnetizzati*, con la differenza che operava anche su individui *svegli* o che credevano di esserlo. Cagliostro con i suoi specchi magnetici, le bottiglie, i vasi pieni d'acqua, non agiva sui soggetti diversamente da come in fondo farà Braid facendo fissare turaccioli di bottiglie o qualsiasi altro oggetto, magari lucente". (Vedi G.Belfiore "Magnetismo e ipnotismo" VII° edizione, Hoepli, Milano, 1928. Pagg.41-45.)

Il Marchese di Puységur (1751-1818) è stato il primo a suggerire un'analogia tra lo stato ipnotico ed il sonno, definendo sonnambulismo artificiale lo stato di trance profondo. Puységur trovava che la trance potesse essere provocata senza la "crisi" che Mesmer aveva considerato essenziale. Riteneva anche che all'ipnosi si associasse la chiaroveggenza, un'ipotesi sufficiente a mantenere vivo l'interesse popolare per questi fenomeni.

John Elliotson (1791-1868), professore di teologia e di medicina applicata all'Università di Londra, ha fatto un'intensa sperimentazione con il "mesmerismo", accogliendo le teorie di Mesmer sull'idea di una forza fisica suscettibile di essere trasmessa da un operatore vivente o da oggetti che ne fossero stati investiti in precedenza. Benchè fosse un illustre medico, una guida eminente ed uno specialista cui si deve l'introduzione in Inghilterra dello stetoscopio, Elliotson è stato censurato pubblicamente per i suoi scritti ed il suo impiego terapeutico dell'ipnosi. E' stato deriso specialmente quando la sostituzione del piombo con il nichel che Elliotson riteneva particolarmente atto a trattenere il magnetismo non aveva mutato l'efficacia dei trattamenti. Nel 1846 gli è stato chiesto di dimettersi dalla carica che ricopriva per aver scelto il magnetismo come tema della sua Harveian Lecture al Royal College of Physicians. Elliotson, svolgeva un'opera assai utile pubblicando lo "Zoist", una "rivista di fisiologia cerebrale e mesmerismo, e della loro applicazione per il benessere umano", iniziata nel 1843 e continuata per tredici fascicoli. Fino alla morte egli ha continuato a sostenere una teoria fisica e magnetica del mesmerismo.



l'attenzione fissando un punto luminoso.

Ho consultato svariati siti e testi che trattano la storia dell'ipnosi, ed in tutti si sottolinea come si possa far risalire la cultura dell' "ipnosi moderna" a James Braid.

Braid (1795-1860), chirurgo oculista, è il primo a introdurre la parola "*ipnotismo*" definendolo come uno "*stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali*", quali ad esempio stancare

Con "Satanic Agency and Mesmerism Reviewed" (1842), scritto sotto forma di lettera al reverendo H. Mc. Neile di Liverpool, egli pone le basi dell'ipnotismo medico.

Egli pubblicava, successivamente, anche un libro "Neurohypnology or the rational of nervous sleep considered in relation with animal magnetism" (1843) che è stato tradotto in moltissime lingue.

Avendo successivamente constatato che i soggetti che si "addormentavano" erano una minoranza, uno su dieci tutt'al più, e che polarizzare l'attenzione del pensiero su una sola idea procurava eccellenti risultati terapeutici senza l'intervento del sonno, ripudiava la parola "ipnotismo" nel 1847 sostituendolo con il termine "monoideismo" per designare la condizione dell'intelletto "dominato" da una sola idea.

Nel periodo in cui Braid conduceva il suo lavoro con l'ipnosi, James Esdaile (1808-1859) eseguiva in India numerosi interventi chirurgici, molti di essi su casi importanti, usando unicamente l'anestesia ipnotica. Una Commissione nominata dal Governatore del Bengala riferiva favorevolmente sulla sua opera, benché al suo ritorno in Scozia il suo interesse per il "mesmerismo-braidismo" gli procurasse lo stesso ostracismo che aveva colpito Elliotson.

Hippolyte Bernheim (Parigi, 1840-1919), medico, trasferitosi a Nancy in seguito all'occupazione prussiana, fondava, assieme a Ambroise-August Liébeault (1823-1904) la cosiddetta "Scuola di Nancy", che studiava i fenomeni di suggestione e di ipnotismo. Bernheim modernizzava l'ipnosi sostenendo l'inutilità e la falsità delle procedure teatrali, fino ad allora usate, abbandonava e respingeva il contesto mistico, esoterico, magnetico e cercava di dimostrare che la suggestione verbale era sufficiente, da sola, ad ottenere lo stato ipnotico.

Su posizioni diverse, negli stessi anni, Jean Martin Charcot (Parigi 1825-1893) si occupava di ipnosi presso l'ospedale parigino della Salpêtrière. Charcot, neurologo e professore di anatomia patologica, concentrava i suoi studi medici sulla anatomia clinica del sistema nervoso. Le sue ricerche portavano all'individuazione della sclerosi laterale amiotrofica (malattia di Charcot) e della sindrome clinica della



sclerosi multipla (triade di Charcot; vanno sotto questo nome i sintomi che sono l'espressione dell'interessamento cerebellare: nistagmo, parola scandita, tremore intenzionale). Le differenze tra le due scuole sono riconducibili alla

valutazione degli effetti ipnotici:

Charcot trascurava l'importanza della suggestione, ed asseriva che gli effetti ipnotici fossero sintomi collegati ad uno stato di isteria oppure ad una situazione di patologia psicologica. Per Charcot uno stato di "*debolezza nervosa*" favoriva l'ipnosi, mentre, secondo lui, la persona sana reagiva.

Secondo Bernheim, invece, lo stato ipnotico era causato dalla suggestione dell'ipnotizzatore che trovava riscontro nella suggestionabilità dell'ipnotizzato. Gli studi di Bernheim si concentravano, quindi, sulle diverse tecniche per indurre lo stato ipnotico, senza trascurare lo stato d'animo dell'ipnotizzato, le sue aspettative, le sue difese, la sua disponibilità. A questo proposito scriveva "*le manovre sono niente, la fede è tutto e la fede, cioè la capacità di credere, è propria dello spirito umano*". Con Bernheim quindi l'ipnosi acquistava la dignità di una tecnica applicabile anche a persone non nevrotiche. Ben presto però Bernheim aveva capito che non sempre la

“suggestione ipnotica” poteva essere accettata e trasformarsi in condizione ipnotica nei soggetti resistenti, mentre si era rendeva conto che anche solo una comunicazione terapeutica non ipnotica avrebbe potuto essere ugualmente efficace. Conseguentemente, pur essendo stato un innovatore delle concezioni dell’ipnosi ed avendo dato lustro a questa materia, diventava anche sostenitore dell’efficacia della relazione terapeutica psicoterapica pura e semplice, segnando così l’inizio vero e proprio delle psicoterapia moderna. La psicoterapia si diffuse al di fuori delle sedi universitarie anche tra quei medici che si interessavano prevalentemente agli aspetti



organici della psichiatria ed alla neurologia.

Tuttavia non si trattava delle attuali forme di psicoterapia, come la terapia familiare, la terapia di gruppo, la terapia dell’inconscio e così via.

Inizialmente la psicoterapia venne intesa in senso “*bernheimiano*”, ossia come l’impiego terapeutico del rapporto medico-paziente in un contesto intimo ed informale (Edward Shorter: “Storia della

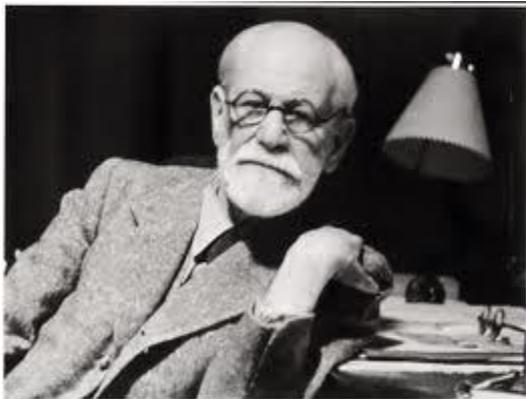
psichiatria” Ed Masson, 2000 pag.133-134).

Joseph Breuer (Vienna, 1842-1925) psichiatra, è considerato tra i fondatori dell’utilizzo dell’ipnosi in ambito medico. Famoso medico viennese, aveva una numerosa clientela all’interno della comunità ebraica e, provando pietà per Freud, che definiva “un neurologo senza pazienti”, lo aiutava procurandogli lavoro; gli inviava ragazze ebreche affette da “isteria” (Julius Wagner-Jauregg) .

Nel 1895 Freud e Breuer pubblicavano un libro intitolato “Studi sull’isteria” che includeva la storia di una giovane donna, che Breuer aveva chiamato Anna O., oltre a

diversi casi presentati da Freud (l'approccio terapeutico di Breuer e Freud è stato denominato "terapia catartica").

Secondo le teorie di Breuer, nel sistema nervoso esisteva una sorta di energia, che tendeva a mantenersi in equilibrio, a livello costante. Questa energia, che egli chiamava "tensione nervosa" poteva essere perturbata da disturbi di origine psicologica; la terapia consisteva nel ristabilirne l'equilibrio naturale. Nella sua vita professionale, Breuer ha fatto largo uso dell'ipnosi, salvo abbandonarla per un certo periodo a favore del "metodo catartico" utilizzando le "libere associazioni" per poi tornare a praticarla per il resto della sua vita.



Sigmund Freud (1856-1939), trascorrendo un periodo di studio e lavoro presso la clinica di Charcot, si interessava allo "stato ipnoide" rivelando una scissione psichica tra conscio e inconscio non integrati, tipica dell'isteria. Nel trattare casi difficili che non sembravano rispondere bene all'ipnosi, Freud sviluppava e applicava la tecnica delle libere associazioni, lasciando che tutte le associazioni del paziente affiorassero alla coscienza senza discriminazione o selezione. Riteneva, erroneamente ma coerentemente con la cultura di quel periodo, che l'ipnosi servisse esclusivamente a sopprimere i sintomi, ed era fermamente convinto che fosse un errore la soppressione indiscriminata di quelli che continuavano ad avere un senso per il paziente. Aveva inoltre intuito la connotazione sessuale nella situazione ipnotica, in cui la paziente "si dà" emotivamente all'ipnotista. Ulteriore limitazione dell'ipnosi era il fatto che non tutti i pazienti riuscissero a raggiungere lo stato ipnotico che Freud, evidentemente, riteneva dovesse essere lo stato sonnambulico.

Infine Freud aveva cominciato a pensare che il sistema di psicoanalisi da lui elaborato fosse superiore all'ipnosi.

Tale rifiuto dell'ipnosi da parte di Freud, dopo il suo precedente entusiasmo, ha avuto un profondo effetto negativo sullo sviluppo dell'ipnosi stessa (Glasner,1955). Tuttavia oggi sembra evidente che non tutte le critiche da lui mosse fossero obiettive. Freud era frustrato per il suo insuccesso nell'induzione in trance. Era stato, almeno in un'occasione, messo a disagio da una paziente che gli aveva gettato le braccia al collo romanticamente. Al tempo di Freud l'ipnosi era usata per la semplice repressione del sintomo ma egli si era reso conto che i sintomi avevano spesso una funzione protettiva. Avanzava anche l'ipotesi che, psicologicamente, l'ipnosi fosse simile all'innamoramento o all'attribuire un'eccessiva influenza al leader di un gruppo. La sua precoce denuncia dell'ipnosi è perdurata a lungo oscurando per anni le ricerche.

In seguito, Freud modificava il suo primo rifiuto all'ipnosi. Nel suo articolo *“Vie della terapia psicoanalitica”* affermava che nell' *“applicazione della nostra terapia ai singoli (...), l'influenza ipnotica potrebbe nuovamente trovar posto, come avviene per le nevrosi di guerra”* .

Molto tempo dopo aver sviluppato la tecnica psicoanalitica Freud parlava dell'esigenza di mescolare *“fruttuosamente il puro oro dell'analisi con il rame della suggestione diretta, compresa l'ipnosi”*.

L'ipnosi, a partire dal XIX secolo, è stata oggetto di attenzione anche per i medici; segnalò tra gli altri Jules Cloquet (1839) e Paul Broca (1859) che eseguivano operazioni chirurgiche sotto anestesia ipnotica.

Nel 1889, veniva organizzato il primo congresso internazionale di ipnotismo, al quale partecipavano medici e psicanalisti.

Ivan Petrovic Pavlov (1849-1936), direttore della Sezione di Fisiologia dell'Istituto di Medicina Sperimentale di Pietroburgo, Premio Nobel per la Medicina, focalizzava invece la sua attenzione sulla necessità di verifica scientifica degli esperimenti medici, ed elaborava una teoria sulla capacità di autoregolazione, sia fisica che psicologica dell'organismo umano. Nei suoi studi di fisiologia, rilevava il fenomeno dei “riflessi condizionati”. Tra gli autori che lo hanno seguito, coloro che si occupavano di ipnosi, hanno esplorato due campi diversi. Alcuni hanno approfondito lo studio del ruolo della suggestione ipnotica nell'utilizzo dei riflessi condizionati, altri invece hanno preso in esame i vari riflessi fisiologici, il loro collegamento con stati fisici ed il loro funzionamento. In questa maniera si veniva a creare uno strumento per indurre e potenziare la trance ipnotica.

E.Coué (1857-1926) nelle sue pratiche ipnotiche ribadiva tre punti fondamentali:

1) La suggestione non agisce sulla volontà ma sull'immaginazione, che è l'elemento dominante del subcosciente, il quale, a sua volta, influisce su tutte le funzioni del nostro organismo. Suggestionando e agendo sull'immaginazione, che spesso è in contrasto con la volontà, si riescono ad ottenere gli effetti ipnotici conosciuti.

2) L'ipnotismo deve definirsi “influenza dell'immaginazione sull'essere morale e sull'essere fisico dell'uomo”. L'ipnosi non si fonda tanto sulla volontà dell'ipnotizzatore, quanto sul rilasciamento dell'ipnotizzato e sul modo con cui egli elabora le suggestioni ricevute. La suggestione agisce solo in quanto può produrre *autosuggestione*, la quale, per essere operante, deve agire allo stato cosciente.

3) Agendo sull'immaginazione si possono guarire organi ammalati, mediante un'autosuggestione ripetuta, fondata su idee di benessere.

L'applicazione del metodo poggiava su due postulati fondamentali: a) “non si può pensare a due cose contemporaneamente”; b) “ogni pensiero che occupi

esclusivamente la nostra mente diventa vero per noi e tende a trasformarsi in atto”.

La disposizione essenziale della mente del malato doveva essere, perciò, per Coué quella e solo quella di pensare che la sofferenza spariva ed essa sarebbe sparita.

In base a queste teorie potremmo considerare Coué uno dei precursori dell'odierna psiconeuroendocrinoimmunologia.

Pierre Janet (1859-1947) pensava che l'ipnosi consistesse nella formazione di una *secondaria coscienza dissociata* con una sua particolare attività e memoria, che avrebbe preso transitoriamente il posto della coscienza normale. Tale ipotesi si fondava soprattutto sull'accertamento dell'amnesia post ipnotica e dell'automatismo che si nota in ipnosi. Anche Janet con le sue attente ricerche scopriva, indipendentemente da Breuer e da Freud, l'importanza terapeutica della reviviscenza ipnotica di emozioni antiche per la risoluzione di vari “*sintomi isterici*”. Egli dava un'interpretazione prevalentemente intellettuale dei fenomeni ipnotici; Freud concentrava invece la sua attenzione sui procedimenti istintivo-affettivi e proseguiva su questa strada anche per la valutazione del transfert.

Janet infine constatando che si poteva agire sulla mente attraverso il corpo, ricercava esercizi particolari di distensione, che riteneva più efficaci dei medicinali anche se di lunga e difficile applicazione, esercizi che anticipavano tutte quelle metodiche psicoterapeutiche che sarebbero seguite e che vanno dall'autodistensione concentrativa di Schultz o alla Jacobson, all'autoipnosi frazionata e graduata di Kretschmer, ecc.

Tra gli autori, che si sono occupati di ipnosi nel XX° secolo, è opportuno anche ricordare:

Alexander Romanovic Lurija (1902-1977), fondatore della neuropsicologia, che elaborava una complessa teoria sul sintomo neurologico, che metteva in connessione

con la teoria dei sistemi funzionali del cervello. Partendo dai suoi studi sugli effetti dei danni cerebrali, Lurija elaborava una teoria sul linguaggio, di grande rilevanza. Si occupava di ipnosi e del suo funzionamento dal punto di vista neurologico, focalizzandolo sul tema “memoria e ipnosi”.

Ernest R.J. Hilgarg (1904-2001) si occupava, negli Stati Uniti, di psicologia sperimentale e di apprendimento. Nel 1930 è stato uno dei fondatori della Scuola di Palo Alto. Il suo interesse all'ipnosi rientrava nel quadro della sua teoria sulla “dissociazione” che avverrebbe tra un “Io esecutivo” che ha le funzioni di ottenere ed elaborare le informazioni dell'ambiente, decidere il comportamento e metterlo in atto, ed una serie di altri centri di controllo, che possono essere influenzati dall'esterno, ad esempio con l'ipnosi. Studiando i vari stadi dell'ipnosi, elaborava uno strumento per la misurazione della profondità della trance ipnotica e delle suscettibilità delle persone all'ipnosi. Questo studio portava alla creazione della cosiddetta Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, tuttora in uso.

Una collocazione fuori dagli schemi delle normali cronache è richiesto per la figura di Milton Erickson. Erickson (1901-1980) crebbe in condizioni di quasi povertà,



in una fattoria del Middle West americano. L'infanzia veniva segnata da molteplici handicap. Fin dalla nascita era affetto da daltonismo, dislessia, sordità tonale, incapacità di eseguire o riconoscere i ritmi musicali. A 17 anni si ammalava di poliomelite, portandone poi le conseguenze; reagiva sottoponendosi a ginnastica,

bicicletta, canottaggio per rinforzare i muscoli che controllava. Un secondo attacco a 51 anni, lo costringeva infine sulla sedia a rotelle con le gambe ed un braccio paralizzati. Si laureava in Medicina, specializzandosi in Psichiatria. Veniva molto

apprezzato dagli psicologi della Scuola di Palo Alto che valutavano il suo lavoro come un validissimo tipo di terapia strategica, dedicando svariati libri alla sua figura ed allo studio delle sue tecniche. Erickson si è a lungo impegnato nel dare dignità scientifica all'ipnosi, fondando assieme ad altri l'American Society of Clinical Hypnosis e collaborando con Aldous Huxley nella sua ricerca sugli stati alterati di coscienza. Rilevava a partire da osservazioni su sé stesso, il fenomeno della "focalizzazione idrodinamica" : in termini fisiologici, ogni cellula cerebrale azionata da un'idea, attiva a sua volta le fibre nervose che devono realizzare questa idea. E questo quasi sempre avviene al di sotto del livello della coscienza.

Ideava molte delle sue strategie stigmatizzando i suoi handicap e lavorando sulla diversa percezione del mondo che ne conseguiva. Saranno i suoi allievi a rielaborare culturalmente queste intuizioni stabilendo nuove teorie operative in campo ipnotico. Spesso praticava l'ipnosi senza nessuna formalità ed apparentemente senza alcuna manovra di induzione, per lo meno di tipo rituale e i pazienti, sovente, non si accorgevano di essere stati ipnotizzati.

Utilizzando gli studi dell'epoca, effettuati sul sonno e sulle sue diverse fasi, Erickson era convinto che, anche nella fase di veglia, l'attività cerebrale attraversasse dei periodi ultradiani di attività intensa, intervallati da periodi di riposo, come ha ulteriormente approfondito successivamente uno dei più rappresentativi dei suoi allievi, l'italoamericano Ernest Rossi.

La sua sensibilità e l'attenta osservazione, gli facevano rilevare gli stati d'animo del paziente, e la fase della sua attività cerebrale; a questo punto interveniva, raccontando episodi della sua vita, ricordi, storie dal contenuto un po' strano, e la persona davanti a lui entrava in trance, senza nemmeno accorgersene. Nei suoi

racconti utilizzava tecniche di comunicazione come il paradosso, il doppio legame, la metafora.

Questo sistema, che Erickson chiamava, “metodo naturalistico”, gli consentiva di utilizzare in modo creativo le risorse psicologiche della singola persona, al fine di ottenere cambiamenti e guarigione.

Erickson sosteneva che l'uomo spesso ignora i dati che gli vengono dall'esterno, e fa' invece riferimento alla propria “mappa interna”, che è costituita da una serie di dati, procedure, regole e schemi di comportamento, che sono scesi sotto la soglia della coscienza. Per questo motivo il giudizio sulle persone conosciute, le idee e la visione del mondo contenuti nella mappa, non vengono verificati, aggiornati o modificati col tempo, ma tendono ad diventare rigidi e a confermarsi sempre di più, costretti da un sistema cognitivo auto referenziale.

Con l'intervento dell'ipnosi, questi schemi verrebbero disassemblati, cambiando i riferimenti percettivi e cognitivi, e poi rimessi assieme ma in combinazioni diverse. Con questo sistema le risorse del paziente che, secondo Erickson, andavano ricercate nella sua storia personale, erano valorizzate al massimo e utilizzate per la risoluzione dello stato di sofferenza.

Lo sforzo maggiore del terapeuta, era quello di insegnare alla persona ad operare delle scelte nella propria vita, e ad affrontare situazioni che si ripetevano, in modo diverso dal passato. Integrava questo intervento con l'insegnamento di tecniche, come ad esempio quella di dividere un problema troppo difficile in pezzi per poi applicarsi alla risoluzione delle singole parti. Per dovere di cronaca ritengo indispensabile sottolineare un aspetto di Erickson che pochi conoscono e che riprenderò nel capitolo 5 : *“Benchè fosse molto abile nell'impiego della metafora sia a fini terapeutici che didattici, Milton Erickson ricorreva molto frequentemente a*

metodi diretti. Basandosi in gran parte su colloqui con terapeuti che avevano lavorato da vicino con Erickson, Hammond (1984) afferma che al culmine delle sue capacità Erickson utilizzava metodi diretti per l'ottanta per cento circa del tempo. Quest'osservazione aiuta a mettere la metafora e gli altri metodi indiretti nella giusta prospettiva: nella maggior parte dei casi queste tecniche dovrebbero probabilmente svolgere un ruolo aggiuntivo” (Barker Philip: “L'uso della metafora in Psicoterapia” Ed. Astrolabio,1985) .

In Italia l'interesse per l'ipnosi non era particolarmente fecondo di studi e applicazioni pratiche; abbiamo, a partire da fine '800, delle pubblicazioni di studiosi che si interessavano di ipnosi, quali Lombroso (1887), Portigliotti (1902), Benussi (1925), Roasenda (1927) ma si deve attendere il 1960, anno di fondazione dell'AMISI, Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, per assistere alla nascita di un interesse scientifico “forte” per l'argomento.

Nel 1961 essa organizzava il primo corso di formazione in ipnosi e, pubblica dal 1965, la “Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicosomatica”, la prima rivista di ipnosi a carattere scientifico pubblicata in Italia.

Franco Granone (docente in clinica delle malattie nervose e mentali dal 1943, già incaricato di psichiatria in rapporto con la patologia internistica alla Scuola di



specializzazione dell'università di Torino dal 1972 al 1981 e docente di Psicologia nella facoltà medica dell'Università di Vercelli), primario neurologo presso l'Ospedale Generale Sant'Andrea di Vercelli, fondava nel 1965 un Centro Ospedaliero di Ricerca Clinica e Sperimentale di Ipnosi annesso alla Divisione

Neurologica, e in questo Centro organizzava, nel marzo 1970, un primo corso di ventiquattro lezioni con l'ausilio di cattedratici delle Università di Cagliari, Modena, Pavia, Roma, Torino. Nel 1979 questo Centro si trasferiva da Vercelli a Torino costituendo una nuova Società, il Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale, C.I.I.C.S., sotto la presidenza dello stesso Granone.

Granone incontrava Erickson nel 1965 esponendogli la sua teoria sul "rituale ipnotico" per creare una scala di valori a scopo sperimentale e terapeutico, condensato nella parola LE.CA.MO.I.A.S.CO (levitazione, catalessi, movimenti automatici rotatori, inibizione di movimenti volontari, analgesia, sanguinamento, condizionamento).

Entrambi concordavano che l'induzione ipnotica e l'impostazione terapeutica non potessero seguire rigidi schemi dottrinali e che la tecnica dovesse adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente. Granone pubblicava il suo trattato nel 1962. Il C.I.I.C.S. sotto la sua presidenza fondava nel 1980 una Scuola post universitaria di ipnosi clinica sperimentale che tiene ogni anno a Torino corsi propedeutici e formativi specialistici inizialmente solo per medici, dentisti e psicologi e, successivamente, anche per ostetriche, fisioterapisti ed infermieri.

*Se è pur vero che con Milton Erickson l'ipnosi divenne arte sublime
è certo che solo con Franco Granone l'ipnosi ottenne
la consacrazione definitiva a manifestazione psicobiologica
studiata scientificamente e scientificamente definita ed individuata
nei suoi limiti e nelle sue caratteristiche psico-neuro-biologiche."*
Angelo Gonella

II°Capitolo

Analisi storica di alcune definizioni

*“Di là dalle idee,
di là da ciò che è giusto e ingiusto, c’è un luogo.*

Incontriamoci là.”

Jalal-Al-Din- Rumi

E’anche attraverso l’analisi delle varie definizioni di alcuni tra gli studiosi più significativi di questa disciplina che si sono succeduti nel tempo che si può arrivare a meglio capire questo fenomeno nelle sue mille sfaccettature. Infatti non sorprende che le definizioni di ipnosi varino considerevolmente negli anni.

Meares (1961) poneva l’accento sugli aspetti atavici dell’ipnosi, quelli che suggeriscono una risposta filogenetica primordiale.

Definiva l’ipnosi fondamentalmente una *“regressione al modo di funzionamento mentale primordiale in cui si accettano le idee acriticamente con il processo primordiale di suggestione”*.

Aggiungeva che al “vertice” di questa fondamentale regressione possono operare vari meccanismi psicologici, come l’identificazione, l’introiezione, il condizionamento, la dissociazione, l’investimento in un ruolo, le difese isteriche e la comunicazione attraverso il comportamento anziché quella verbale.

Kline (1962), discutendo la concezione di Meares scriveva: *“Con ogni evidenza l’ipnosi non è una reazione né singola né semplice, ma uno stato saldamente agglutinato entro il quale la funzione di stimolo può alterarsi radicalmente e i meccanismi di regolazione della realtà possono diventare più flessibili e suscettibili*

di trasformazione multifunzionale". Egli poneva in rilievo che la *"costanza percettiva può essere sostituita da una molteplicità di dispositivi percettivi organizzanti"* con cui si spiegano talune risultanze apparentemente paradossali degli studi sull'ipnosi.

Nella stessa discussione Raginsky (1962) osservava che *"ogni teoria sull'ipnosi deve necessariamente essere biologica"*, sia pure indicando l'importanza di altri modelli concettuali, come il sociologico, l'antropologico e il fisiologico.

Raginsky riteneva che ogni definizione dell'ipnosi dovesse considerare *"il modo in cui la persona ipnotizzata muove in direzione di una funzionalità che si avvicina al livello assolutamente primordiale dell'esistenza psicofisiologica, in cui la coscienza della differenziazione individuo-ambiente decresce tendendo all'infinito"*.

Marmer (1959) definiva l'ipnosi una *"tetrade psicofisiologica di coscienza alterata"* formata da maggiore suggestionabilità, minore consapevolezza, debolezza selettiva e attenzione ridotta.

Erickson (1958) definiva l'ipnosi *"uno stato di attenzione e ricettività intensificate e di accresciuta reattività a un'idea o a una serie di idee"*.

Schneck (1962) scriveva che *"lo stato ipnotico è fondamentalmente la condizione rappresentata dalla forma più primordiale di consapevolezza psicofisiologica della differenza tra individuo e ambiente raggiungibile tra gli organismi viventi"*.

Alexander (1972) pensava che *"l'ipnosi può esser definita come uno stato manifestato da un rivolgimento della mente verso l'interno, che agevola un aumento della creazione immaginativa ,privilegia il ragionamento induttivo sul deduttivo e riduce il bisogno dell'esame di realtà, fornendo così una disposizione mentale in cui, mediante opportune suggestioni, alcune idee possono essere percepite e sperimentate in modo tanto vivido da permetterne la rivivificazione sino ad avere allucinazioni"*.

Conn (1949) descriveva l'ipnosi come un rapporto interpersonale a più livelli, dinamico, il cui fattore essenziale è l'immaginazione.

Bartlett (1968) definiva l'ipnosi *“un controllo del normale controllo dell'input (informazioni) al fine di controllare l'output (comportamento)”*.

Zimbardo, Maslach e Marshall (1972) avanzavano l'ipotesi che *“l'ipnosi: (a) sia uno stato nel quale gli effetti del processo cognitivo sulla funzionalità corporea sono amplificati; (b) abiliti il soggetto a percepire il punto focale della causalità per un controllo della mente e del corpo più interiormente centrato e volitivo; (c) sia spesso associata a un senso più elevato delle immagini visive; (d) possa portare a una concentrazione più intensa e all'eliminazione delle distrazioni”*.

Orne (1972) stabiliva accuratamente gli aspetti che consentono di distinguere l'ipnosi dal comportamento normale: *“la presenza dell'ipnosi può essere accertata dal modo in cui il soggetto risponde alle suggestioni. Euristicamente, quindi, l'ipnosi va considerata come lo stato o la condizione in cui le suggestioni dell'ipnotista provocheranno fenomeni ipnotici. Operativamente i fenomeni ipnotici possono essere distinti dalle risposte non ipnotiche solo quando siano date delle suggestioni che obblighino il soggetto a distorcere la sua percezione o la sua memoria.*

Conseguentemente, l'individuo ipnotizzato può essere riconosciuto tale solo dalla sua capacità di rispondere alle opportune suggestioni modificando appropriatamente talune o tutte le modalità della percezione o della memoria.”

Nella sua definizione dell'ipnosi West (1960) fonde i concetti psicologici con quelli fisiologici: *“dal punto di vista psicofisiologico la trance ipnotica può essere definita come uno stato dissociato controllato. Questo stato di coscienza alterata è mantenuto attraverso meccanismi parassociativi mediati dal sistema reticolare ascendente, quando il soggetto è nello stato ipnotico viene mantenuta la vigilanza*

relativa all'inibizione o all'esclusione della coscienza di una considerevole quantità di informazioni in entrata, che di norma sarebbero percepite consciamente nel processo dell'esame di realtà. In queste condizioni, le informazioni inserite nella ristretta zona della coscienza del soggetto da parte dell'ipnotista con le sue suggestioni sono accettate come reali in misura maggiore o minore, nei vari momenti, a seconda della dissociazione di altre informazioni della coscienza da parte del soggetto".

Esaminando l'ipnosi come coadiuvante della psicoterapia, Spiegel (1974) ne dava una definizione operativa considerandola *"uno stato alterato di rapporto interpersonale intenso e sensitivo tra l'ipnotista e il paziente, caratterizzato dalla sottomissione irrazionale di quest'ultimo e dal relativo abbandono del suo controllo esecutivo sino a uno stato di maggiore o minore regressione o dissociazione"*. Spiegel poneva in rilievo che nella pratica clinica l'ipnotista struttura tale stato di regressione per facilitare il raggiungimento degli obiettivi desiderati.

Altrove (1974) definiva l'ipnosi *"una risposta a un segnale altrui o a un segnale interno, che attiva nel soggetto una capacità di mutamento dello stato di coscienza e permette una più intensa concentrazione in direzione di un obiettivo designato. Questo mutamento di attenzione è costantemente sensibile e reattivo alle suggestioni dell'ipnotista o dello stesso soggetto quando questi sia opportunamente allenato"*. E' una definizione piuttosto singolare perché pone l'accento sulla possibilità che l'ipnosi abbia un'origine intrapsichica.

Guantieri (1975) sosteneva che: *"L'ipnosi non è solo terapia, non è solo risposta psichica, ma è anche risposta somatica-viscerale, organica, 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”.

Ancora Milton Erickson scriveva: *“L’ipnosi è una condizione naturale che si verifica spontaneamente in diversi momenti della vita quotidiana (Common everyday trance, Haley 1978) e che può essere indotta nel pieno rispetto delle esigenze e delle capacità della persona”.*

Franco Granone sosteneva: *“Si intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questo e l’ipnotizzatore”.*

Secondo Antonio Maria Lapenta : *“... Emerge ancora la constatazione che l’ipnosi, lungi dal ridursi ad una mera situazione transferenziale, costituisce di fatto una risposta psicosomatica globale, caratterizzata dall’insorgenza di una serie di fenomeni vari, alcuni di stampo nettamente psichico, altri di stampo nettamente fisico (biochimico, ghiandolaire, viscerale, ecc.).*

L’ipnosi mostra la persona in questa sua unità e fa acquistare una mentalità che porta a considerare l’uomo non più in maniera settoriale ma come entità unica, mente e corpo; concepire filosoficamente l’uomo in questa maniera significa, come abbiamo precedentemente detto, recuperare un modo antico ed eterno di essere medici”.

Per Giuseppe Tirone invece *“L’ipnosi è un fatto biologico, è un dinamismo psicosomatico di particolare partecipazione mente-corpo attraverso il quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche.*

L'aspetto caratterizzante di tale dinamismo è il monoideismo plastico. Attraverso la propria coscienza di sé il soggetto è in grado di gestire la potenzialità della rappresentazione mentale.

Perché l'ipnosi possa essere ottenuta è fondamentale un rapporto interpersonale fra l'operatore e il soggetto, caratterizzato da una specifica comunicazione; a tal fine è necessario che l'operatore attivi delle procedure che orientino l'attenzione del soggetto sull'obiettivo da raggiungere (tali procedure sono dette "tecniche d'induzione"). Devono inoltre essere presenti nel soggetto precise e specifiche condizioni: attese, atteggiamenti, motivazioni e potenzialità d'apprendimento.

Quando l'ipnosi non è realizzata attraverso un rapporto interpersonale diretto ma è ottenuta con procedure autonome apprese nei modi più disparati (Training Autogeno, Meditazione, Dinamica mentale, Mind Control...) è detta autoipnosi".

L'American Psychological Association dà la seguente definizione di Ipnosi:
"L'Ipnosi e' una procedura durante la quale un medico o uno psicologo suggerisce che il paziente faccia esperienza di cambiamenti nelle sensazioni, percezioni, pensieri o comportamenti;

- tali cambiamenti vengono usati dal sanitario nel trattamento psicoterapico per problemi psichici, oltre che nel trattamento del dolore e di molti problemi psicologici che emergono in campo medico e odontoiatrico;*
- il contesto ipnotico e' generalmente stabilito mediante una procedura di induzione che può essere fatta con tecniche dirette ("convenzionali" o comunque esplicitate) o indirette ("conversazionali" e di utilizzazione);*
- le persone rispondono all'Ipnosi in modi diversi. Alcune persone sono altamente responsive nei confronti delle suggestioni ipnotiche e altre sono meno responsive. La responsività influisce sulla profondità della trance*

raggiunta dal soggetto ma non inficia un lavoro psicoterapico svolto con il modello ipnotico;

- *le persone che sono state ipnotizzate NON perdono il controllo sul loro comportamento.”*

III°Capitolo

Paradigmi teoretici

*“Studia prima la scienza
e poi seguita la pratica nata da essa scienza.
Quelli che s'innamorano della pratica senza scienza,
sono come i nocchieri che entrano nella nave senza timone o bussola.”
Leonardo da Vinci*

La realtà dell'ipnosi è poliedrica, intrigante ed ancora in parte misteriosa. Come nella favola orientale dell'elefante percepito da uomini ciechi nelle sue singole parti, mai però nella sua globalità, così l'ipnosi è stata esplorata da molti ricercatori, ognuno dei quali l'ha “percepita” e definita in modo diverso, ma sempre parcellare.

I numerosi paradigmi teoretici formulati, sebbene inadeguati a rappresentare l'intera realtà dell'ipnosi, pure illuminano alcuni aspetti di questo complesso universo.

E tuttavia l'ipnosi non è uno stato stabile e definito, ma un processo dinamico, lungo un *continuum* ampio e continuamente mutevole, dello stato di coscienza.

Essa non può essere quindi spiegata da un singolo fattore perché, come ogni processo psicobiologico, si dispiega trasversalmente su molte aree della fisiologia umana normale.

I paradigmi teoretici dell'ipnosi possono essere distinti fondamentalmente in:

- **paradigmi psicologici;**
- **paradigmi neurofisiologici;**
- **paradigmi neuropsicologici.**

3.1 Paradigmi Psicologici

Teorie psicoanalitiche:

L'interpretazione psicoanalitica dell'ipnosi considera solitamente la trance come una forma di “*transfert*” attraverso il quale si riattiverebbe un tipico rapporto edipico, in cui l'ipnotizzato si comporta nei confronti dell'ipnotista come un bambino nei confronti di un genitore. Lo stesso Freud paragonava l'ipnosi al processo di innamoramento, osservando come siano presenti in entrambe le condizioni la stessa umile sottomissione, la stessa complicità, la stessa assenza di critica. L'ipnotista (oggetto d'amore) si pone al centro come Io ideale agli occhi dell'ipnotizzato, così che il senso stesso della realtà viene alterato in sintonia con quanto suggerito dall'ipnotista .

L'ipnosi comprenderebbe dunque una sorta di “legame erotico” intrinseco al rapporto interpersonale. Una formulazione psicoanalitica considera l'ipnosi come una “regressione adattiva al servizio dell'Io”. Secondo Gill e Brenman, infatti, il soggetto ipnotizzato verrebbe a sottoporre un sottosistema del suo Io (quello ipnotico) al temporaneo controllo dell'ipnotista per finalità terapeutiche, ma sarebbe sempre in grado di riguadagnare il controllo sui propri apparati e funzioni, così da riassumere, al bisogno, il normale stato di veglia.

Teoria neo-dissociativa:

Elaborata da E.H.Hilgard sulla base di alcune osservazioni ricavate da studi sull'analgesia ipnotica, la teoria neo-dissociativa postula un modello cognitivo multiplo o dinamico, retto da un Ego-Executive, al quale sarebbero subordinate diverse strutture di controllo cognitivo. Questi sottosistemi egoici sono organizzati,

secondo Hilgard, gerarchicamente, ma le gerarchie sono modificabili. Il riassetto delle gerarchie di controllo può avvenire nelle più svariate circostanze.

Ad esempio nel sonno il sistema cognitivo deputato all'attività onirica diverrebbe dominante rispetto a quanto accade nello stato di veglia. Anche l'induzione ipnotica modificerebbe l'assetto gerarchico, riducendo la dominanza dell'Ego-Executive, in modo che ciò che è volontario diventa involontario, ciò che normalmente è ricordato può essere dimenticato (amnesia post-ipnotica) e quello che normalmente non è disponibile alla coscienza può essere recuperato (ad esempio attraverso la tecnica della scrittura automatica o il cosiddetto *osservatore nascosto*).

Teorie alternative:

Con questo termine, mutuato da Barber, ci si intende riferire alle teorie dell'approccio scettico all'ipnosi, i cui più autorevoli sostenitori sono Sarbin e il già citato Barber.

Sarbin considera la condotta ipnotica come "recita di un ruolo" (role-enactment) da parte dell'ipnotizzato. In altri termini il soggetto, sulla base di un positivo rapporto transferale, tenderebbe a comportarsi come ci si aspetta agisca una persona ipnotizzata, alla stessa stregua di un buon attore che si immedesima nella parte che sta recitando.

Il più rigido assertore dello scetticismo in ipnosi è certamente T. X. Barber. Attraverso una serie di esperimenti metodologicamente ineccepibili, giunge alla conclusione che concettualizzare lo stato ipnotico come differente dallo stato di veglia sia del tutto erroneo, poiché i fenomeni solitamente ascritti alla trance sarebbero riproducibili anche senza induzione ipnotica. In realtà gli assunti dell'approccio scettico non spiegano molti aspetti della fenomenologia ipnotica,

mentre la recente individuazione di “indicatori biologici” obiettivi dello stato di trance rappresenta indubbiamente un argomento decisivo contro la teoria del non-stato.

3.2 Paradigmi Neurofisiologici:

Fino al recente passato l'evidenza neurofisiologica in favore di un particolare stato di coscienza definito “ipnosi” era inconsistente e le teorie ad essa correlate erano aneddotiche e insufficientemente elaborate. Talune conservano un puro valore storico, come le teorie dell'ipnosi come sonno. L'analogia tra sonno e trance, suggerita la prima volta dal Marchese di Puységur, ha resistito per oltre un secolo nella letteratura competente, ma le indagini elettrofisiologiche hanno definitivamente smentito che la condizione ipnotica sia comparabile, almeno sotto questo profilo, allo stato di sonno.

Sulla base degli studi sui riflessi condizionati, Pavlov riteneva l'ipnosi espressione di un'inibizione corticale diffusa associata ad un'eccitazione focale di una singola area cerebrale: dal vario grado di bilanciamento tra meccanismi inibitori e facilitatori dipenderebbe la profondità della trance.

Reyher ha proposto un modello filogenetico dell'ipnosi. L'induzione ipnotica disunirebbe strutture filogeneticamente antiche (come il sistema limbico) dal controllo neocorticale, promuovendo un'esperienza irrealizzabile nello stato di veglia. Secondo l'autore, la qualità coattiva della suggestione ipnotica indicherebbe che l'operatore ha assunto la funzione egoica di analizzatore ed integratore dell'input sensoriale del soggetto ipnotizzato. Egli diventa così gli occhi, le orecchie del soggetto e le sue suggestioni agiscono come fossero percezioni o azioni spontanee del soggetto.

3.3 Paradigmi Neuropsicologici:

Le acquisizioni in tema di asimmetria strutturale e funzionale degli emisferi cerebrali pongono le basi per un nuovo paradigma neuropsicologico dell'ipnosi, capace di mediare una sintesi efficace tra approcci differenti e solo apparentemente inconciliabili, quali quello neurofisiologico e quello psicologico. Lo studio delle relazioni tra la "preferenza manuale", le capacità cognitive dell'uomo e l'organizzazione del Sistema Nervoso Centrale ha evidenziato da tempo un'asimmetria funzionale dei due emisferi cerebrali, introducendo il concetto di "*dominanza cerebrale*". Con tale termine s'intende, dal punto di vista operativo, il ruolo predominante di un emisfero sull'altro in rapporto ad una determinata funzione (ad esempio quella dell'emisfero sinistro per quanto riguarda le funzioni verbali). Recentemente la nozione di dominanza è stata sostituita da quella più appropriata di *specializzazione complementare*, intesa come "dominanza relativa" di un emisfero per una determinata funzione.

La specializzazione emisferica può essere studiata mediante le seguenti modalità d'investigazione: a) analisi degli effetti di lesioni corticali focali e lateralizzate in pazienti cerebrolesi; b) studio di pazienti sottoposti ad isolamento chirurgico dei due emisferi (il cosiddetto "*split brain*") mediante l'intervento di commissurotomia o sezione del corpo calloso, principale commissura interemisferica, per il trattamento di forme intrattabili di epilessia; c) nel cervello intatto, mediante sofisticate tecniche che utilizzano l'asimmetria fisiologica di riconoscimento di stimoli percettivi (come, ad esempio l'ascolto dicotico, le tecniche tachistoscopiche, ecc.) o l'asimmetria di performance motoria.

Con approssimata semplificazione, si può ritenere che l'emisfero cerebrale sinistro sia, nel destrimane, specializzato nei compiti analitico-verbali, mentre quello destro risulterebbe più idoneo nei compiti visuo-spaziali.

Lo *stile cognitivo* dell'emisfero sinistro è analitico, in quanto coglie degli aspetti rilevanti degli stimoli, elaborando l'informazione "in serie", vale a dire mediante una valutazione sequenziale delle singole parti. In termini di teoria dell'informazione possiamo definire come "digitale" questa modalità di elaborazione dell'informazione. Essa risulta altamente efficiente per operazioni linguistiche e per la formulazione di concetti. Da un punto di vista psicoanalitico, questa funzione coincide ampiamente con la definizione dei "Processi Secondari".

Lo stile cognitivo dell'emisfero destro è particolarmente sviluppato per integrare differenti sorgenti d'input sensoriali, simultaneamente piuttosto che sequenzialmente, subordinandoli ad un'organizzazione gestaltica. Questo stile cognitivo, che potremmo definire "olistico" o "analogico-sintetico" è di straordinaria efficacia per le attività visuo-spaziali, la coordinazione motoria nello spazio, la comprensione della tonalità musicale, per la creatività artistica e scientifica, e per altre performances che richiedono la percezione olistica di quella facoltà riconosciuta comunemente come "intuizione" o "simultanea percezione del tutto". Nella terminologia psicoanalitica, le funzioni dell'emisfero destro coincidono largamente con quelle dei "Processo Primari". Lo dimostra il tipico "linguaggio" extra-verbale, arcaico, atemporale, metaforico, ricco di ambiguità, giochi di parole, ecc.

Tab. I - Differenze di performance tra i due emisferi cerebrali (modif. da J.C. Eccles, *The Human Psyche*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1980)

Emisfero dominante	Emisfero minore
Collegamento con lo stato di coscienza	Non collegamento
Verbale	Quasi non-verbale
Linguistico	Musicale
Ideazionale	Spaziale
Concettualizzante	Visualizzante
Analitico temporale	Sintetico temporale
Analitico spaziale	Sintetico spaziale (olistico)

La Tab. I illustra le competenze emisferiche. In base a quanto esposto, appaiono estremamente suggestive e convincenti le analogie tra fenomenologia soggettiva ed oggettiva della trance ipnotica e funzioni dell'emisfero destro. Le alterazioni dello schema corporeo, le modificazioni della cenestesi (ad esempio il senso della pesantezza e/o di leggerezza di un arto) e della percezione (come l'analgesia) sono funzionalmente analoghe a quelle riscontrabili in soggetti con lesione organiche emisferiche destre. Allo stesso modo, il disorientamento spazio-temporale, le modificazioni del vissuto emotivo e dei contenuti mnestici, la presenza di taluni stati dissociativi riscontrabili in questi pazienti riproducono sorprendentemente quel graduale processo di anamorfosi o di "falsificazione" della realtà, per cui, ad esempio, il volontario diventa involontario e l'irreale diventa reale. Non è forse per questo che Lurija ha definito "la logica della trance" ? E' noto, d'altra parte, che l'unica stigmata personologica sicuramente collegata alla suscettibilità ipnotica è il cosiddetto "*coinvolgimento immaginativo*". Non è neanche questa una caratteristica peculiare dell'emisfero destro? Ma è soprattutto la dinamica della procedura ipnotica, realizzata mediante un linguaggio verbale o extra-verbale, e che in M. H. Erickson si fa arte terapeutica, a rappresentare l'esempio più convincente di "linguaggio emisferico destro". Molti degli approcci ericksoniani (dalla pantomima

alla tecnica della confusione, all'uso del linguaggio metaforico, analogico) costituiscono dei formidabili strumenti per depotenziare l'emisfero sinistro ed attivare l'emisfero destro, risolvendo, in chiave terapeutica, il possibile conflitto interemisferico.

La Tab II illustra le principali differenze tra le funzioni emisferiche, comparandole, per analogia, a quelle esistenti tra esperienza di trance e stato di veglia: le equivalenze sono sorprendenti.

Tab. II - Analogie fra specializzazione emisferica e differenze tra esperienza della trance e stato di veglia (da Erickson, Rossi & Rossi, 1976)⁽⁸²⁾

Emisfero SX (Stato di Veglia)	Emisfero DX (Trance)
Linguistico	Pantomimico, cenestesico musicale
Logico-grammaticale	Visuospaziale
Razionale	Intuitivo
Astratto	Letterale-concreto
Analitico	Percettivo-sintetico

Recentemente il paradigma neuropsicologico è stato supportato dalla scoperta di significativi correlati neurofisiologici e neuropsicologici.

IV° Capitolo

Stati di coscienza

“ E’ la tua mente a creare questo mondo”

Buddha

Per secoli Zen, Buddisti, Tibetani, Yogi, Sufi, Shamani, mistici cristiani ed altri, hanno utilizzato pratiche di meditazione e/o preghiera che includevano un mantra cantato (preghiera o formula mistica della religione indù, di alcune forme del buddismo e della tradizione orientale ortodossa) o la focalizzazione dell’attenzione di un oggetto.

La presenza di rituali cerimoniali auto ed etero suggestivi, la ripetitività di stimoli verbali (preghiere, canti, giaculatorie) ed extra verbali, erano tutti fattori che facilitavano il cambiamento del processo di orientamento della realtà e lo sviluppo di “*Alterati stati di Coscienza*” (altered = moderatamente modificato) molto simili tra loro, indipendentemente dalle matrici ideologiche e religiose.

Questi stati meditativi hanno infatti in comune un obiettivo: bloccare il flusso ordinario di coscienza per ritrovare la “Non-Mente” dello Zen, il “Se Immortale” dello Yoga, l’annullamento del Sé del Sufismo, o l’estasi dei mistici Cristiani.

Simili esperienze riflettono, per molti aspetti, almeno sul piano fenomenologico, l'accresciuta consapevolezza sensoriale e l'unicità dell'esperienza percettiva e cognitiva indotte da droghe psicotomimetiche (cannabis, LSD, ecc.).

Questi “*Alterati stati di Coscienza*” presentano significative affinità con la realtà ipnotica, sia sul piano esperienziale sia su quello psicofisiologico. Ma cosa s'intende per “stato ordinario” e “stato alterato di coscienza”? I termini “stato di coscienza” e “alterato stato di coscienza” sono usati in chiave psicologica per indicare, genericamente, l'aspetto soggettivo di ogni esperienza umana.

Secondo Tart: “*Uno stato Ordinario di coscienza*” non è qualcosa di naturale o di dato, ma una costruzione di elevata complessità, uno strumento specializzato a far fronte all'ambiente circostante ed ai suoi abitanti, uno strumento utile per alcune cose, ma non utile, persino pericoloso per altre”.

Visto da vicino, questo costrutto è costruito di numerose differenziate componenti, che tuttavia operano congiuntamente come parti di un sistema complesso.

Tart propone la definizione di *Stato Discreto di Coscienza* quale “unico pattern dinamico o configurazione di strutture psicologiche”. Uno “Stato Discreto di Coscienza” è anche un sistema attivo articolato in una serie di sottosistemi psicologici quali i nostri stati ordinari di veglia, l'innamoramento, l'eccitamento sessuale, la paura, la rabbia, stati tutti differenti gli uni dagli altri, ma potenzialmente presenti nell'ambito di una persona normale.

Quando una modificazione dello stato di coscienza oltrepassa i limiti della “coscienza normale” si parla di “*Stato Alterato di Coscienza*”. Ma il concetto di normalità è relativo e spesso arbitrario.

Per questo motivo, uno “*Stato Alterato di Coscienza*” va inteso come qualsiasi deviazione da uno stato “ordinario” e “basale” di coscienza. Così, se lo stato basale

di una persona è quello di veglia, allora il sonno, il sogno, l'ebbrezza alcolica o l'esperienza di droghe, gli stati meditativi o l'ipnosi sono tutti "Stati Alterati di Coscienza".

Il termine "*Discreto Stato di Alterata Coscienza*" (d-ASC) si riferisce ad un Discreto Stato di Coscienza (d-SoC) che differisca dal nostro stato ordinario e basale di coscienza. Il termine "alterato" deve essere inteso in senso puramente descrittivo, senza alcuna connotazione di valore.

Una versione moderna anche se non originale, degli antichi stati di meditazione è rappresentata dalla Meditazione Trascendentale (T.M.). Molto brevemente la T.M. è una tecnica di rilassamento passivo tipo "mantra", introdotta nel mondo occidentale dal Maharishi Mahes Yogy.

La tecnica è molto semplice e consiste nel sedere comodamente con gli occhi chiusi, venti minuti due volte al dì, e pensare tra sé e sé ad un suono sanscrito, un mantra, impartito al meditatore da un maestro della tecnica.

Durante stati di meditazione passiva o trascendentale sono stati osservati aumenti della densità del ritmo alfa particolarmente nelle regioni occipitali.

Le modificazioni psicofisiologiche autonome riportate durante la T.M. (Meditazione Trascendentale) sono compatibili con la risposta al rilassamento di Benson (questa tecnica fu presentata dal Dr. Herbert Benson in un libro pubblicato negli anni '70 dal titolo "*Relaxation Response*") e indistinguibili da quelle riportate in stati Zen e Yoga, mentre l'esperienze soggettive vengono descritte come molto positive. Lo stato di meditazione è stato definito come una specie di stato di attenzione libera-fluttuante, una sorta di calma vigilanza, essenzialmente non verbale e non-concettuale.

D'altro canto, uno studio comparato su correlati autonomici della T.M. e dell'autoipnosi non ha rilevato differenze significative. La presenza di correlati EEG ed autonomici comuni ha suggerito patterns neurofisiologici identici per gli stati di meditazione o mistici.

L'ipnosi è uno **stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente.**

La capacità di quest'ultimo di realizzare l'ipnosi è mediata da variabilità favorevoli (rapporto di fiducia con l'ipnotista, motivazioni conscie ed inconscie, aspettative, intelligenza) e variabili ostacolanti (rapporto negativo con l'operatore, pregiudizi, paure).

V° Capitolo

L' ipnosi

“Noi siamo ciò che pensiamo.

Tutto ciò che siamo sorge dai nostri

stessi pensieri.

Coi nostri pensieri creiamo il mondo”

Sogyal Rinpoche

Abbiamo appena sottolineato come l'ipnosi sia una condizione dinamica di coscienza modificata, seppur sempre fisiologica, durante la quale è possibile il verificarsi di modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo di monoideismi plastici in virtù del rapporto operatore-soggetto. Esistono, come già sottolineato, condizioni favorevoli all'instaurarsi di una condizione ipnotica quali il rapporto di fiducia con l'ipnotista, le motivazioni conscie e inconscie, le aspettative ed il Q.I. del paziente e condizioni ostacolanti quali pregiudizi e paure di quest'ultimo oppure una scarsa empatia tra operatore e ipnotizzando.

Il tempo per indurre una trance ipnotica è molto variabile dipendendo dalla costituzione del soggetto e dalla particolare disposizione dello stesso paziente nelle varie sedute, oltre che da circostanze di tempo e di luogo. Inoltre l'altra variabile fondamentale è l'abilità e l'esperienza dell'induttore stesso nel ricercare e nell'ottenere il fenomeno.

E' bene fin d'ora sottolineare come esista un tempo variabile per ottenere la condizione ipnotica per la prima volta in un soggetto ed un tempo variabile, verosimilmente molto ridotto, per riottenerla.

Dopo una prima induzione riuscita l'ipnotizzatore si affiderà ad ancoraggi (o condizionamenti) che facilitino il riaccesso a percorsi psichici già almeno una volta realizzati.

Anche la profondità della trance è variabile di volta in volta e nei diversi soggetti.

Il *rapporto* con l'operatore è comunque la prima cosa da prendere in considerazione proprio dal momento che il fenomeno ipnotico non può prescindere dalla relazione terapeuta-paziente. Qualche domanda sulla conoscenza che il paziente possa già avere sull'ipnosi, sui suoi timori e sulle sue aspettative, può calmare le ansie e rafforzare il rapporto col terapeuta. E' quindi basilare creare una sorta di "contratto" con il soggetto che riceve l'ipnosi in modo che gli obiettivi che si vogliono raggiungere siano chiari e valutabili.

L'ipnotizzabilità potrebbe definirsi l'accettazione critica dell'idea dell'altro e la capacità di realizzare monoideismi plastici attraverso le suggestioni fornite dall'operatore.

La trance ipnotica è uno stato di dissociazione indotta, temporanea e reversibile in cui si attua l'accoglienza da parte del soggetto ipnotizzato della suggestione attraverso la realizzazione plastica del monoideismo.

Le tecniche di induzione ipnotica possono essere dirette e direttive o indirette, usando diversi canali a seconda del soggetto da ipnotizzare.

Induzione ipnotica diretta e direttiva: L'operatore usa la propria autorità unitamente all'evocazione finalizzata dei processi ideosensori e ideomotori con suggestioni

esplicite e procedure più o meno standardizzate. Franco Granone è riconosciuto come emblematico esponente di questa modalità anche se gli allievi che lo hanno conosciuto lo descrivono aperto anche a qualsiasi altra tecnica induttiva.

Benchè fosse molto abile nell'impiego della metafora sia a fini terapeutici che didattici, Milton Erickson ricorreva molto frequentemente anche a metodi diretti. Basandosi in gran parte su colloqui con terapeuti che avevano lavorato da vicino con Erickson, Hammond (1984) afferma che al culmine delle sue capacità Erickson utilizzava metodi diretti per l'ottanta per cento del tempo. Quest'osservazione aiuta a mettere la metafora e gli altri metodi indiretti nella giusta prospettiva: nella maggior parte dei casi queste tecniche dovrebbero probabilmente svolgere un ruolo aggiuntivo. ("L'uso della metafora in psicoterapia", Philip Barker, pag42, 1985, Ed.Astrolabio)

Induzione ipnotica indiretta: Tecnica perfezionata in particolare da M. Erickson, anche se non esclusiva del suddetto autore. L'operatore influenza il soggetto attraverso metacomunicazioni o strategie che si adattano volta per volta alla situazione. La più caratteristica è l'aneddoto (fiabe, leggende, parabole, allegorie, cronache di fatti di vita vissuta, metafore) come efficace mezzo di comunicazione terapeutica a molteplici livelli, a scopo:

- Diagnostico
- Relazionale
- Terapeutico

Tendono tutte a catturare l'attenzione del soggetto rendendo progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente ed avviando e sostenendo un dinamismo psicosomatico che attivi il monoideismo plastico.

Al di là delle specifiche tecniche è possibile delineare un modello generale a cui tutte possano essere ricondotte.

Possiamo quindi eseguire ulteriori distinzioni:

- *Pre-induzione*
- *Induzione*
- *Approfondimento*
- *Riorientamento e ratifica*

5.1 Pre-induzione:

E' il momento in cui l'ipnotista si propone di conoscere le motivazioni, le aspettative, gli atteggiamenti del paziente allo scopo di mettere a punto una strategia più efficace.

E' importante in questa fase costruire un setting "tranquillo" dove nulla possa disturbare il soggetto: luci soffuse, temperatura adeguata, silenzio o musica di sottofondo, nessuno che interrompa la seduta, una poltrona comoda.

L'ipnotista parla con un tono calmo e monotono, avendo però cura di modulare l'intensità della voce per sottolineare, abbassando o alzando il volume, le suggestioni di rilassamento o le direttive.

Uno dei motivi per cui la fase di pre-induzione è così importante all'interno della tecnica induttiva classica sta nella possibilità di comunicare in modo conversazionale al soggetto quale sia il comportamento ipnotico che da lui ci si aspetta. L'ipnotista, tuttavia, non descrive mai direttamente quello che il soggetto deve o non deve fare, ma solo quello che "molto probabilmente" accadrà durante la trance"; in questo modo vengono rinforzate le aspettative del soggetto (si costruisce l'aspettativa che accada quello che gli è stato detto) e l'idea di automaticità o involontarietà di alcuni

comportamenti (suggerendo l'idea che in trance le cose "accadono", anche senza un intento o uno sforzo volontario).

L'ipnotista descrive quello che accadrà durante la trance, ma anche quello che si aspetta dal comportamento del soggetto, mediante un breve discorso su cosa è o non è l'ipnosi, oppure in risposta a varie domande su cosa il soggetto pensa sia l'ipnosi e cosa pensa debba accadere durante la trance. A tali domande segue una riformulazione o un'eventuale correzione delle credenze sbagliate sull'ipnosi del paziente.

I temi che vengono toccati sono sempre gli stessi perché riguardano il timore di perdere l'autocontrollo e la paura che l'ipnotista possa utilizzare in modo illecito o amorale le sue capacità suggestive e manipolatorie. Altri frequenti timori sono la possibilità di essere ipnotizzati senza accorgersene, che essere ipnotizzati vuole dire essere deboli e suggestionabili e che quindi è possibile eseguire acriticamente gli ordini impartiti dall'ipnotista, che è possibile raccontare cose che si sarebbe voluto tacere, che in trance si possono rivivere traumi passati e dimenticati, che al termine dell'ipnosi non si ricorda niente di ciò che è accaduto in trance.

La descrizione-lezione su ciò che ci si aspetta che accada e sulle credenze sbagliate sull'ipnosi ovviamente aumenta le possibilità di successo dell'induzione: il soggetto viene tranquillizzato rispetto alle sue paure e si chiarisce le idee su quale sia l'obiettivo da raggiungere e cosa voglia e si aspetti da lui l'ipnotista. La fase di pre-induzione è quindi un modo per "dare-forma" all'esperienza ipnotica, per prevenire eventuali effetti negativi dell'induzione, e per aumentare l'ipnotizzabilità del soggetto.

E' sempre buona cosa suggerire al paziente, in modo diretto o indiretto, una posizione comoda da tenere. Nel momento in cui si decide di usare le suggestioni di

confort e rilassamento, una posizione scomoda può in vari modi interferire con i tentativi del soggetto. Il paziente spesso cerca attivamente una posizione comoda, e gli indicatori comportamentali più visibili sono rappresentati dalle mani e dalla testa. Osservare il paziente è essenziale perché ci dà le informazioni anche sul suo livello di compliance e sul tipo di responsività. Per appurare il tipo di sensorialità prevalente in una persona, basta a volte invitarla a raccontare un episodio piacevole o spiacevole della sua vita. Dalle parole utilizzate dalla persona si rileverà il suo tipo di sensorialità. Infatti le parole adoperate dal soggetto per il racconto, rifletteranno i diversi tipi di sensorialità. Così ad esempio, dovendo riferire di una giornata passata tranquillamente in campagna, il visivo dirà che vedeva *volare* gli uccelli, l'uditivo che li *udiva* cinguettare e il cenestesico che *si sentiva* profondamente rilassato.

Qualunque atto induttivo, del resto, è sempre facilitato se noi non diamo delle suggestioni a caso, che possono suscitare anche reazioni di sfida, ma se renderemo il soggetto il più autonomo possibile invitandolo a rappresentarsi ciò che gli è più congeniale.

Si può anche invitare il paziente a concentrarsi sulla voce dell'ipnotista e "lasciare che le cose accadano". L'aggiunta di questo tipo di suggerimento pone il soggetto di fronte al dilemma di dover scegliere tra richieste diverse e discordanti. Da una parte gli viene chiesto di ascoltare la voce dell'ipnotista e di "lasciare che le cose accadano": questa è una frase tendenzialmente di tipo dissociativo perché lascia intendere che qualcosa accadrà a prescindere da quanto il soggetto partecipi attivamente; la trance ipnotica e l'effetto classico di suggestione (Weitzenhoffer, 1953), cioè, verranno ottenuti facilitando l'instaurarsi del meccanismo dissociativo (attraverso il rilassamento) e quindi un cambiamento qualitativo sulle

operazioni di vaglio, riflessione e scelta consapevole sul proprio comportamento e sulla propria esperienza.

Dall'altra parte tuttavia, l'ipnotista aveva chiesto al soggetto di essere "attivo" nel porre attenzione e nel concentrarsi su quello che sarebbe accaduto durante la trance, lasciando intendere tra l'altro, che si aspettava che il soggetto seguisse le sue istruzioni e direzionasse volontariamente l'attenzione.

Altrettanto spesso l'ipnotista suggerisce direttamente come modalità d'induzione alcuni contenuti immaginativi (il classico prato su cui rilassarsi o la classica scala di dieci scalini da scendere) suggerendo al soggetto di seguire tali immagini. In questo senso l'ipnotista non usa più una metafora dissociativa per facilitare l'ingresso nella trance, ma una metafora socio cognitiva in cui il soggetto non "lascia che le cose accadano" ma si impegna volontariamente a raggiungere un obiettivo congruo rispetto al proprio ruolo di soggetto ipnotico.

Questa discordanza di richieste tuttavia viene in qualche modo a cadere se consideriamo l'immaginazione e il meccanismo dissociativo come due modalità diverse, ma ugualmente valide, di accesso nell'assorbimento dell'attenzione verso i processi interni.

5.2 Induzione:

Conclusa la fase di preinduzione l'ipnotista si accinge a sottolineare un cambiamento, una transizione, da uno stato di coscienza ad un altro. Lo fa modificando il tono della voce e modificando il linguaggio che può essere più o meno autoritario, ma ha comunque la sola pretesa di entrare in contatto col soggetto e/o col problema dall'esterno, e cioè cercando di diagnosticare l'altro e dando

informazioni corrette su ciò che è e cosa non è l'ipnosi. E' una forma di comunicazione logica e analitica ad esempio del medico che cerca di tranquillizzare il paziente apprensivo spiegandogli tutto ciò che gli verrà fatto e raccontandogli quello che succederà.

Nella costruzione delle frasi dell'induzione tipica si continua a procedere collegando fatti che avvengono e che sono osservabili (sensazioni o pensieri) con quelli desiderati. Lo schema tipico è: mentre stai facendo questo (es. "mentre guardi quel punto..."), accade qualcos'altro ("...cominci a sentire la pesantezza delle tue gambe"). Il linguaggio è ancora predittivo.

E' tipico poi che si strutturi un altro passaggio nella costruzione dell'esperienza dell'entrata in trance: se partiamo ad esempio dalla fissazione dello sguardo passiamo al porre attenzione al respiro. Questo serve per legare la risposta desiderata (ad esempio il rilassamento) ad un comportamento spontaneo del paziente (la respirazione).

La ripetitività e la lentezza con cui solitamente vengono proposte le suggestioni nell'ipnosi classica hanno solitamente l'obiettivo di facilitare nel soggetto una condizione, considerata come prerequisito essenziale dell'ipnosi, di rilassamento e di confort. L'idea infatti è che non c'è motivo, almeno che uno non voglia fare ipnosi da spettacolo, per dare in fretta le suggestioni al soggetto: l'ipnotista vuole che la persona si rilassi e che cooperi lentamente e comodamente. Ripetere lentamente le suggestioni, inizialmente di sonno, torpore, pesantezza, piacevole abbandono dei muscoli, è un modo di "prendere per stanchezza" il soggetto, facilitando l'ingresso nella trance attraverso lo stato di rilassamento. Per l'induzione ipnotica l'operatore può avvalersi di molti metodi.

Tra i vari metodi ricordiamo:

- a) Levitazione (o pesantezza o catalessi di un arto)
- b) La fissazione del polpastrello dell'indice dell'operatore
- c) La fissazione di un punto
- d) La comunicazione non verbale
- e) La tecnica di rilassamento
- f) Metodo del barcollamento
- g) Metodo di Kline con visualizzazioni varie e della propria immagine
- h) La tecnica della moneta che cade
- i) Rilassamento Progressivo secondo Jacobson
- l) Tecnica di Sacerdote e modifiche successive

a) La *levitazione* si effettua invitando il soggetto a concentrarsi su un arto in cui si vuole provocare questa suggestione e dicendogli che lo sentirà diventare così leggero che esso si solleverà, ad esempio, come per effetto di palloncini, più leggeri dell'aria. Nel caso della levitazione del braccio si potrà suggerire che mentre questo lentamente si alzerà, il torpore diventerà sempre più profondo e che quando il palmo della sua mano, attirato come una calamita dalla sua fronte toccherà quest'ultima il suo rilassamento sarà completo. E' importante controllare ogni minimo movimento del soggetto ed essere tempestivi nei comandi suggestivi in modo da far concordare le suggestioni psicomotorie con gli eventuali movimenti del soggetto.

La *catalessi* si può suggerire in vari modi: durante la levitazione del braccio, dicendo che questo rimarrà così sollevato, senza fatica, in attitudine statuaria, finchè non arriverà l'operatore a sciogliere i muscoli bloccati. Ci si potrà

anche riferire alle palpebre, dicendo che esse sono pesanti come il piombo e che qualunque sforzo il paziente faccia per aprirle non vi riuscirà.

Questi si sforzerà allora corrugando il muscolo frontale nell'intento di facilitare la funzione dell'elevatore delle palpebre, ma senza riuscirvi.

Ovviamente bisogna saper scegliere il momento opportuno per produrre la catalessi suggestiva delle palpebre. Si dovranno prima gradatamente attuare le suggestioni di rilasciamento, di distensione muscolare, di respirazione lenta e profonda, di isolamento dall'ambiente, di torpore; quindi di pesantezza muscolare diffusa e palpebrale in specie.

La *pesantezza* si ottiene insistendo sempre più intensamente nelle rispettive suggestioni verbali, accompagnandole con qualche passo, suggerendo pesantezza degli arti, l'impossibilità nel movimento e, anche qui, suggerendo che ogni sforzo compiuto per muovere l'arto interessato, altro non farà se non accrescere lo stato di trance.

- b) La *fissazione del polpastrello dell'indice dell'operatore*. Con questo metodo, il torpore suggestivo viene indotto facendo fissare al soggetto, comodamente sdraiato su una poltrona, l'indice della mano destra dell'operatore, che, gradatamente si avvicina alla sua glabella, in modo da provocare una progressiva convergenza dei bulbi oculari. Questa manovra causa, già da sola, stanchezza e le suggestioni fornite dall'operatore suscitano, nei soggetti adatti, gradatamente il "resto". Man mano che si avvicina il dito si suggeriscono idee di pesantezza delle palpebre, stanchezza visiva, bisogno di chiudere gli occhi, idee di rilasciamento mentre si osservano attentamente il

modificarsi della fisionomia del soggetto e le sue reazioni. Secondo queste ci si regola di conseguenza nel tono della voce e nell'impostazione suggestiva.

- c) *La fissazione di un punto.* Solitamente si fa scegliere al paziente un punto sul soffitto che ha ovviamente lo stesso valore di qualunque altro punto da osservare attentamente. Sappiamo come una fonte luminosa, la propria mano, il classico pendolino, un oggetto sulla scrivania possano essere ugualmente efficaci. Tuttavia viene spesso usato un punto sul soffitto perché questo costringe ad un discreto sforzo i muscoli oculari; va da sé che la suggestione “gli occhi diventano stanchi e pesanti” diventa quasi sicuramente veritiera: questa suggestione è un truismo sulle palpebre che si fanno pesanti e tendono a chiudersi, è un modo per descrivere la situazione in atto e facilitare la suggestione seguente (il processo che nel 1977 Bandler e Grinder hanno chiamato, riferendosi alla nuova ipnosi, “*ricalco e guida*”). Invece un qualunque punto vicino all'osservatore facilita un altro fenomeno naturale: per mettere a fuoco qualcosa di vicino rendiamo sfumato il resto. Questo tipo di “visione” rievoca il tipo di atteggiamento che teniamo quando siamo soprappensiero e guardiamo fissi un punto, senza peraltro “vedere niente” se non che le immagini mentali: le immagini reali vicine si sdoppiano, quelle lontane vanno fuori fuoco, e si crea facilmente un effetto alone. In alcune forme classiche di induzione, l'ipnotista lascia che il soggetto tenga gli occhi aperti e prosegue con le suggestioni generali di torpore, calma, rilassamento e sonno oltre che di pesantezza e di stanchezza degli occhi. Ovviamente continua a tenere sotto controllo il soggetto che potrebbe mostrare il desiderio

di chiudere gli occhi: in questo caso interviene per dare il “permesso” ad un’azione (chiudere gli occhi) che verrà sicuramente fatta.

d) La *comunicazione non verbale*. Questa è una tecnica che si può utilizzare quando il soggetto non parla la stessa lingua dell’operatore o quando il soggetto stesso è affetto da handicap uditivo, in questo caso la comunicazione non verbale, sia visiva che tattile, è l’unica strada percorribile per condurre il soggetto in una trance ipnotica. Pertanto la conduzione non verbale si svolge attraverso una metacomunicazione basata su gesti, rumori, sguardi, mimica, ecc. Gli atti comunicativi dell’operatore, in questi casi, non hanno un significato razionale e logico, ma analogico, e sono percepiti con modalità associative e non razionali. La comunicazione non verbale deve effettuarsi anche tenendo conto della particolare *costituzione sensoriale* del soggetto, che, se ad esempio è di tipo uditivo, potrà essere facilitata da una comunicazione fonetica, vocale, se è di tipo cenestesico sarà più utile una tecnica con tocamenti, gesti, piccole pressioni, ecc., se la sensorialità è invece di tipo visivo potrà essere più utile una tecnica più simile alla pantomima.

e) La *tecnica di rilassamento*. Si tratta di verbalizzazioni che propongono un “frazionamento” del corpo, in modo da rendere ciascuna parte, una per volta, il centro dell’attenzione del soggetto. Per ognuna di queste parti si suggeriscono idee di stanchezza, rilassamento, sonno, torpore, immobilità. L’immobilità e la fatica a muoversi sono i primi fenomeni che il soggetto che va in trance può esperire facilmente. Sono anche i primi dati esperienziali

che vengono saggiati dall'ipnotista, ad esempio le cosiddette "suggestioni di sfida", cioè le verifiche della condizione psicofisica realizzata.

f) Il *metodo del barcollamento*. In questa tecnica il soggetto deve stare in piedi, con lo sguardo fisso ad un punto del soffitto, al di sopra della sua testa. L'operatore si pone dietro al soggetto con le mani sulle sue spalle dicendogli che desidera misurare la sua capacità di rilasciamento. Gli suggerirà quindi che sentirà una forza che lo tira indietro ma lo inviterà a non resistere e a lasciarsi andare. La suggestione del cadere all'indietro verrà ripetuta, e dopo qualche tempo, quando si ritiene che il paziente l'abbia assimilata, si leveranno le mani dalle spalle. Il paziente suggestionato comincerà ad oscillare sino a cadere all'indietro. L'oscillamento, in caso di resistenza, potrà essere facilitato dallo stesso operatore che tiene le mani sulle spalle del soggetto.

g) Il *metodo di Kline con visualizzazioni varie e della propria immagine*. Questa tecnica permette ai pazienti refrattari di raggiungere uno stato ipnotico leggero o medio in circa dieci minuti, soprattutto in coloro che non hanno capacità di concentrazione mentale, e l'esercizio viene prospettato come una tecnica per allenarsi a concentrare la propria attenzione.

Si chiede al soggetto, ad occhi aperti, di visualizzare mentalmente in tempi successivi: a) una casa, b) un albero, c) una persona, d) un animale. Si continua la visualizzazione fino a che ciascuna immagine è stata ben realizzata. Continuando l'allenamento alla formazione di immagini nello stato di veglia, cosa che porta ad una certa stanchezza, si dice al soggetto di

chiudere gli occhi e di immaginare sé stesso, la propria immagine come davanti ad uno specchio. A questo punto si suggerisce di concentrarsi sull'immagine visualizzata, avvertendo che tutte le successive suggestioni verranno indirizzate all'immagine e non al soggetto stesso.

Viene quindi suggerita una semplice tecnica di fissazione oculare, con la quale l'immagine del soggetto finisce con il chiudere gli occhi.

Si dà una suggestione di identificazione con la medesima che si rilassa e si addormenta e, quando la persona si sente identica all'immagine, quest'ultima scompare. A questo punto si danno ulteriori suggestioni per approfondire la trance.

h) *La tecnica della moneta che cade.* Un ulteriore metodo d'induzione semplice e rapido è la tecnica della moneta che cade. E' una delle procedure che si basano sul fissare lo sguardo, utilizzando il pollice della mano del paziente come punto di concentrazione. Egli terrà il braccio teso avanti a sé e verrà posta una moneta sul dorso della mano. Si suggerirà successivamente che, quando la moneta scivolerà a terra, proverà un immediato profondo rilassamento.

i) *Il rilassamento progressivo secondo Jacobson.* Nel 1922 il chirurgo Edmund Jacobson pubblica il libro "Progressive Relaxation" in cui spiegava il suo metodo di rilassamento progressivo. Questa tecnica consta di tre fasi progressive. Nella prima, il soggetto disteso su un lettino contrae con forza il suo avambraccio, come per contrarre il bicipite, e quando cessa tale contrazione gli si fa osservare la sensazione che si accompagna al

rilassamento muscolare successivo. Progressivamente il soggetto impara a percepire questa sensazione anche quando la contrazione non è stata che minima e a discernere le più leggere tensioni dei muscoli per arrivare infine ad un perfetto rilassamento senza una precedente contrazione. Si procede così per tutti i gruppi muscolari, compresi quelli del viso, della lingua, degli occhi, della laringe (contando sino a dieci, con voce via via più bassa). La distensione globale, a partire soprattutto dal momento che essa raggiunge il volto genera la soppressione dell'attività mentale e per conseguenza il sonno. La seconda fase si fa a soggetto seduto su una poltrona e porta il nome di rilassamento differenziale insegnando quali muscoli possono rimanere rilasciati, mentre gli altri sono per necessità contratti. Durante la terza fase il paziente apprende quali tensioni muscolari si accompagnano alle emozioni che lo affliggono (paura, angoscia, fobia). In questo modo potrà prevenire e ridurre quelle tensioni muscolari, il che dovrebbe contribuire a sbarazzarsi dell'emozione stessa (Dauven, 1963).

- 1) *La tecnica di Sacerdote e modifiche successive.* P.Sacerdote induce ipnosi mediante una posizione catalettica del braccio e della mano del paziente, provocata semplicemente sollevandoli leggermente con la sua mano messa a piatto sotto il polso in modo che il suo indice possa sentire il battito dell'arteria radiale. Dopo uno o due minuti, senza spiegare nulla, comincia a togliere impercettibilmente le dita da sotto il polso, pronto a riapplicarle a sostegno della mano, se sente che questa è incapace di rimanere su da sola. Se la mano tende a cadere si modifica lentamente la pressione dell'arteria radiale sull'indice dell'operatore, cosicchè questi può appurare in modo molto

sensibile il grado di staticità dell'arto del paziente dalla modificazione del battito dell'arteria. Tale manovra può essere ripetuta più volte durante lo spazio di vari minuti o di pochi secondi, fintanto che ci si accorge che il soggetto comincia a sviluppare fenomeni catalettici. Durante tutta l'operazione l'ipnotista deve osservare con occhio clinico ed esperto le modificazioni del paziente. Può accadere che l'attenzione visiva del paziente sia polarizzata ora sul volto dell'ipnotista, ora sulla mano di quest'ultimo, ora sulla sua mano, quasi a domandare che cosa si vuole fare, e che in questa muta ricerca di spiegazione compaiano i primi segni obiettivi di ipnosi. Cioè la rigidità progressiva dell'espressione, a volte i movimenti di deglutizione, iperemia congiuntivale, midriasi. Sacerdote spiega l'induzione non verbale di catalessi come un mutuo scambio di informazioni tra due individui. Prendendo il polso del soggetto gli si suggerisce prima di tutto di dirigere e concentrare la sua attenzione su una reciproca azione fra la sua mano e le dita dell'operatore. Poi con il movimento quasi impercettibile delle dita dell'ipnotista si suggerisce vagamente al paziente che la sua mano potrebbe restare in aria, senza affatto cadere. Una volta che questo stato catalettico viene ottenuto, l'ipnosi segue quasi regolarmente.

Nel 1991 Gonella e Regaldo attuavano alcune modifiche a tale tecnica, nell'intento di velocizzarla ed adattarla alla necessità di utilizzo rapido con un paziente sdraiato su di un lettino o seduto su di una poltrona odontoiatrica. Le modifiche apportate non escludono la possibilità che la tecnica diventi anche verbale e che serva per esplorare la potenziale capacità del paziente, non solo di essere catalettico, ma eventualmente di avere predisposizione alla levitazione o alla pesantezza: la risposta che il paziente darà costituirà l'inizio

dell'approfondimento della trance ipnotica perseverando secondo la predisposizione costituzionale constatata nel soggetto.

5.3 Approfondimento:

L'approfondimento, nella tecnica induttiva classica, può esser fatto con un metodo "passivo" in cui l'ipnotista insiste a proporre alcuni contenuti o alcune immagini, oppure con un metodo "attivo" in cui si usano le suggestioni di verifica o di sfida che dir si voglia e si saggiano i fenomeni ipnotici.

Nel "metodo passivo" il soggetto ha gli occhi chiusi e si aiuta il rilassamento con suggestioni di calma: così il soggetto approfondisce spontaneamente, o comunque consolida, lo stato di trance semplicemente per effetto della ripetitività e del silenzio: la mancanza di indicazioni dirette dell'ipnotista spinge a "costruire" dei contenuti mentali personali.

Altrimenti l'ipnotista può optare per una strategia diversa e meno diretta: proporre contenuti immaginativi che insistano su idee di approfondimento e di rilassamento.

Ci sono sostanzialmente due possibilità di contenuti immaginativi da offrire. La prima è legata ad immagini di "discesa" e approfondimento. Questa modalità prevede tutte le variabili possibili e immaginabili :dopo la scala c'è un'altra scala con altri dieci scalini, si può scendere in una grotta o in cantina, entrare in un corridoio buio, andare sott'acqua

La seconda unisce a suggestioni di rilassamento alcune immagini generalmente associate a calma e tranquillità. Questa modalità prevede spesso una variante "dissociativa" in cui si suggerisce al paziente di immaginare di essere altrove, su una spiaggia ad esempio, dove sentirà il rumore delle onde del mare dalla rassicurante cadenza, pur essendo fisicamente da un'altra parte.

Il metodo “attivo” consiste invece nel saggiare i vari fenomeni ipnotici, anche mediante suggestioni con verifica o “sfida” a difficoltà crescente. Saggiare i fenomeni ipnotici è un modo rischioso (si può fallire) ma ad alta ratifica. Si può iniziare con le suggestioni di pesantezza e catalessia, oppure con quelle della levitazione del braccio. Questi sono fenomeni ipnotici che possono essere facilmente suggeriti anche durante la prima seduta.

Sono utili perché tendono ad aumentare la suggestibilità e le possibilità di successo anche rispetto a fenomeni più complessi e difficili da ottenere. Inoltre ratificano la trance del soggetto e danno buona indicazione anche all’ipnotista qualora il soggetto non abbia mostrato “nient’altro” che immobilità.

Altrettanto utili per approfondire la trance ipnotica sono i cosiddetti “*passi*” gli sfioramenti che l’ipnotista fa con la propria mano sul viso o sugli arti del soggetto. Hanno la funzione di attirare l’attenzione del soggetto alla regione in cui si vuole instaurare catalessi, analgesia o altro fenomeno ipnotico. I “*passi*” permettono di realizzare un determinato vissuto corporeo nel soggetto, utile come sistema di riferimento più profondo con l’operatore e come sensazione cenestesica ristrutturante e destrutturante a seconda del momento (Granone, Piscicelli e altri)



Stabilendo col contatto una specie di messaggio informativo si potenzia quello verbale del rapporto interpersonale che può dare dal lato terapeutico un aspetto particolare al transfert.

Il termine “*passi*” deriva dall’epoca in cui Mesmer operava.

Le sedute di Mesmer erano pubbliche; in mezzo ad una vasta ed elegante sala era situato il *baquet*, una tinozza coperta, da cui partivano un gran numero di corde e di spranghe di ferro, disposte in modo da poter essere girate e dirette in tutti i lati. Intorno alla tinozza erano seduti i malati.

Si avvolgeva quindi una delle corde intono al capo di ogni partecipante e si dava in mano ad ognuno di loro una delle spranghe metalliche perché venisse applicata sulla parte inferma. Di tanto in tanto dovevano lasciare le spranghe e formare una *catena*, toccandosi a vicenda con le dita.

Mesmer cercava di influire sull’immaginazione, creando un *setting* che comprendeva la penombra e una musica leggera.

I malati cadevano improvvisamente in “*crisi nervose*” che si presentavano più facilmente quando la persona veniva “*magnetizzata*”. Mesmer si sedeva di fronte al soggetto, mettendosi in comunicazione con lui mediante i piedi e le ginocchia. In questa posizione passava le mani sui vestiti, accarezzando con leggero contatto tutte le parti del corpo più sensibili.

Queste manovre agivano talmente sull’immaginazione che i malati “*erano assaliti da convulsioni, e con loro perfino quelli che assistevano alle sedute. Molti di costoro facevano ritorno nei giorni successivi cadendo più velocemente in crisi, e appena Mesmer compariva con la sua verga magica, o pronunciava una parola, otteneva immediatamente gli effetti che desiderava, il che contribuiva ad impressionare tutti i presenti*”. Gli uomini, soprattutto coloro che appartenevano all’alta borghesia indossavano all’epoca tipiche scarpe con i tacchi e, mentre durava l’intero procedimento, le persone presenti rimanevano in totale silenzio, pieni di aspettative e venerazione, e nella sala non si udiva altro all’infuori dei “*passi*” di Mesmer che

risuonavano sul palquette mentre egli girava intorno ai suoi pazienti. Da questo contesto operativo è derivata l'abitudine a definire "passi" l'insieme di modalità e relazione che Mesmer per primo instaurò con i pazienti. Successivamente la connotazione della terminologia "passi" ha assunto per convenzione l'unico significato di contatto nel senso di passaggio delle mani dell'operatore su varie parti del corpo dell'ipnotizzato.

5.4 Riorientamento e Ratifica:

Quella del riorientamento è forse (apparentemente) la fase più facile. Molto semplicemente, dopo aver ringraziato il soggetto per la collaborazione dimostrata, e sicuramente dopo aver "annullato" le suggestioni date per i fenomeni ipnotici, si fanno manovre inverse da quelle fatte durante l'induzione: se si è contato da uno a dieci per indurre la trance ipnotica allora si conterà da dieci a uno, se si è fatto immaginare un percorso in discesa su una scala o si è scesi in cantina allora si risalirà, se le suggestioni che sono state date erano di sonno ora si daranno quelle di un lento e graduale risveglio.

Due sono le caratteristiche salienti della fase del riorientamento nell'ipnosi classica. La prima consiste nel fatto che sempre, prima del completo "risveglio" del soggetto, vengono date suggestioni -a volte sotto forma di suggestioni post-ipnotiche- per le induzioni successive: viene detto in vario modo che l'esperienza fatta faciliterà quelle che verranno. Come dire: ora che sai la strada sarà più facile ritrovarla e percorrerla. La seconda caratteristica è che si insiste sempre sul fatto che continuerà anche dopo il "risveglio" il benessere, il rilassamento, la calma, o qualunque altro stato raggiunto durante la trance.

Quando il soggetto si sta riorientando (quindi si trova nella fase “grigia”), ma anche alla fine della fase del riorientamento, l’ipnotista tipicamente ratifica la trance ipnotica. Ratificare significa sostanzialmente fare in modo da rendere evidente (e consapevole) la modificazione dello stato di coscienza che c’è stata durante il lavoro in trance ipnotica. Serve per spingere il soggetto a constatare l’avvenuta trance. La si usa soprattutto quando il soggetto ipnotico è una persona che per scetticismo o perché confuso dalla mitologia dell’ipnosi potrebbe rifiutare di validare l’esperienza fatta (ad esempio: “ho sentito tutto quello che diceva e quindi non sono andato in trance; mi ricordo tutto quello che ha detto e quindi, ammesso di essere stato in trance, non posso dire di essere stato in una trance profonda; non so se realmente sono andato in trance: mi sono solo rilassato e ho cercato di seguire le immagini che mi descriveva”, ecc). In questi casi per ratificare l’ipnosi si usano spesso metodiche non verbali tipo: - stare in silenzio durante la fase “grigia” (comunica che c’è rispetto per i tempi di “riorientamento” del soggetto, e dà per scontato che per riorientarsi da un’ipnosi “profonda” sia necessario del tempo); -aspettare che il soggetto ripristini il contatto oculare per guardarlo comunicando e lo si può fare benissimo anche con lo sguardo e la mimica facciale; -il processo di riorientamento condotto dall’ipnotista inoltre può comunicare indirettamente che è giunto il momento per risvegliarsi.

Le strategie non verbali, inoltre, vanno di pari passo con quelle verbali che hanno la forza ulteriore di poter “minare” le certezze del soggetto mediante semplici domande dubitative oppure con domande che tendono a saggiare alcuni aspetti della fenomenologia.

La strategia migliore per la ratifica resta comunque quella che avviene durante l’esperienza ipnotica: i fenomeni “ad alta ratifica” (ad esempio la levitazione della mano) non lasciano molte possibilità di interpretazione e di dubbio, e la genuinità di

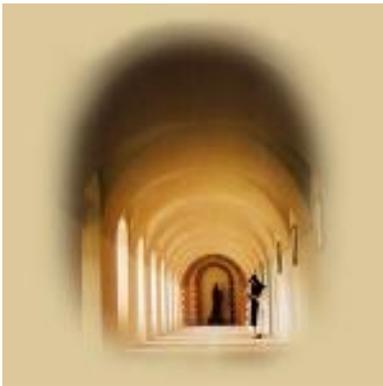
alcune esperienze soggettive (benessere, aspetti emozionali, forti vissuti nella realtà ipnotica, immagini di cose o persone che il soggetto credeva dimenticati ...) sono sicuramente il modo migliore per far sì che il soggetto riconosca come valida l'esperienza di trance vissuta.

*“E voglio che tu scelga un momento nel passato
in cui eri una bambina piccola piccola .
E la mia voce ti accompagnerà.
E la mia voce si muterà in quelle dei tuoi genitori,
dei tuoi vicini, dei tuoi amici ,dei tuoi compagni di scuola e di giochi,
dei tuoi maestri.
. E voglio che ti ritrovi seduta in classe,
bambina piccolina che si sente felice di qualcosa,
qualcosa avvenuto tanto tempo fa,
qualcosa tanto tempo fa dimenticato.”*

Milton H. Erickson

VI°Capitolo

Il concetto di profondità dell'ipnosi



*“Il corpo è una finestra verso l’anima
e verso la profondità dell’Essere”*

Linda Krier

Il marchese di Puységur (1751-1828) è stato il primo a suggerire un’analogia tra lo stato ipnotico ed il sonno, definendo sonnambulismo artificiale lo stato di trance “profondo”.

Per alcuni ricercatori esso implica la regressione a meccanismi psicologici più primitivi (Solovey e Milechnin, 1955) .

La profondità dell’ipnosi viene valutata in maniera differente a seconda della scuola di appartenenza.

Negli ultimi anni sono state proposte scale standardizzate per la misura della profondità dell’ipnosi, specie quella di Weitzenhoffer e Hilgard (1962), di Shorand Orne (1962,1963), di London (1962) e di Barber (1965).

Sostanzialmente si tratta di prove di ipnosi, con suggestioni specifiche e indici di valutazione numerici delle risposte. Vi sono anche alcune scale ipnotiche di autovalutazione, che Tart (1970,1972) ha preso in esame.

Sotto ipnosi avvengono, o possono essere indotti mediante appropriata suggestione, vari fenomeni, come la chiusura degli occhi, la pesantezza o la catalessi di arti, le allucinazioni sulla presenza di oggetti che non sono nelle vicinanze (allucinazioni positive) o sull'assenza di qualcosa che in realtà è presente (allucinazioni negative).

Può anche essere prodotta l'anestesia agli stimoli dolorosi, come pure la levitazione delle mani.

Non è ben chiaro se fenomeni del genere possano essere fatti rientrare in stadi ben definiti per essere utilizzati come indici di profondità.

La profondità è un giudizio clinico ed è stata proprio l'osservazione clinica a suggerire per prima una correlazione tra fenomeni e "profondità".

Un attendibile criterio di giudizio è che tanto maggiore è il bisogno che il paziente ha dei benefici dell'ipnosi, tanto maggiori sono le sue probabilità di raggiungere un "*profondo*" stato di trance.

Il malato che soffre per un dolore acuto, che non può essere alleviato con le usuali dosi di analgesici chimici, ha la probabilità di raggiungere un profondo ed efficace stato di ipnosi che non il partecipante occasionale ad un esperimento psicologico.

Una reazione notata spesso, apparentemente paradossale, è questa: il soggetto entra d'improvviso in uno stato di trance più profondo quando cominciano le suggestioni di risveglio. E' possibilissimo che questa paradossale accentuazione della profondità rappresenti l' "immersione" finale nella condizione di trance ipnotica, quando il paziente abbandona le resistenze residue, conscie e/o inconscie, all'affidarsi completo all'esperienza.

Schneck (1962) ha avanzato l'ipotesi che questa "inversione di profondità" possa rappresentare (1) il desiderio di continuare nello stato ipnotico, (2) l'applicazione del paziente a materiale non terminato o (3) l'abbandono delle difese che erano state impiegate durante l'ipnosi per evitare l'emergere di materiale inconscio.

La profondità della trance clinica può essere divisa ad arbitrio in molte categorie, ma nella normale induzione ipnotica i vari stadi possono essere osservabili in un unico soggetto se questi raggiunge la profondità del sonnambulismo.

La scuola fondata da Franco Granone distingue innanzi tutto fasi progressive di raggiungimento della condizione ipnotica e la suggestionabilità costituzionale.

Distinguiamo quindi due fasi:

- 1) La fase dell'*ottundimento delle facoltà critiche dell'ipnotizzato*, che può ottenersi anche con manovre passive, quali effetti ottici, acustici o cinetici.
- 2) La fase del *subentramento della direttività dell'ipnotizzatore*, fase in cui si determina un particolare rapporto fra ipnotizzatore e ipnotizzato.

Queste due fasi, che Braid e Charcot nei loro metodi e nelle loro dimostrazioni compivano distintamente, possono ridursi ad una fase unica, come avveniva nelle manovre dei "*magnetizzatori*" e nel metodo della scuola Bernheim.

Charcot distingueva un *piccolo ipnotismo*, riscontrabile eventualmente presso "*individui normali*", in cui si avverano vari fenomeni di lieve passività e suggestionabilità, e un *grande ipnotismo*, proprio degli isterici, in cui egli differenziava tre tipici periodi. Il primo di questi sarebbe stato letargico, contraddistinto da sonno profondo e ipereccitabilità neuromuscolare; il secondo, il catalettico, contraddistinto da inerzia muscolare e mentale, per cui gli arti restano nella posizione che viene loro data; e il terzo, il sonnambulico, contraddistinto da

ipereccitabilità cutanea, con insorgenza di falsa catalessia ed estrema suggestionabilità.

Charcot sosteneva di poter passare dal periodo letargico al catalettico aprendo gli occhi al paziente, e dal catalettico al sonnambulico frizionando la fronte, o facendo con la mano una leggera pressione sulla testa dell'individuo.

Liébeault e Bernheim, giustamente, non accettavano queste tre fasi dell'ipnotismo isterico di Charcot, sostenendo di non aver mai potuto riscontrare, nelle loro osservazioni, l'esistenza di esse come fasi distinte, e di non aver mai prodotto niente mediante l'apertura degli occhi e le frizioni sulla testa, senza alcuna suggestione concomitante.

Tra lo stato di veglia e la trance profonda esistono di fatto numerosi stati intermedi.

Liébeault ammetteva l'esistenza di sei gradi del sonno provocato, che variano a seconda dei soggetti.

Bernheim negava l'esistenza del rapporto esclusivo tra ipnotizzatore e ipnotizzato durante il "sonno profondo" (a partire dal quarto grado), e riteneva che l'osservazione di Liébeault fosse dovuta al non rimanere in rapporto con altri che con lui. Bernheim, nei fenomeni ipnotici, distingueva sei gradi, in cui è conservato il ricordo al risveglio, e tre che si accompagnano ad amnesia.

Altre scale sono state proposte da Forel, Moll, Wetterstrand, Hull, Friedlander e Sarbin, Bryan, Le Cron e Bordeaux, van Pelt, Davis e Husband. La scala di questi ultimi comprende trenta gradi diversi di ipnotizzabilità, essendo le allucinazioni negative all'ultimo grado della scala.

Crasilneck e J. Hall classificano quattro stadi: *ipnoide*, *trance leggera*, *trance media*, *trance profonda (sonnambulismo)*.

Granone afferma già dal 1962, l'esistenza di una *suggestionabilità costituzionale di organo e di apparato* in ognuno di noi.

Questa è indipendente dalla *profondità* del cosiddetto *sonno ipnotico*, intendendosi, con queste inesatte parole, la maggiore avulsione dallo spazio circostante e dal tempo, ottenuto dal soggetto e l'intensità dei *monoideismi plastici etero e autoindotti in lui*.

Volendo distinguere per esigenze pratiche, diversi gradi di ipnotismo, Granone ha sempre fermato la sua attenzione sulle seguenti tappe successive:

- 1) torpore, difficoltà di sollevare le palpebre, pesantezza delle membra per suggestione;
- 2) torpore più profondo con inizio di catalessi di breve durata;
- 3) distacco dall'ambiente e catalessi di lunga durata;
- 4) avulsione dall'ambiente circostante e catalessi di lunga durata;
- 5) avulsione sempre più profonda dallo spazio circostante e dal tempo: attenzione concentrata sull'ipnotizzatore; l'ipnotizzato può ricordare solo ciò che è intercorso con l'ipnotizzatore, qualora si dia questa suggestione;
- 6) contrattura suggestiva; a questo grado, ordinariamente, anche analgesia suggestiva e discreta amnesia;
- 7) obbedienza automatica; si oppone all'obbedienza passiva assoluta la particolare personalità del soggetto; amnesia più profonda, ma non sempre assoluta;
- 8) allucinabilità positiva; sonnambulismo, amnesia completa spontanea;
- 9) allucinabilità negativa durante la trance e postipnotica. Possibilità di eseguire, a distanza di molto tempo dalla seduta ipnotica, le suggestioni date durante la seduta stessa, o di realizzare intense somatizzazioni suggestive.

Ogni grado comporta, generalmente, i sintomi dei gradi precedenti.

Questa scala non va considerata in modo rigido, perché a volte nella trance leggera si trovano segni della trance profonda e viceversa. Ad esempio, l'amnesia può esserci per fenomeni avvenuti nella trance leggera e non per altri avvenuti in trance più profonda.

Anche dopo una leggera ipnosi possono indursi fenomeni postipnotici.

Vi sono soggetti allucinabili, ma senza amnesia al risveglio, e altri invece, amnesici al risveglio, ma assai difficilmente allucinabili.

La catalessi che si può produrre facilmente non è identica per intensità e per durata in ogni soggetto ed è anche raro che un soggetto possa riprodurre tutti i fenomeni ipnotici.

E' sempre da tenere presente che, più che stati ipnotici di diversa intensità e gradazione, si possa trattare di diverse *suggestionabilità costituzionali*.

La difficoltà a stabilire scale precise, per graduare l'intensità dei fenomeni ipnotici, complica la pratica stessa. Infatti con la suggestione che viene esercitata interessiamo le funzioni motrici, o le sensitive, o le psichiche, e ciascun soggetto risulta presentare, per queste diverse funzioni, un'impressionabilità speciale, specificamente individuale.

Da questi dati riportati da Granone possiamo considerare la profonda diversità rispetto alle scale di ipnotizzabilità sorte soprattutto negli Stati Uniti.

Un altro dato di cui bisogna tenere conto nel parlare di profondità dell'ipnosi è quello della *stabilità* di quest'ultima, che non è sempre proporzionale alla facilità con cui la si ottiene.

Vari autori si rifanno alle peculiari condizioni psichiche del soggetto, variabili ed oscillanti nel tempo, così come lo possono essere i rapporti con l'operatore e l'ambiente.

Per questo, nessuna ipnosi può essere sovrapponibile ad un'altra, variando secondo i diversi momenti la reattività psichica dello stesso individuo e il *rapporto* tra paziente e ipnotizzatore.

Granone riteneva che per quanto riguarda le varie suggestioni attuabili in diversi soggetti l'esame della *particolare costituzione psicomotoria dell'ipnotizzato* possa darci spesso una spiegazione biologica soddisfacente del perché una catalessi (che necessita di particolari componenti costituzionali motorie) si produca, ad esempio, più facilmente di un'anestesia che abbisogna invece delle componenti costituzionali sensitive, o viceversa.

Il concetto di ipotetica profondità potenzialmente raggiungibile in ipnosi è stato impropriamente trasferito dal più obiettivo concetto di profondità del sonno fisiologico. Per quest'ultimo si stabilisce la profondità basandosi sull'intensità dello stimolo necessario per riportare la persona allo stato di veglia (Benussi, Romero). Questa modalità di valutazione della condizione ipnotica non è applicabile ai gradi *vigili* e *pseudo ipnotici* dell'ipnosi, nei quali è pure possibile avere effetti considerevoli psichici e neurovegetativi (Brun, Wells, Rosen, Adler e Secunda, Schneck, Watkins).

D'altra parte, nell'ipnosi si hanno due sole eventualità: o lo stimolo per la veglia non produce alcun effetto se agisce al di fuori del *rapporto* ipnotico, o porta al risveglio con uguale prontezza, partendo da qualsiasi tipo di conduzione ipnotica. Non avviene quindi la gradualità progressiva indispensabile per consentire una misura di profondità (Romero).

Granone riteneva però che il concetto di profondità possa essere usato ugualmente, riferendolo non già all'intensità dello stimolo necessario per riportare il paziente allo stato di veglia, bensì alla possibilità di produrre determinate condizioni

psicosomatiche, possibilità che esiste solo nei gradi più intensi di ipnosi e nei non lievi.

Le scale, in questo senso, possono riuscire utili come punto di riferimento.

Erickson parlava di una *trance profonda*, in cui distingue uno stato sonnambulico e uno stato stuporoso. Nello stato sonnambulico il soggetto è attivo come una persona sveglia, pur agendo a livello subconscio. Nello stato stuporoso mancano invece la spontaneità propria del sonnambulismo, e il paziente appare passivo e inerte come fosse narcotizzato.

Erickson definiva “l’ipnosi profonda come quello stadio di trance che permette al soggetto di funzionare ad un livello subconscio, senza interferenza della mente conscia”; affermava, inoltre, giustamente che il controllo delle funzioni somatiche e vegetative è molto più facile in tale stadio. Questo, però, per Pavesi, non implicherebbe tanto una maggiore ipersuggestibilità, quanto l’esistenza di un “differente livello psichico in cui il soggetto è capace di funzionare”.

L’esperienza di Granone porta ad affermazioni simili a quelle di Erickson, per quanto riguarda l’influenzabilità del soggetto in ipnosi, dato che solo negli ultimi gradi dell’ipnosi, ci è possibile modificare in modo efficace le condizioni neurovegetative e psichiche dei pazienti. *E ciò in grado tanto maggiore o minore, secondo la loro specifica costituzione organica e viscerale.*

E’ probabile che l’immagine corporea, *che si struttura nelle prime fasi della vita*, possa in parte contribuire a spiegare la specifica *suggestibilità d’organo e permeabilità di apparato*, congiuntamente a una maggiore connaturata pervietà, per determinati distretti corporei, delle correlazioni mente-corpo e corpo-mente.

Rispetto al grado e all’intensità dell’ipnosi, vari autori ritengono sufficiente il trattamento suggestivo nei primi gradi del “*sonno ipnotico*”: questi però, ad avviso di

Granone, non si adattavano che alle forme morbose lievi. In quelle inveterate e gravi si è accertato che, se si vuole ottenere qualche risultato con la suggestione, è necessario quell'automatismo che si accompagna al restringimento della coscienza proprio dei gradi più avanzati dell'ipnosi.

I sintomi morbosi che durano da tempo, radicati nella coscienza e fissati ormai da riflessi condizionati psichici e neurovegetativi, non si risolvono se non ottundendo la coscienza stessa e i poteri di critica, dissociando momentaneamente la personalità dell'individuo; perché solo così si può avere libero e facile accesso agli strati più profondi della psiche e più diretto contatto con l'Io organico. Conoscere ciò è importante agli effetti terapeutici e forma la premessa indispensabile delle varie tecniche per curare con l'ipnosi.

Per ottenere stabili cambiamenti sensoriali, motori o psichici, possono occorrere, difatti, diverse ore di ipnosi, in sedute successive, durante le quali si deve allenare il soggetto, a suggestioni ipnotiche diverse, di cui alcune possono essere anche intensamente dissocianti.

VII°Capitolo

Il dolore

*“Il minimo dolore del nostro mignolo
ci preoccupa e ci turba molto di più
del massacro di milioni di nostri simili.”*

William Hazlit

Il dolore è stato uno dei problemi più drammatici per l'uomo sin dalla sua nascita ed è probabile che il sollievo dal dolore sia stato il compito principale dei guaritori, figura antesignana dei medici attuali.

Nell'antichità il dolore era associato ad una ferita o ad un evento traumatico in un rapporto semplicistico causa-effetto. Meno comprensibile appariva il dolore provocato da una malattia (tumore, peritonite).

E così, nell'antico Egitto si pensava che il dolore e la malattia fossero dovuti ad un influsso delle divinità e che il centro di percezione del dolore fosse costituito dal cuore. Nella medicina Cinese sin dal 2600 a.C. (King) si dava importanza all'equilibrio tra due energie contrapposte del corpo umano: lo Yin e lo Yang. La malattia era dovuta all'alterato equilibrio tra le due forze energetiche (alterazione che poteva essere corretta dall'agopuntura).

In Grecia, Aristotele (384-322 a.C.), considerava il dolore come un aumento della sensibilità tattile; il cuore era la sede dove avveniva la percezione del dolore. Galeno, finalmente, (130-201 d.C.) con i suoi studi sul sistema nervoso ipotizzò un'origine "neurogena" del dolore.

Nel Medio Evo la medicina e la fisiologia attraversarono un lungo periodo di oscurantismo. Nel Rinascimento vi fu un positivo fiorire di studi scientifici non solo nel campo dell'Anatomia e della Fisiologia ma anche della Fisica e della Chimica. Per Leonardo da Vinci, Vesalio, Varolio ed altri il dolore veniva condotto dai nervi del tatto al cervello e qui elaborato come sensazione. Per Cartesio (1596-1650) la trasmissione del dolore era ipotizzata in modo estremamente semplicistico mediante un collegamento diretto (attraverso fili delicati) tra l'area periferica stimolata (fuoco, ferita) ed il cervello, dal quale partiva il meccanismo-risposta di allontanamento dalla fonte del dolore. Dalla metà dell'800 in poi, grazie alle sempre più precise conoscenze dell'anatomia e della fisiologia, si ipotizzarono due diverse teorie fisiologiche del dolore: la Teoria della Specificità e quella dell'Intensità dello Stimolo. La Teoria della Specificità formulata da Schiff (1858) sosteneva che il dolore era una specifica forma di sensibilità con un proprio apparato sensitivo completamente indipendente da quello degli altri sensi (tatto, caldo, freddo ecc.). A sostegno di questa teoria Schiff aveva effettuato anche esperimenti di analgesia su animali e osservazioni cliniche su pazienti con lesioni midollari patologiche o traumatiche. Secondo la Teoria dell'Intensità dello Stimolo sostenuta da Erb (1874) invece ogni stimolo sensoriale era in grado di causare dolore quando raggiungeva una intensità sufficiente. Successivamente furono elaborate altre teorie; alcune di esse erano varianti della teoria dell'Intensità dello Stimolo, come quella definita Modulare e di Sommazione (Coldscheider 1894), secondo la quale il dolore era il prodotto della sommazione delle afferenze sensoriali condotte dalla cute al sistema nervoso. Ognuna di queste due teorie ebbe sostenitori e denigratori tra i fisiologi ed i neurologi dell'epoca. I filosofi e gli psicologi, invece, erano legati all'idea

aristotelica che il dolore fosse di natura affettiva; alla fine del XIX° secolo, Ward in Inghilterra e Marshall in America furono i più convinti sostenitori di questa teoria. Sin da allora quindi veniva evidenziato il fatto che il dolore avesse dimensioni sia sensoriali che affettive (Sherrington 1900).

Comunque la controversia tra seguaci della teoria della specificità e seguaci della teoria dell'intensità si protrasse sino alla metà del XX° secolo (1950) quando la teoria della specificità prevalse e fu accettata dalla maggior parte degli scienziati. Solo dal 1960 in poi, attraverso correlazioni anatomo-fisiologiche e studi clinico-sperimentali, vi è stata una definizione sui meccanismi del dolore che ha portato Melzack e Wall a proporre la Gate Control Theory.

In sintesi esistono nei vari organi, ma soprattutto nella cute, dei veri e propri recettori del dolore (nocicettori). Il nocicettore è silente quando non vi è dolore e possiede un'alta soglia in modo da essere eccitato solo o prevalentemente da stimoli dolorosi.

Nella cute sono stati identificati due tipi di nocicettori:

1) Nocicettori Meccanici, eccitati da stimoli nocivi di tipo meccanico connessi con fibre afferenti al gruppo A-delta (fibre mielinizzate ad alta velocità di conduzione, 5-50 m./sec.).

2) Nocicettori Polimodali, che possono essere eccitati da stimoli nocivi di varia natura (meccanici, fisici, termici) e sono connessi con fibre amieliniche del gruppo C (a velocità di conduzione "lenta", 0.5-1 m./sec.). Questi recettori, oltre agli stimoli chimici, sono ovviamente sensibili a variazioni del microambiente biochimico attorno al recettore; sostanze come Istamina, Bradichinine, Prostaglandine sono di per sé algogene ed "abbassano" la soglia di scarica dei recettori. Alle fibre comprese nei gruppi A-delta mieliniche e C-amieliniche viene dunque attribuito un ruolo particolarmente rilevante nella trasmissione degli impulsi nocicettivi. La differenza

velocità di conduzione riscontrata in questi due tipi di fibre sarebbe anche responsabile della duplice interpretazione che può essere data ad uno stimolo nocivo che può essere avvertito inizialmente come dolore acuto, pungente e successivamente come dolore sordo, diffuso, talora urente. Per quanto riguarda i recettori viscerali (cuore, vie biliari, pancreas,.....) sembra che il dolore possa derivare dall'eccitazione massimale di recettori normalmente attivi nella regolazione delle funzioni riflesse.

In questo caso una teoria dell'intensità dello stimolo può essere sostituita con una pattern theory in cui oltre all'intensità viene considerato il particolare codice d'informazione.

Comunque, il recettore sensitivo non può essere considerato come una struttura statica analogamente ad un interruttore dell'energia elettrica, ma si deve considerare che la sua funzione può essere modulata per via chimica, meccanica e nervosa. Questo concetto di "modulazione" e di "plasticità" è oggi esteso a tutto il sistema nervoso e ci permette di spiegare diversi comportamenti sia negli studi sperimentali che nella clinica.

Occorre inoltre sottolineare che, oltre al tipo di fibra coinvolta (A-delta, C ecc.), è importante anche il numero delle unità coinvolte, la qualità e l'intensità dello stimolo, la loro sequenza temporale nonché, la "modulazione" che su di essi viene esercitata ai vari livelli del sistema nervoso. E' di fondamentale importanza, inoltre, il tipo di codificazione che il cervello applica per cui un segnale inserito in una sequenza di eventi potrà, dopo un processo di sintesi, essere o non essere riconosciuto come dolore.

Le fibre che trasportano il messaggio nocicettivo arrivano al midollo spinale (corno

posteriore). Il corno posteriore del midollo spinale è ormai riconosciuto come centro fondamentale d'integrazione e di modulazione.

In questa sede si rileva la presenza di numerosi interneuroni connessi tra loro in maniera complessa che già Rexed aveva raggruppato in sei "lamine" cellulari a diversa struttura citoarchitettonica. Sulle caratteristiche fisiologiche di questi interneuroni furono compiute numerose ricerche che misero in evidenza l'esistenza di fenomeni d'inibizione che potevano essere modificati dalle caratteristiche della scarica afferente.

Sulla base di tali ricerche Melzack e Wall proposero la nota teoria del Gate Control (cioè del Cancellone o della Porta) in cui venivano schematizzati i fenomeni inibitori che hanno luogo nel corno posteriore. Secondo questa teoria gli interneuroni della Substantia Gelatinosa di Rolando (con funzione di vero e proprio filtro sulle afferenze dolorose) possono essere inibiti dagli impulsi condotti dalle fibre di piccolo diametro; sono invece eccitati dagli impulsi condotti dalle fibre di grosso diametro. Se quindi prevalgono gli impulsi condotti dalle fibre di piccolo diametro si determina una minore azione inibitrice cioè si apre la porta (Gate) agli impulsi algogeni. Se invece prevalgono gli impulsi condotti dalle fibre di grosso diametro l'azione inibitrice è aumentata cioè la porta si chiude e si riduce quindi la trasmissione degli impulsi dolorosi ai centri superiori. In sintesi l'attività delle grosse fibre tende ad inibire la trasmissione (chiude la porta) mentre l'attività delle piccole fibre facilita la trasmissione.

Questo meccanismo di "controllo all'ingresso" è influenzato da impulsi nervosi che discendono dal cervello (Controllo Inibitorio Discendente, Controllo Cognitivo) che sono in grado di modulare, identificare, valutare e localizzare l'impulso doloroso. In qualche modo Wall e Melzack in accordo con Casey hanno sottolineato, nella

formulazione più recente della loro teoria, l'importanza degli aspetti cognitivi ed affettivi dell'esperienza dolorosa. Questi sistemi di controllo legati a circuiti interneuronici sono attivi a diversi livelli del sistema nervoso centrale. La Gate Control Theory ha aperto una nuova fase di ricerca dando nuovo impulso al progredire delle conoscenze nel campo del dolore. Al momento è ancora la teoria che meglio di ogni altra mette in evidenza e cerca di spiegare i complessi sistemi di modulazione degli impulsi nocicettivi a livello del SNC. La Gate Control Theory permette di fornire, ad esempio, un'interpretazione del dolore conseguente a fenomeni di denervazione parziale afferente ed al dolore conseguente all'Herpes Zooster.

Infatti, in seguito alla distruzione selettiva delle fibre di grosso diametro, si stabilisce una condizione di sbilanciamento dei segnali che trasportano l'impulso doloroso al SNC e viene ad essere deficitaria o ridotta l'attività inibitoria con prevalenza degli impulsi condotti dalle fibre di piccolo diametro. Queste teorie e questi nostri tentativi di interpretare il dolore non possono comunque non tener conto di quelle che sono le più recenti acquisizioni nel campo dei mediatori chimici e neuromodulatori del sistema nocicettivo. Queste sostanze agiscono sui recettori del sistema nocicettivo (in periferia) oppure sui circuiti centrali d'integrazione (neuromodulatori centrali). Le principali sostanze algogene periferiche sono l'Istamina, la Serotonina, le Chinine, le Prostaglandine, i Leucotrieni ed altri peptidi (Sostanza P). I più importanti neuromodulatori centrali sono le Enkefaline e le Endorfine (oppioidi endogeni), sostanze che agiscono su specifici recettori e modulano in senso inibitorio lo stimolo algogeno.

La persistenza di stimoli nocicettivi inducono sia a livello periferico che a livello centrale dei fenomeni di rimaneggiamento recettoriale responsabili di modificazioni

permanenti ed irreversibili. Questo fenomeno è anche definito come “eccitotossicità” ed è alla base della trasformazione del dolore da sintomo di difesa in patologia organica (offesa).

Fino ad ora abbiamo parlato di dolore con un approccio prevalentemente sensoriale. Questo tipo di approccio è sicuramente "limitativo" ed il fenomeno dolore non può essere così semplificato. E' esperienza di tutti i giorni infatti che stimoli dolorosi e lesioni della stessa entità danno origine a risposte diverse che variano da soggetto a soggetto e, nello stesso individuo, in momenti e situazioni differenti. Se è vero che esistono individui incapaci di avvertire dolore (insensibilità congenita) ed individui che avvertono dolore anche in assenza di stimolazione dolorosa, nella realtà di tutti i giorni è di comune osservazione che fattori non strettamente sensoriali ma soggettivi individuali, concorrono alla definizione dell'esperienza dolore. E' ormai da tutti ammesso che fattori emozionali condizionano in maniera significativa la sensibilità al dolore. Per semplificare il discorso l'ansia e la depressione riducono la soglia di tollerabilità al dolore innescando meccanismi che si autoalimentano e necessitano di un complesso approccio terapeutico.

Definire il dolore non è semplice né facile. La parola Dolore ha un significato molto ampio sia nella nostra che nelle altre lingue. Illustri ricercatori e clinici hanno sempre incontrato grosse difficoltà a definire il concetto di dolore. Nella maggior parte dei dizionari sono indicati significati diversi per la questa parola tra cui:

- una condizione primaria di sensazione o di consapevolezza opposta a quella di piacere;
- sofferenza o perdita inflitta per un'offesa;
- stato o motivo di sofferenza spirituale specie se provocata da una realtà ineluttabile che colpisce o condiziona duramente il corso della vita affettiva;

- sensazione spiacevole, penosa per effetto di un male corporeo;
- sensazione penosa diffusa, o localizzata susseguente alla stimolazione di particolari recettori sensitivi da parte di agenti di varia natura e intensità.

Le difficoltà che si incontrano nel trovare una definizione del termine dolore sono legate al fatto di voler definire con poche parole una condizione che ha dimensioni psicologiche, fisio-patologiche, emotive ed affettive. E così la parola Dolore si può riferire ad un dolore fisico o ad un dolore psichico. Dolore fisico è quello conseguente al parto, ad un trauma, ad un intervento chirurgico, ad un infarto del miocardio, ecc. Dolore psichico è per esempio quello conseguente alla morte di una persona cara, ad un tormento, alla sofferenza mentale ed all'angoscia.

Dolore fisico e dolore psichico non possono essere considerati in maniera distinta ed autonoma, ma sono strettamente collegati e si condizionano vicendevolmente. Per esempio il dolore persistente e cronico invalidante comporta anche un progressivo e sempre più importante coinvolgimento della sfera affettiva e conduce, nella migliore delle ipotesi, a comportamenti di autoesclusione.

Nei vari idiomi il termine dolore ed il concetto di dolore viene espresso con parole differenti. In greco è utilizzato il termine àlgos e da questa radice derivano termini medici come algia, algologia, nevralgia, ecc. Dal termine latino poena (greco poinè) deriva il termine inglese pain. La parola italiana dolore deriva dal latino dolor (il verbo doleo significa sono battuto e quindi provo dolore). Dal latino derivano anche douleur dei francesi e dolor degli spagnoli.

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (I.A.S.P.) definisce il dolore come: "Un'esperienza emotiva e sensoriale spiacevole associata ad un danno tessutale in atto o potenziale, o descritta come tale".

Questa definizione è stata universalmente accettata per definire il dolore. La stessa commissione IASP ha "codificato" i termini e le definizioni usate nella diagnosi e nella terapia del dolore; questo anche allo scopo di utilizzare un linguaggio uniforme e facilitare quindi lo scambio culturale e di informazioni scientifico-cliniche. A proposito del termine dolore e della sua definizione la Commissione ritiene necessarie due specificazioni:

- a) il dolore è sempre soggettivo;
- b) ogni individuo impara l'applicazione del termine attraverso esperienze correlate a lesioni durante la prima parte della vita.

E' indiscutibilmente una sensazione legata ad una parte del corpo, ma essendo anche sempre spiacevole diventa quindi anche un'esperienza emotiva. Molti soggetti riferiscono la presenza di dolore in assenza di danno tessutale o di qualsiasi causa fisiopatologica; in genere ciò accade per ragioni psicologiche. Non c'è modo di distinguere questa esperienza da quelle dovute ad un danno tessutale se consideriamo soltanto il resoconto soggettivo.

Se questi soggetti considerano la loro esperienza come dolore e se essi la riferiscono allo stesso modo di un dolore causato da un danno tessutale, allora la si dovrebbe accettare come dolore.

Siamo tutti d'accordo che il dolore è una sensazione spiacevole. Ma quando iniziamo ad avere dolore? Gli studi anatomici, fisiologici e comportamentali che si sono rapidamente moltiplicati in questi anni, attestano la realtà del dolore e della sofferenza nel bambino sin dal periodo neonatale e, con molta probabilità, già nel terzo trimestre di gravidanza. Recenti ricerche di neurofisiologia hanno infatti dimostrato come già dalla XXVIIIa settimana di gestazione il feto risponde a stimoli nocicettivi, uditivi e visivi.

Nel neonato una stimolazione nocicettiva intensa provoca manifestazioni comportamentali (allungamento del tempo di veglia), fenomeni riflessi (retrazione degli arti), aumento dei livelli plasmatici degli ormoni dello stress (ACTH, Cortisolo), modificazioni neurovegetative (aumento del ritmo cardiaco, della frequenza respiratoria e della pressione arteriosa).

In età adulta ogni individuo, in base alle differenti esperienze passate, alla propria educazione ed all'ambiente sociale in cui vive, dà per uno stesso stimolo una differente elaborazione psichica che porta alla sensazione dolorosa. Bisogna comunque considerare, in via preliminare, che ogni individuo ha una propria soglia del dolore ed una propria tolleranza al dolore. La soglia è il momento in cui un individuo percepisce una stimolazione come dolorosa; essa è solitamente legata alla componente sensitiva ed associata a variabili fisiche.

La tolleranza invece è rappresentata dal momento in cui un individuo non riesce più a sopportare ulteriormente una stimolazione nel tempo o nell'intensità ed è associata alla componente "reattiva" e quindi anche a fattori psicologici. Abbiamo a disposizione test e metodiche per misurare sia la soglia che la tolleranza allo stimolo doloroso (test del dolore ischemico di Sternbach, test dello stimolo elettrico, ecc). Infine, allo scopo di meglio definire il significato del termine dolore, è necessario specificare se si parla di dolore acuto o di dolore persistente o cronico. Soltanto negli ultimi anni le differenze tra questi tipi di dolore sono state definite in modo chiaro e accettate. Così come diversa è l'etiologia e la fisiopatologia, diversi sono i meccanismi e la sintomatologia, l'approccio diagnostico e quello terapeutico. Il dolore acuto ha un significato di campanello d'allarme, è il sintomo che qualche cosa non funziona nel nostro organismo.

Nel dolore persistente e cronico invece si può parlare di Dolore-Malattia; spesso il dolore è presente anche quando la causa originaria non è più presente come nel caso della nevralgia post-herpetica o del dolore da arto fantasma. Man mano che ci si addentra nel problema dolore ci si rende conto quanto lunga e complessa, al di là delle definizioni e della tassonomia, sia la strada da percorrere. Nel caso di dolore cronico tutto questo diventa più complicato ma è anche un problema molto sentito tanto da sfociare nella **Legge 15 marzo 2010,n.38:** Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

“Quanta retorica sulla virtù del dolore.

L'esperienza vissuta non lascia dubbi:

il dolore annienta.”

Alessandro Morandotti

VIII°Capitolo

L'Ipnositerapia di fronte al dolore

“La pace non è l'assenza di conflitti o di sofferenza.

*E' la comprensione e l'accettazione
di tutto quello che stiamo provando.”*

Sandra Maitri

Una delle più antiche applicazioni dell'ipnosi riguarda sicuramente il controllo del dolore.

Essendo la persona in stato di trance la sua attenzione è polarizzata dall'ipnotista e dalle suggestioni che quest'ultimo gli fornisce. Così come abbiamo visto in precedenza che con opportune suggestioni il soggetto può manifestare alterazioni percettive, distorsioni temporali, catalessia, ecc così si può avere un efficace contributo nel controllo del dolore e dell'ansia che lo stesso genera.

Esiste senza dubbio una correlazione tra stato d'ipnotizzabilità ed effetto antalgico: i soggetti altamente ipnotizzabili riportano una riduzione del dolore molto maggiore dei soggetti che sono scarsamente ipnotizzabili.

“E' certo che i pazienti che raggiungono una condizione ipnotica sonnambulica (secondo l'accezione del termine usato da Granone) ottengono sempre una completa analgesia ipnotica, mentre i pazienti in ipnosi vigile solo in una piccola percentuale (4-5%) possono raggiungere la completa analgesia. L'ipnosi, come precedentemente detto è in grado di alleviare sia la componente sensoriale che la componente emozionale e quindi ciò che viene comunemente definito *distress*. Esiste una certa dissociazione tra questi due aspetti: l'analgesia

ipnotica è più efficace sulla distress che non sulla diminuzione dell'intensità *perceptiva* dello stimolo nocicettivo. Come se lo stimolo doloroso venisse decodificato ma non personalizzato. E.R.Hilgard spiega questo apparente paradosso con la *teoria neo-dissociativa* quindi in ipnosi si realizzerebbe una sorta di *splitting* tra la componente sensoriale discriminativa del dolore e quella motivazionale-affettiva." (A. Gonella: Lezione sul Dolore. C.I.I.C.S. 2010)

L'analgesia ipnotica secondo la teoria neodissociativa.

Secondo Hilgard e la sua teoria neodissociativa sono implicate due componenti psicologiche. La prima componente è accessibile a tutti i soggetti al di là del loro livello di ipnotizzabilità (misurato mediante la Scala Stanford, che raggruppa i soggetti in alti, medi e bassi ipnotizzabili) e include quelle strategie conscie per la riduzione del dolore come l'autodistrazione e il rilassamento.

Questa prima componente, in cui si può anche includere la riduzione del dolore prodotta dal placebo, si pensa sia scarsamente efficace e possa, tutt'al più, guidare solo verso piccole riduzioni nell'ampiezza del dolore sentito.

La seconda componente è accessibile solo a soggetti con alto livello di ipnotizzabilità e soltanto quando è stata indotta l'ipnosi. Quest'ultima sembrerebbe implicare la dissociazione del dolore dalla consapevolezza conscia.

Conformemente a quest'idea una parte del soggetto (inconscia o "covert") continua a provare alti livelli di dolore mentre la parte conscia del soggetto ("overt") riporta di aver sentito poco dolore.

Il cuore del problema è spiegare come un'informazione sensoriale può essere registrata ed elaborata anche se non accessibile alla coscienza ed anche se la sua elaborazione conscia è stata distorta con la suggestione ipnotica. Per trattare i livelli di resoconto "covert" e "overt" è utile considerare sistemi di controllo alternativi che

possono essere separati gli uni dagli altri. A livello descrittivo, tali sistemi sono familiari all'ipnosi perché un effetto dell'ipnosi è cambiare i modi in cui i controlli operano (ciò che è volontario può diventare involontario e ciò che è normalmente inaccessibile al richiamo può essere ricordato). La dominanza dei normali controlli di veglia è ridotta, benché non cancellata.

Applicando il concetto di sistemi di controllo cognitivi divisi agli esperimenti sul dolore, il cambiamento nei controlli può essere illustrato come nella figura seguente.

*Risposta normale alla
stimolazione dolorosa*

*Analgesia ipnotica alla
stimolazione dolorosa*

		<i>Barriera</i>		
Canale di comunicazione			Canale di comunicazione	Canale di comunicazione
Conoscenza normale del "dolore" sentito		Ristrutturazione dei controlli cognitivi con l'ipnosi e la suggestione di analgesia	Conoscenza ipnotica overt: "dolore non sentito"	Conoscenza ipnotica covert: "dolore sentito"
Reazioni espressive volontarie:- smorfie-tensione	Reazioni espressive volontarie:- smorfie-tensione		Reazioni volontarie espressive:- niente smorfie-rilassamento	Indicatori riflessi:-sist. Cardiovascolare-sist. Omeostatico

E.R. Hilgard, J.R. Hilgard, 1975. Modificato.

Barriere di comunicazione vengono erette tra due sistemi cognitivi. Un sistema è accessibile ed è siglato come "conoscenza ipnotica overt", mentre l'altro sistema registra l'informazione dolorifica in qualche modo nascosto ed è descritto come "conoscenza ipnotica covert".

Tra loro si trova una prima barriera che li ostacola dall'interazione nella condizione di analgesia ipnotica ordinaria. Una seconda barriera ostacola il sistema "covert" dai canali di comunicazione dal resoconto presente a meno che non venga rotta con tecniche quali la scrittura automatica o il discorso automatico.

Queste barriere possono essere rese permeabili con un segnale predisposto (ad esempio, come la dichiarazione fatta al soggetto dopo l'ipnosi che può ricordare ogni cosa).

Per quanto riguarda la questione di come il materiale "covert" può essere reso "overt", cioè da incoscio a conscio, vediamo che ciò avviene quando l'amnesia ipnotica è eliminata o quando altri controlli sono alterati nell'ipnosi, come quando un braccio intorpidito per mezzo della suggestione è poi reso nuovamente normale.

L'ipotesi che l'efficacia dell'analgesia ipnotica è dovuta alle suggestioni e non semplicemente alle condizioni di ipnosi è stato dimostrato anche ultimamente (De Pascalis, Magurano, Bellusci, 2000) dal fatto che sono state verificate sia riduzioni del dolore che riduzioni più consistenti della sofferenza nelle condizioni di analgesia focalizzata e immagini dissociative rispetto alla condizione di rilassamento in soggetti alti ipnotizzabili. Questi ultimi, inoltre, indicano una minore responsività neurovegetativa (frequenza cardiaca e conduttanza cutanea) dei soggetti con alta ipnotizzabilità rispetto a quelli con media e bassa ipnotizzabilità.

Il fatto che siano state riscontrate differenze tra soggetti alti, medi e bassi ipnotizzabili nelle risposte neurovegetative, sembra contraddire la teoria secondo la

quale la riduzione della sofferenza sia imputabile alle sole strategie cognitive messe in atto da soggetti sia alti che bassi ipnotizzabili, come ipotizzato dai teorici della corrente socio-cognitiva.

I risultati si possono spiegare ipotizzando una sorta di facilitazione nel processo attentivo necessario per ridurre l'efficacia della stimolazione (con un'operazione di "filtraggio").

Tale processo, sebbene possa essere indotto dalla condizione specifica o dalle strategie cognitive messe in atto, è automatico perché si riflette direttamente sull'attività del sistema nervoso autonomo e avviene al di sotto del livello di coscienza dell'individuo.

Benché gli studi mostrino che qualche tipo di stimolazione centrale può modificare ciò che va a livello spinale, è improbabile che la maggiore influenza di processi centrali in ipnosi capitino a questo livello. Una ragione per supporre questo è che, benché l'influenza spinale possa dare una spiegazione per la riduzione del dolore, l'ipnosi può anche essere usata per produrre dolore per mezzo di allucinazioni di dolore senza stimolazioni esterne. L'assenza del dolore, quando però ci sono le condizioni fisiche perché questo sia presente, e il dolore allucinato in assenza di condizioni fisiche, sono simili agli altri fenomeni allucinatori dell'ipnosi come la percezione uditiva o visiva. Quello che avviene è molto più verosimile essere un fenomeno riguardante i centri cerebrali più alti piuttosto che un'influenza del cervello sopra i centri più bassi. La teoria neodissociativa, inizialmente utilizzata per spiegare il fenomeno dell'analgesia ipnotica, è stata successivamente usata per descrivere l'apparente autonomia dei sistemi psicologici, per spiegare i disturbi di personalità multipla, per affrontare il trauma e per spiegare le varie esperienze individuali come quella del richiamo alla memoria di ricordi non accessibili.

Vediamo quindi come l'ipnosi possa trovare largo impiego in campo medico anche quando non si raggiunga la totale analgesia, dal momento che anche il paziente in ipnosi vigile può essere analgesico con gradi diversi di intensità; inoltre agendo sulla componente emozionale si abbassa il livello di ansia e, di conseguenza, si ha una riduzione del dolore percepito. L'ipnosi può inoltre venire utilizzata, in ambito extramedico: la troviamo largamente usata nello sport, nella ricerca, nel lavoro, spesso a livello manageriale per migliorare l'efficienza e la memoria, nella studio e anche per scopi militari, nella preparazione di corpi speciali e nei programmi spaziali. In ambito terapeutico la si applica nelle diverse specializzazioni della medicina, della psicologia clinica e dell'odontoiatria. Viene sempre più utilizzata con buoni risultati nei trattamenti dei disturbi d'ansia, negli attacchi di panico e nelle patologie legate alle dipendenze (alcool, fumo, droghe), attraverso le varie forme di psicoterapia e ipnositerapia. E' importante tenere presente che tutti i sintomi psicosomatici hanno una funzione protettiva nei confronti della psiche della persona e, pertanto, limitarsi a rimuoverli senza agire sulla causa principale può facilmente indurre il soggetto a "nascondersi" dietro un altro sintomo che contenga e riduca lo stato ansioso.

L'ipnosi è impiegata anche in ginecologia e in ostetricia nella preparazione e nella conduzione del parto, in odontoiatria incluse le varie fobie ad essa legate, in dermatologia e nelle diverse forme di malattie psicosomatiche. Negli ultimi anni viene applicata anche in terapia antalgica, nelle cure palliative, in oncologia, dove trova la sua applicazione pratica come strumento di sostegno psicologico e nella riduzione o eliminazione degli effetti collaterali legati alle diverse ed a volte aggressive terapie, oltre ovviamente alla gestione delle diverse emozioni che fanno parte del processo di diagnosi e cura di patologie oncologiche.

Per lunghi anni la medicina si è limitata a curare la malattia invece di prendersi carico della Persona come un'Unità dove corpo e mente sono in continua comunicazione ed evoluzione. Anche l'approccio generale al dolore e alla sofferenza hanno risentito di questa impostazione, ed in misura ancora più significativa essendo, per definizione, esperienza *soggettiva*. Ogni persona, e in particolare gli operatori della Sanità, dovrebbero percepire le potenzialità curative della parola (e della relazione) tenendo in maggiore considerazione il suo utilizzo. La comunicazione ipnotica, sia che ne siamo più o meno consapevoli, può relazionarsi con le aspirazioni più intime di ogni persona, superando sovrastrutture e blocchi per facilitare il recupero di un equilibrio soddisfacente e,parallelamente,il sollievo dalla sofferenza. L'ipnosi, insegnandoci come una sola idea riverbera sul piano somatopsichico, ci avvicina una volta di più al considerare che le possibilità della mente sono spesso poco utilizzate e poco riconosciute dall'individuo stesso.

“Medicina e Sofferenza sono un incontro tra due debolezze:

da una parte il medico,dall'altra il paziente.

Per cui il sistema medico deve recuperare il tema del Soggetto,

altrimenti l'arte medica non ha un fine”

(A Meluzzi)

IX° CAPITOLO

PARTE SPERIMENTALE

*“Poniti dinanzi agli eventi come un bambino,
e sii pronto ad abbandonare ogni preconconcetto,
vai umilmente dovunque
e in qualunque abisso la natura ti conduca, o non apprenderai nulla.”*

T.H. Huxley

9.1 Introduzione

Come già accennato a pagina 1, ad una prima parte teorica del mio elaborato ne segue una seconda che fa riferimento all’esperienza clinica, pratica e sperimentale, affiancata e supervisionata dal mio relatore, Angelo Gonella nella sue veste di medico chirurgo, psicoterapeuta e ipnoterapeuta.

Traslare le conoscenze teoriche sul piano pratico è stato particolarmente faticoso; muovere i primi passi in una materia così poliedrica ed articolata mi incuteva un certo comprensibile timore.

Dopo l’acquisizione degli aspetti teorico-concettuali trasmessimi dai docenti del C.I.I.C.S. , le sessioni pratiche all’interno del corso stesso mi hanno permesso di

sperimentare in prima persona la comunicazione ipnotica ed i suoi benefici. Lavorando quotidianamente con persone sofferenti, o che comunque vivono uno stato d'ansia legato alle proprie condizioni di salute, ho scoperto come questo tipo di comunicazione sia notevolmente efficace nel sollevare il paziente, e le persone che gli gravitano intorno, dalle loro più che giustificate preoccupazioni. In virtù di queste potenzialità, sono certa che, anche l'Infermiere, abbia una freccia in più al suo arco nel raggiungere l'obiettivo proprio di questa figura professionale, che è molto chiaramente espresso anche nel "Patto Infermiere-Cittadino" del 12 maggio 1996, di cui riporto tre punti salienti e particolarmente adatti a questo percorso:

“Io Infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

.....

ASCOLTARTI con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.

STARTI vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all' interno dell'organizzazione”.

9.2 Realtà operativa

*“Si può sognare, creare, progettare
e costruire il posto più meraviglioso del Mondo....
ma c'è bisogno di persone che rendano il sogno Realtà.”*

Walt Disney

Nell'ambulatorio di Urologia dove opero i pazienti che afferiscono al servizio possono essere visitati ed assistiti confluendo in maniera routinaria e programmata, o inviati da altre Unità Operative per consulenze, compresi gli utenti che accedono al Dipartimento di Emergenza e Accettazione. Il flusso giornaliero è mediamente quantificabile in 40-50 persone.

Le attività infermieristiche all'interno dell'ambulatorio urologico comprendono:

- Somministrazione di chemioterapici per via endovesicale in pazienti in follow-up oncologico
- Sostituzione, nei pazienti portatori cronici, dei cateteri vescicali
- Assistenza alle indagini urodinamiche
- Assistenza al paziente prima durante e dopo l'esecuzione di biopsie prostatiche, cistoscopie, frenulotomie
- Educazione del paziente e/o del care-giver all'autocateterismo e conseguente valutazione del grado di capacità acquisito nella pratica quotidiana
- Dilatazioni uretrali

Differenti tipologie di interventi infermieristici vengono svolti a seconda delle necessità dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso o che afferiscono tramite prenotazione mutualistica.

Il dolore percepito dal paziente per manovre indubbiamente algogene è spesso amplificato dall'ignoranza per le tecniche che dovrà affrontare e per le pratiche burocratiche che inevitabilmente dovrà espletare, oltre che dall'ansia e dalle implicazioni emotive del setting. Questo ci porta a considerare l'importanza di un approccio "psicologico-umano", non solo terapeutico, dove oltre all'ascolto anche la comunicazione ipnotica si può inserire con notevoli vantaggi per il paziente.

Pur avendo la consapevolezza che qualsiasi relazione umana può assumere i connotati di influenza psicologica, e senza volersi arrogare incarichi professionali che non competono al proprio ruolo, dovendo interagire con persone che soffrono o che dovranno essere sottoposte a pratiche potenzialmente dolorose, l'infermiere si ritrova nella "scomoda" situazione di dover prevenire, mitigare e/o sedare l'inevitabile ansia di questi soggetti.

Conseguentemente a queste precisazioni ogni paziente che viene a contatto con l'ambulatorio urologico è un potenziale soggetto idoneo a beneficiare di una comunicazione ipnotica.

9.3 Scelta dei casi clinici

Partendo dal presupposto che ora ho acquisito la consapevolezza di aver sempre usato una forma di comunicazione che adesso capisco di poter definire ipnotica, desidero sottolineare che, praticamente, eseguo un rituale “*pseudo induttivo*” con tutti i pazienti che accedono all’ambulatorio, e soprattutto con quelli che sono candidati a subire manovre dolorose.

A questo proposito, a partire da maggio ad agosto 2010, facendo tesoro degli insegnamenti ricevuti al corso, ho cercato di applicare la comunicazione ipnotica su 227 pazienti dedicando ad ognuno di loro i pochissimi minuti, e a volte anche solo poche decine di secondi che la sanità pubblica ed il contesto operativo mi concedevano. In questo esiguo spazio temporale spinta dal mio entusiasmo di neofita, sono stata gratificata dall’ottenere un ottimo effetto ansiolitico (superiore al passato) in circa il 50% dei soggetti trattati. In 32 soggetti (il 14% dei casi), si è pressochè spontaneamente instaurata un’analgesia ipnotica (per evidente predisposizione d’organo e d’apparato di questi soggetti).

I 32 pazienti suddetti erano candidati ad essere sottoposti alle seguenti pratiche sanitarie che sono state eseguite con successo:

- a) 10 Biopsie prostatiche
- b) 11 Cistoscopie
- c) 3 Rimozioni di doppio J
- d) 6 Lavaggi endovesicali con chemioterapici
- e) 2 Pazienti sottoposti ad infiltrazioni locali con cortisone per induratio penis

plastica

Le tecniche induttive che ho usato sono state:

- La fissazione del polpastrello dell'indice dell'operatore
- La fissazione di un punto accompagnato al rilassamento verbale
- La tecnica di P. Sacerdote e modificazioni successive
- Le tecniche non verbali

Suddette tecniche sono spiegate nel dettaglio nel Capitolo 5 pag.49

Per meglio chiarire al lettore non medico del presente elaborato ricordo che:

- a) La biopsia prostatica è un esame diagnostico che prevede l'analisi istologica dei frustoli di tessuto prostatico prelevati. Viene effettuata per via rettale (Immagine 1) sotto guida ecografica transrettale. Da poco tempo viene eseguita un'infiltrazione locale con Lidocaina, ma la risposta del paziente a questa anestesia è piuttosto soggettiva, ed essendo comunque una pratica che prevede un'ulteriore attesa per la consegna dell'esito dell'esame istologico, viene generalmente vissuta con ansia e anche imbarazzo per la posizione ginecologica che il paziente deve assumere.

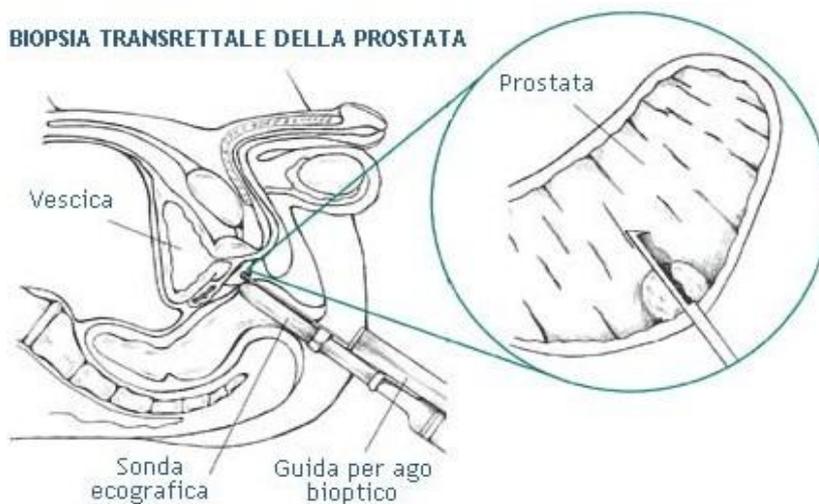


Immagine 1

b) La cistoscopia è una procedura diagnostica che permette la visualizzazione della parte interna delle basse vie urinarie (uretra, prostata nei soggetti di sesso maschile, collo vescicale e vescica). Durante questa procedura si inserisce un cistoscopio (che è uno strumento a forma di tubo con al suo interno un'ottica collegata ad una fonte luminosa) in vescica passando attraverso l'uretra. Nonostante in alcune realtà venga utilizzato un cistoscopio flessibile, nella mia Unità Operativa è tuttora in uso la strumentazione rigida (Immagine 2), indiscutibilmente più algogena per il paziente.



Immagine 2

c) La calcolosi renale, a seconda delle dimensioni del calcolo, viene spesso trattata con la litotrixxia che può essere percutanea, endoscopica o extracorporea ad onde d'urto (ESWL). Talvolta si precede, in questi trattamenti, al posizionamento di un particolare stent per meglio consentire il drenaggio delle urine, migliorare i risultati del trattamento e favorire la discesa e la fuoriuscita spontanea dei frammenti. Questo stent, o drenaggio, chiamato "doppio J" (Immagine 3), viene posizionato endoscopicamente con un'estremità nella pelvi renale e l'altra in vescica. Può rimanere in situ mesi e la rimozione avviene sempre endoscopicamente tramite il cistoscopio. Quindi

la procedura è analoga alla cistoscopia ma prevede un tempo leggermente più lungo, in relazione alla localizzazione endoscopica dello stent e alla rimozione dello stesso.

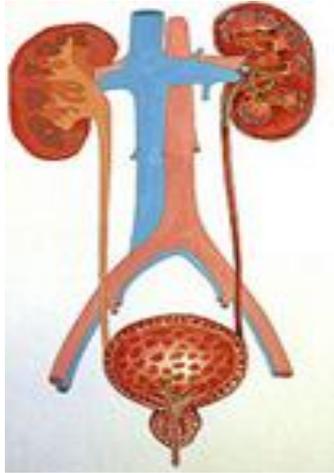


Immagine 3

d) I lavaggi endovesicali vengono effettuati spesso con sostanze chemioterapiche che agiscono localmente in vescica. Questo comporta l'introduzione di un catetere vescicale che, nella donna, è decisamente meno fastidioso rispetto all'uomo in quanto l'uretra femminile è nettamente più corta. A parte l'introduzione del catetere il lavaggio non è doloroso ma, dopo un paio d'ore (a volte anche meno) che la sostanza è in vescica, può provocare una forte sintomatologia infiammatoria, spossatezza, sanguinamento e a volte febbre.

Inoltre non è sufficiente un solo lavaggio, l'intero ciclo viene ripetuto in maniera scadenzata fino a tre anni dalla diagnosi. Il paziente quindi, oltre ad

una diagnosi di tumore, si ritrova ad affrontare un ciclo di terapie tutt'altro che indolore, intervallate da controlli cistoscopici.

- e) L'induratio penis plastica (IPP o Malattia di La Peyronie) è una malattia del pene la cui causa è poco nota, caratterizzata da una fibrosi circoscritta, definita "placca". La terapia farmacologica consiste nell'infiltrazione peri e intraplacca, tramite una siringa contenente solitamente del cortisone o del verapamil.

Anche in questo caso, come in tutti i casi precedenti si associa, oltre al dolore fisico, anche uno stato di tensione legata a diagnosi spesso infauste e, ultimo ma non meno importante, è da tenere presente che il paziente (l'età media va dai 60 agli 80 anni) che si reca in un ambulatorio di Urologia, nella maggior parte dei casi, deve venire visitato, o deve eseguire indagini diagnostico-terapeutiche per le quali è necessario spogliarsi di fronte a persone sconosciute. Se il dolore è considerato un'esperienza soggettiva, a maggior ragione lo è anche il pudore che, oltre ad essere istintivo, è sicuramente mediato dalla cultura, dalla tradizione e dalla religione.

Nella nostra attuale realtà una parte dei pazienti afferenti al Servizio Sanitario Nazionale è composto da persone di nazionalità differenti, il che comporta grosse differenze dalla cultura Italiana; da poco è stato istituito un servizio che permette di usufruire di un mediatore culturale, che però va contattato per tempo, il che prevede di dover sapere con anticipo l'eventuale afferenza di pazienti stranieri e che comunque, a malapena, riesce a colmare la distanza tra culture differenti ed una burocrazia particolarmente complessa.

9.4 Vecchi comportamenti, nuove consapevolezze

*“L’inizio del sapere
è la scoperta di qualcosa
che non comprendevamo”
Frank Herbert*

L’Infermiere, proprio per il ruolo che riveste, si ritrova molto frequentemente a dover soccorrere dei pazienti da un punto di vista “*psicologico-umano*”; questo aspetto è parte integrante dell’approccio con le persone che incontra e con cui dovrà interagire in ambito lavorativo. Nella maggior parte dei casi prendere in carico un paziente significa prendersi in carico la realtà di vita del paziente, che comprende eventualmente il care-giver e le figure che costellano maggiormente la sua vita, e con cui inevitabilmente si entra in contatto.

Per comunicare con il paziente e i suoi famigliari, o chi lo segue più da vicino, ho sempre usato sia la comunicazione verbale, sia la comunicazione mimico-gestuale. A volte, un sorriso, o un gesto d’incoraggiamento valgono davvero più che tanti discorsi, e arrivano a toccare la parte emotiva in maniera più diretta. Qualsiasi lingua un paziente parli, un sorriso ha un’accezione universale. E’ stato solo durante e dopo il corso che ho acquisito consapevolezza in merito a ciò che facevo e faccio quotidianamente, ma con un valore aggiunto: la *comunicazione ipnotica*.

Creare un clima sereno, un rapporto empatico è il primo passo per entrare in contatto con l’altra persona. Non si dovrebbe mai dimenticare che l’atteggiamento mimico-

gestuale spesso lascia trasparire in modo inconsapevole le nostre reali emozioni che vengono “lette” da chi ci sta di fronte.

E' bene pertanto che, trovandosi a contatto con il paziente, comunicazione verbale e non-verbale siano sintonizzate per evitare che ci si trovi nella condizione di manifestare incongruenze e contraddizioni, rischiando di ignorare la percezione del nostro interlocutore e generando in questo modo una riduzione della capacità di interpretarne correttamente i bisogni.

Ho acquisito la consapevolezza che, pur facendo leva sull'empatia, potevo migliorare la relazione con il paziente essendo attenta ad utilizzare, nella relazione stessa, quei canali comunicativi che egli stesso usava.

La comunicazione ipnotica inizia nel momento in cui inizia la “*relazione d'aiuto*” con il paziente.

La relazione è innanzitutto un “rapporto”, un “legame” che oltre ad esprimere un modo di essere comporta sempre reciprocità. *“Attraverso il rapporto con l'altro prendo consapevolezza di me stesso. Tanto più sono consapevole, tanto più si realizza l'incontro con l'altro”* (Eugenio Torre, appunti del corso C.I.I.C.S. 2010).

La relazione d'aiuto è quella in cui l'uno promuove la crescita dell'altro, è dunque la relazione che si stabilisce tra terapeuta e cliente, tra insegnante e studente, tra infermiere e paziente, tra genitore e figlio, ecc. Un insegnante può essere colto, un terapeuta preparato, ma la riuscita della terapia o dell'insegnamento, dipende molto dalla qualità del rapporto instaurato con gli interlocutori oltre che dall'imprescindibile bagaglio tecnico-conoscitivo.

Per lunga tradizione l'aiuto era ritenuto un processo che si elaborava, per così dire, esclusivamente all'interno della persona che lo andava a offrire. Tutta l'attenzione, la responsabilità era centrata sull'esperto, l'altra persona era colui che doveva

semplicemente attendere e ricevere. Carl Rogers ribalta con decisione questo schema. L'attore principale del processo di aiuto è colui che questo aiuto ricerca e richiede. La principale finalità della relazione di aiuto è quella di restituire autonomia, un maggiore senso di dignità e autostima alla persona e questo lo si può ottenere, o cercare di ottenere, essendo consapevoli degli atteggiamenti di **ascolto**, di **empatia**, di **comprensione**, di **rispetto** che compongono la relazione stessa.



Non è molto facile creare un setting adeguato in un ambulatorio composto di tre stanze nelle quali si susseguono visite ed esami a ritmo serrato, dove il telefono squilla ininterrottamente e c'è un avvicinarsi continuo di persone.

Bisogna però considerare come il bisogno del paziente di rilassarsi, di sedare l'ansia, e quindi la *sua* motivazione, sia la base che lo porta a ricercare il nostro aiuto ed appoggio. Per questo motivo spiego ad ogni paziente che sono a conoscenza di un facile esercizio che lo porterà a tranquillizzarsi, e a vivere l'esame che dovrà affrontare senza l'ansia che, in quel momento, prova.

Mi sono resa conto dell'efficacia ansiolitica di tenere la mano alla persona in attesa di un esame distesa sul lettino, in quanto diversi pazienti ricercano rassicurazione anche attraverso un contatto fisico. Aiuto il paziente a concentrare l'attenzione sul respiro invitandolo ad un ritmo lento e creo così le basi del suo affidarsi alle mie parole.

A questo punto inizio a somministrargli suggestioni di fiducia, rilassamento e benessere.

Spesso noto, come la mano che tengo tenda a diventare pesante e quindi suggerisco di traslare lo stesso abbandono anche all'altro braccio, al collo, ai muscoli delle spalle che devono a questo punto piacevolmente decontrarsi, cosicchè le mie parole, poco a poco, portano il soggetto a rilassare tutti i muscoli del corpo che vado mano a mano descrivendo.

Quando non ottengo un feed-back soddisfacente chiedo di fissare il polpastrello del mio indice mentre lo avvicino gradatamente alla glabella, oppure di fissare un punto del soffitto senza mai distogliere lo sguardo, mentre dò suggestioni di stanchezza oculare e di pesantezza delle palpebre. Essendo entrambe tecniche che comportano un certo sforzo dei muscoli oculari, i pazienti raramente resistono alla suggestione di chiudere gli occhi ed iniziano ad accogliere le successive idee di abbandono e tranquillità.

Come già riferito al termine del capitolo "Scelta dei casi clinici", quando le difficoltà comunicative di tipo linguistico sono insuperabili, mi ritrovo costretta a tentare di comunicare le stesse suggestioni precedentemente esposte di fiducia, calma, serenità e rilassamento solo con la mimica e la gestualità.

Ho imparato a questo corso, come la comunicazione non-verbale possa ugualmente essere estremamente incisiva, e possa a tutti gli effetti essere considerata

comunicazione ipnotica se usata consapevolmente al fine di ottenere un monoideismo plastico.

Al di là della modalità, che improvviso adattandomi al contesto, ciò che è importante è che ottengo quasi sempre l'effetto ricercato, cioè di offrire alla persona, come minimo, un gratificante supporto psicologico.

Favorita dall'indiscutibile condizione di necessità in cui i pazienti si trovano, mi accorgo come spesso, questa comunicazione ipnotica, faccia sì che la persona realizzi in un tempo decisamente breve un monoideismo plastico con tutto il suo corredo sintomatologico.

Constato nella pratica ciò che mi è stato insegnato al corso, e cioè che ogni trance ipnotica è diversa dall'altra, infatti a volte il paziente arriva "semplicemente" ad affidarsi con calma e fiducia, ma altre volte riesco a scorgere ben presto i segni di un'insperata quanto gradita analgesia.

Tale fenomeno, che piacevolmente sorprende anche gli altri operatori che collaborano al setting terapeutico, viene a questo punto stigmatizzato per meglio strutturarne per tutta la durata della procedura.

In sostanza si propone al paziente di mantenere quel suo modo di percepire il corpo per il tempo necessario all'esecuzione dell'esame o dell'intervento.

Non trascuro mai di migliorare la percezione dello scarno ambiente in cui siamo costretti ad operare. Propongo sempre suggestioni che portino ad immaginare un contesto piacevole in un ambiente bucolico, o marino o montano, secondo le preferenze dei pazienti.

Alla fine dell'intervento in cui il paziente è anche entrato in una condizione di trance ipnotica, suggerisco che il benessere che ha vissuto in quei momenti persisterà a

lungo nelle ore successive e che, in futuro, ogniqualvolta fosse necessario reintervenire avrà modo di provare un benessere ancora maggiore.

Di fatto utilizzo un ancoraggio (o condizionamento post-ipnotico che dir si voglia) fatto di parole e di un contatto fisico sulla mano o sulla fronte per riattivare istantaneamente le dinamiche mentali che conosciamo.

In effetti con i pazienti della casistica che necessitavano di infiltrazioni peniene per IPP, o in quelli che hanno dovuto ripetere un controllo con cistoscopia, mi sono valsa dell'ancoraggio dato loro in precedenza, ottenendo in pochi secondi il ritorno alla condizione ipnotica originaria e riuscendo anche, in taluni, a perfezionarla.

Dal perfezionamento del rapporto con il paziente, che è venuto grazie alla mia consapevolezza ed acquisita perizia nella comunicazione ipnotica, è sorta in me una nuova visione delle straordinarie opportunità che l'ipnosi offre.

9.5 Obiettivi per il futuro

*“Vi sono due modi di vivere:
puoi vivere come se niente fosse un miracolo
o puoi vivere come se tutto fosse un miracolo.”*

Albert Einstein

In considerazione dei lusinghieri risultati ottenuti, sono intenzionata a perseverare sfruttando appieno le nuove consapevolezze da me acquisite quest'anno sull'ipnosi.

Certamente per quello che mi concerne, devo riconoscere che, se ho intrapreso lo studio della comunicazione ipnotica per interesse personale all'argomento, durante lo svolgimento del corso mi sono appassionata molto ed è mia ferma intenzione continuare a percorrere questa strada, approfondendo lo studio di questa materia così vasta ed in continua evoluzione.

Spero, in virtù dei benefici procurati ai pazienti che si sono avvicinati in ambulatorio, che anche gli altri colleghi ed i medici della realtà in cui lavoro, si rendano sempre più disponibili a creare un contesto più favorevole in cui operare.

Ringraziamenti

“Gratitudine non è solo la più grande delle virtù

ma la madre di tutte le altre.”

Marco Tullio Cicerone

Ringrazio i docenti del Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica del C.I.I.C.S. 2010 che mi hanno permesso di acquisire delle conoscenze nell’ambito della comunicazione ipnotica.

Un ringraziamento particolare va, ovviamente, al mio relatore Angelo Gonella che mi ha assistito sia per la stesura della parte compilativa di questo elaborato, sia per la supervisione dei casi.

Credo che, la mia seppur modesta predisposizione alle pratiche comunicative-ipnotiche, sia stata incrementata, valorizzata ed incentivata molto dall’opportunità che, il relatore stesso, ha offerto a me e ad alcuni altri allievi, di allenarsi e sperimentare con alcuni pazienti, nel suo studio, sotto la sua costante supervisione, creando quello che lui solitamente definisce un “laboratorio a cielo aperto”.

Sitografia:

1. www.salute.gov.it (portale del Ministero della Salute)
2. www.pubmed.gov (banca dati)
3. www.cochrane.it (banca dati)
4. www.ciics.it
5. www.ipnosiedolore.it
6. www.doloredoc.it
7. www.medicinadeldolore.it
8. www.aaroi.it/siared.html (Società Italiana Anestesia e Rianimazione Emergenza e Dolore. Atti del convegno di Ferrara 2009 “Ipnosi nella pratica clinica”)
9. www.cesnur.org (Centro Studi Nuove Religioni)
10. www.ipasvi.it (Sito della Federazione dei Collegi degli Infermieri)
11. www.evidencebasednursing.it (Sito dell’assistenza infermieristica basata su prove di efficacia)
12. www.parlamento.it
13. www.normativasanitaria.it
14. www.bscah.com (British Society of Clinical and Academic Hypnosis)
15. www.iasp-pain.org (Associazione Internazionale per lo studio sul Dolore)

Bibliografia:

1. A.A.V.V. :”La crescita Interiore 2”. E. Mediterranée.
2. Argyle M.: “Il corpo e il suo linguaggio” (seconda edizione) Zanichelli,1986
3. Barker P.: ”L’uso della metafora in Psicoterapia” Ed. Astrolabio,1985
4. Bandler R., Grinder J.: ”Ipnosi e trasformazione” Ed. Astrolabio,1983
5. Bandler R., Grinder J.: ”I modelli della tecnica di Milton H. Erickson” Ed.Astrolabio,1984
6. Belfiore G.: ”Magnetismo e Ipnosi” Ed. Hoepli,1928
7. Crasilneck H.B.,Hall J.: “Ipnosi clinica,principi e applicazioni” Ed. Astrolabio,1975
8. Del Castello E.,Casilli C.: ”L’induzione Ipnosica” Ed. Franco Angeli,2007
9. Erickson H. M.: ”La mia voce ti accompagnerà” Ed. Astrolabio,1982
10. Erickson H. M.,Rossi E. L.,Rossi S. I.: ”Tecniche di suggestione ipnotica” Ed.Astrolabio,1976

11. Erickson H. M., Rossi E. L. : "L'esperienza dell'ipnosi"
Ed. Astrolabio, 1985
12. Erickson H. M. : "Le nuove vie dell'ipnosi" Ed. Astrolabio, 1967
13. Falda R., Gonella A. Goti P., Cardinali C. : "L'agopuntura e ipnosi come anestesia alternativa in Odontoiatria". *Minerva Somatologia* 34:91, 1985.
14. Freud S.: "Turning in the ways of psychoanalytic therapy, in Jones E." Ed. Basic Books, 1959
15. Glasner S.: "A note on allusions to Hypnosis in the Bible and Talmud" *J. Clin. Exp. Hypn.*, 1955
16. Granone F.: "Trattato di Ipnosi" Vol. 1 e 2. Ed. Utet, 1962
17. Gonella A.: "L'ipnosi in Odontostomatologia. Considerazioni su una casistica di 152 casi: Medica e suoi risultati". *Rassegna Ipnosi e Sofrologia. Stati di rilassamento. Minerva Medica* 73:3195, 1982.
18. Gonella A. : "L'ipnosi in Odontostomatologia". *Rassegna d'Ipnosi e Psicoterapie* II:59, 1984.
19. Gonella A., Gonella A.M.: "Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche in Odontostomatologia". *Rivista: Fatebenefratelli*, vol. IV, fasc. 1, luglio 1990.
20. Gonella A., Pepe R.R. : "Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in Odontostomatologia". *Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*, Vol. II n. 3, settembre-dicembre 1997.
21. Gonella A., Pepe R., Gonella A.M. – "Ipnosi e trattamento dei D.C.C.M.". *Doctor os – Elle Due – Milano*, anno IX n. 3, marzo 1998.
22. Gonella A., Pepe R.: "L'ipnosi clinica nel trattamento delle D.C.C.M.", *Giornale Odontognatologico, Organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia* n° 16 pagg. 11-14, 1998.
23. Gonella A., Ferracuti S., Cannoni E.: "Studio sull'utilizzo del test di Rorschach su pazienti in Ipnosi sonnambulica". *Attualità in psicologia – Roma*
24. Gonella A.: "L'Agente terapeutico in psicoterapia", atti del convegno Nazionale della Scuola post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: "L'agente terapeutico in psicoterapia" Torino, Villa Gualino, 22.05.99.
25. Gonella A. : "Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia" atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: "Significato e senso della malattia", Siena 3-6.11.99.
26. Gonella A. : "Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico" atti del Convegno Nazionale della Scuola Post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: "Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico", Torino, Villa Gualino, 20.05.2000.

27. Gonella A., Ferracuti S., Cannoni E., De Carolis A., Lazzari R. – “Rorschach measures during depth hypnosis and suggestions of a previous life”. Pubblicato su *Perceptual and motor skills*, 2002, 95, 877-885.
28. Gonella A.: “Ipnosi in Odontostomatologia” in “Teoria e Pratica dell’Ipnosi”, Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008; pagg. 106-112.
29. Haley J.: “Terapie non comuni” Ed. Astrolabio, 1976
30. Haley J.: “Il terapeuta e la sua vittima” Ed Astrolabio, 1984
31. Ionata P.: “Il cielo nella mente” Ed. Città Nuova
32. Kopp B. S. : “Guru: metafore di uno psicoterapeuta” Ed Astrolabio, 1971
33. Musai F., Calzavara M., De Michelis B., Gonella A.: “L’ipnosi: valido supporto in odontostomatologia”. *Gazz. Med. Ital. – Arch. Sci. Med.* 152, 1, 3. 1993.
34. Musès C.: “Trance-induction Techniques in ancient Egypt” Ed. *Consciousness and Reality*. Outerbridge and Lazard, 1972
35. Pacciolla A.: “Ipnosi”. Ed. San Paolo, 1994
36. Pacciolla A.: “EPM (Esperienze Pre Morte): Fenomenologia e ipotesi interpretative”. Ed. San Paolo, Roma 1995.
37. Pacciolla A.: “Persona e guarigione”. Ed Due Sorgenti, Roma 2000.
38. Pacori M.: “L’Ipnosi non verbale” Ed. Goliardiche, 2009
39. Pepe R.R., Gonella A.: “Trattamento delle disfunzioni cranio cervico mandibolari (D.C.C.M.) attraverso l’ipnosi clinica”. *Giornale odontogantologico*, organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia n° 15 pag. 40-43, 1997.
40. Rolle G., Gonella A., Coltelletti C., Prandi R., Borgarino S. : “Sull’uso dell’ipnosi come trattamento collaterale nelle algie muscolotensive dell’apparato stomatognatico. Note preliminari”. *Minerva Stomatologia* 35:1, 1986.
41. Rossi E. L.: “La psicobiologia della guarigione psicofisica” Ed. Astrolabio, 1986
42. Shorter E. : “Storia della psichiatria” Ed. Masson, 2000
43. Siani A.: “Autoipnosi”. Ed. Nuovi Autori, Collana Manuali, Milano 1997.
44. Tirone G.: “Ipnositerapia, tecniche di liberazione” Ed Xenia, 1999
45. Streaan S. H.: “Il guaritore ferito” Ed. Astrolabio, 1993
46. Widmann C.: “Le terapie immaginative, immagini dall’inconscio” Ed Magi