

Ipnosi: questa sconosciuta, preziosa alleata

Potremmo datare la nascita dell'ipnosi a circa 40.000 anni fa, periodo in cui si stima la comparsa dell'homo sapiens sulla terra. Pratiche che utilizzano ciò che definiamo *trance* accompagnano infatti la vita delle più antiche civiltà. Ritualità sciamaniche di guarigione, pratiche di divinazione (torna in mente la virgiliana descrizione della sibilla di Cuma), le camere del sonno degli egizi, l'imposizione delle mani o il tocco salvifico descritto nella Bibbia e nei Vangeli, ma anche l'incantesimo ed il passaggio delle mani sul corpo insegnato da Wang Tai, fondatore della Medicina Cinese (XX sec. a C.), fanno riferimento a ciò che oggi noi definiamo come uno stato di coscienza modificato.

Solo nel 1700, con Anton Mesmer, si inizia a cercare una spiegazione scientifica dell'ipnosi, che passa attraverso fasi in cui si immagina che essa sia correlata a magnetismo (Mesmer, Puiseguyr), per poi passare all'idea di "sonno lucido" (abate Faria, 1800), che porta a coniare il termine ipnosi, dal greco *hypnos* (Braid, 1800). Il vocabolo è tuttora in vigore, benché esistano oggi numerosi studi che dimostrano che il tracciato elettroencefalografico di una persona in ipnosi è differente da quello di una addormentata.

Il lungo viaggio dell'ipnosi sino ai giorni nostri passa poi per Charcot (1800), che la ritiene una condizione evocabile anche sperimentalmente solo in persone predisposte e patologiche, e poi Bernheim, che invece sostiene che la *trance* ipnotica sia una prerogativa di ogni individuo e introduce i concetti di suggestione e di ideodinamismo (l'idea che diventa atto). Freud, allievo di Charcot, inizia a praticare l'ipnosi ma precocemente l'abbandona, postulandone l'inefficacia e dando inizio a una fase in cui il declino della stessa pare proporzionale all'ascesa della psicanalisi. Nel frattempo, Janet ed Hilgard (seconda metà dell' '800,



1900) cominciano a parlare di ipnosi come dissociazione e dimostrano la presenza dell'*io osservatore*, vale a dire la capacità della mente di operare sotto ipnosi su livelli multipli e di mantenere un controllo critico su quello che accade. Quella che viene definita "nuova ipnosi" nasce però con Milton Erickson, uno psichiatra americano, che la descrive come una condizione naturale e fisiologica, in cui sono fondamentali il rapporto terapeuta-paziente e

l'esperienza di cambiamento.

Cos'è allora questa condizione, speciale e normale al tempo stesso, che ci accompagna da millenni? Erickson la definisce come "uno stato di coscienza modificato, altamente motivato e diretto a sviluppare risorse potenziali dell'individuo attraverso un attivo apprendimento inconscio, in ciò facilitato da un restringimento selettivo del campo di coscienza".

Per *coscienza* intendiamo tutto quanto in nostra presenza viene afferrato, pensato, riconosciuto non solo con i sensi ma anche con l'"occhio interno" dell'introspezione (Jaspers): è una funzione della nostra mente che coinvolge gruppi neuronali altamente specializzati e integrati tra di loro. Immaginiamo la coscienza come un palcoscenico di teatro: possiamo vedere un sipario, uno scenario, l'arredamento, i protagonisti della rappresentazione, percepire le emozioni che trasmettono. Ma se a un certo punto sull'insieme si facesse ombra e un fascio di luce andasse a illuminare esclusivamente un dettaglio, per esempio il viso di un attore, noi sapremmo comunque che in quel palcoscenico esistono un sipario, uno scenario, degli arredi, degli attori, ma essi sarebbero in penombra, e la nostra attenzione sarebbe focalizzata sul viso illuminato. Questa metafora rende bene l'idea di cosa sia un restringimento del campo di coscienza: una condizione nella quale l'attenzione si fa selettiva e focalizzata su qualcosa mentre il

resto, pur restando accessibile alla consapevolezza, viene *dissociato*.

Potremmo definire la dissociazione come la sensazione di "essere parte di" e contemporaneamente "fuori da" un'esperienza: è una condizione naturale, geneticamente determinata, omeostatica, spontaneamente presente nel nostro repertorio comportamentale. Può essere innescata da situazioni traumatiche: un dolore fisico molto forte che non viene inizialmente percepito, un lutto grave rispetto al quale nelle prime fasi si è portati a pensare "non è possibile, non sta accadendo a me", una violenza, ma può essere innescata anche da situazioni come rilassamento, massaggi, meditazione e condizioni ad alto assorbimento attentivo. Dissociazione e *trance* sono esattamente la stessa cosa. Noi andiamo spontaneamente in *trance* più volte nell'arco della giornata: quando leggiamo un libro che ci assorbe, e magari non ci accorgiamo che ha iniziato a piovere e ha fatto buio, quando guardiamo un film, siamo assorti in un ricordo e a chi ci sta attorno appariamo "assenti", quando guidiamo per una strada che conosciamo molto bene e arriviamo a destinazione senza esserci resi conto del tempo che è passato. La *trance* è una condizione in cui siamo indirizzati verso esperienze interne con i sentimenti, i pensieri e l'immaginazione, una dimensione in cui siamo portati a chiederci *cosa* stia accadendo piuttosto che *perché*.

L'evocazione deliberata di questa condizione naturale prende il nome di *induzione ipnotica* e consiste in un processo in cui si invita la persona ad avere un'esperienza di *trance*,



mirando a depotenziare il normale funzionamento conscio e permettendo una maggiore espressione delle facoltà inconse. Elettroencefalograficamente è osservabile un depotenziamento dell'attività dell'emisfero cerebrale sinistro e un aumento relativo dell'attività del destro. Per ottenere tale intento vengono utilizzate le *suggestioni*: sono dei suggerimenti che entrano in risonanza con elementi inconsci evocando memorie, emozioni e modelli operativi. Sono delle proposte, caratterizzate dall'essere vissute in maniera spontanea e senza sforzo, e dalla dimensione esperienziale: alla persona in ipnosi potrà essere per esempio proposto di tornare con la memoria a una giornata al mare e *sentire*, non ricordare, il calore del sole, la sensazione della sabbia. L'induzione può avvenire mediante tecniche dirette, in cui c'è l'indicazione formale e ingiuntiva ad andare in *trance*, e tecniche indirette in cui l'indicazione formale manca: si possono ad esempio utilizzare storie, metafore. La scelta della metodica è a discrezione dell'operatore ed è in relazione alle valutazioni che egli ha fatto sulla persona.

Nell'iconografia classica della persona in *trance*, noi possiamo osservare segni come rilassamento muscolare, economia di movimenti, amimia, riduzione dei movimenti di orientamento e delle reazioni d'allarme, fascicolazioni, ma anche abbassamento della pressione arteriosa, rallentamento della respirazione e del polso, modificazione della circolazione periferica con vasocostrizione e pallore o -per contro- arrossamenti, abbassamento della temperatura, aumento del riflesso della deglutizione ed attivazione gastrointestinale e urogenitale, midriasi, riduzione del riflesso dell'ammiccamento, lacrimazione, defocalizzazione dello sguardo. E ancora possiamo osservare asimmetria destra/sinistra (una mano che viene avvertita come più leggera), alterazioni del ritmo e della velocità dell'eloquio, con tono monocorde e lento, alterazioni tattili quali anestesia e parestesie. Sebbene questi siano classicamente i segni della *trance*, non è detto che debbano obbligatoriamente essere presenti: la loro comparsa è estremamente variabile da individuo a individuo e anche da

un momento all'altro del percorso ipnotico. Inoltre esistono condizioni come l'ipnosi vigile utilizzata dagli sportivi, dai militari o da persone del mondo dello spettacolo, in cui un soggetto in ipnosi a un occhio non tecnico risulta difficilmente riconoscibile. E ancora, una forma vigile e dinamica di *trance* è la modalità più frequente nei bambini.

La *trance* ha degli effetti evidenti sul comportamento, per cui avremo una focalizzazione dell'attenzione, che è responsiva alle proposte del terapeuta, con una prevalenza dell'esperienza interna e soggettiva rispetto alla realtà esterna, e prevalenza delle facoltà immaginative su quelle critiche e razionali. E ancora, è presente un'ideazione autonoma (sensazione di mente che vaga) secondo una logica che viene definita *logica della trance*, in cui la persona può essere portata a collegare situazioni, emozioni ed esperienze apparentemente non in relazione tra loro. Lo stile di pensiero si modifica, con disponibilità ad accogliere nuove idee e a creare nuove associazioni, può essere presente una latenza tra la domanda e la risposta, segno di un'attività ideativa che viaggia su altri binari.

Possiamo poi avere quelli che vengono definiti *fenomeni ipnotici*, che riguardano un decremento o incremento di azione, percezione, senso della memoria e del tempo: avremo quindi catalessia, analgesia ed anestesia (utilizzate in ambito antalgico, chirurgico o per procedure microinvasive), amnesia e contrazione temporale o, per

contro, movimenti ideomotori, presenza di sensazioni nuove e diverse, ipermnesia e dilatazione temporale. Ciascuno di questi fenomeni può essere spontaneo o ricercato dal terapeuta a seconda della finalità dell'ipnosi:

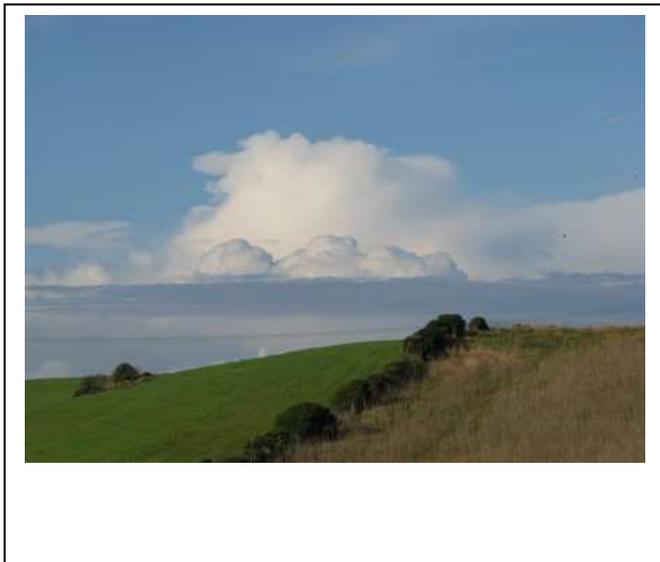
condensazione e dilatazione temporale vengono usate nei training pre-parto o nella gestione

dell'ansia pre-gara degli sportivi, per fare solo qualche esempio.

Nell'*ipnosi classica* il terapeuta *istruisce*, utilizzando perlopiù delle verbalizzazioni preordinate, secondo un protocollo che frequentemente è standardizzato. E' una modalità ipnotica in cui giocano un ruolo importante il carisma dell'ipnotista e la componente fascinatoria. Viene utilizzata maggiormente una modalità ipnotica di tipo diretto ("le tue palpebre si faranno pesanti, la tua mano sarà addormentata") ed è il terapeuta a offrire la soluzione al paziente ("non avrai più alcun desiderio di fumare"). La persona ipnotizzata è quindi in una posizione passiva.

Nell'*ipnosi ericksoniana*, invece, il terapeuta *suggerisce*, l'atteggiamento è di tipo collaborativo ed evocativo, l'ipnosi è più frequentemente indiretta, non esistono protocolli predefiniti perchè si parte dal principio che ogni individuo è differente dagli altri e che l' intervento deve essere ritagliato su misura per ciascuno (*tailoring*). Il lavoro terapeutico nasce dallo speciale incontro tra *quel* paziente e *quel* terapeuta, nel qui ed ora di entrambi: se le stesse persone si fossero incontrate un anno prima, o un anno dopo, il loro interagire sarebbe stato verosimilmente diverso. Nell'ipnosi ericksoniana il terapeuta non fornisce le soluzioni al paziente, ma lo mette in condizioni di trovarle da sé, perché si parte dal principio che ciascuno possieda le risorse che gli consentono di risolvere il proprio problema. Il paziente è coinvolto attivamente nel proprio processo

trasformativo, in un percorso che ne promuove l'autonomia. Canone importante è anche l'*utilizzazione*, per cui tutto ciò che il paziente porta è prezioso, a cominciare dal sintomo, che non è un nemico, ma la migliore soluzione che egli è riuscito sino a quel momento a trovare al proprio



problema (immaginiamo per esempio una moglie con un disturbo di conversione - vecchia isteria- che le impedisca di camminare, che ottenga in questo modo attenzioni e collaborazione domestica da un marito distratto). Il sintomo quindi non si combatte, non si elimina, ma si *trasforma*, creando assieme al paziente delle alternative comportamentali che siano maggiormente adattive.

Fondamentale il concetto di *rapport*, che Erickson definisce "lo stato in cui il soggetto risponde solo all'ipnotista e sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché, a meno che non ne riceva l'ordine da lui". Si tratta di una relazione selettiva ed esclusiva, con focalizzazione, aumentata responsività ed assorbimento reciproci, riduzione bilaterale della consapevolezza periferica e delle attività dirette verso la realtà esterna, sincronismo, prevalenza di attività inconscie congiunte, sensibilità mutuale ai *minimal cues* (segnali minimi) l'uno dell'altro, tendenza a sviluppare idee e significati comuni (monoideismo relazionale) (Ducci). Il contesto relazionale, nell'ipnosi ericksoniana, è fondamentale: lo stesso paziente può risultare resistente all'ipnosi con un terapeuta che non gli ispiri fiducia, e avere ottime esperienze di *trance* con uno che lo metta a suo agio. Erickson sosteneva che non esistono persone resistenti all'ipnosi, ma cattivi ipnotisti.

L'uso strategico della *trance* con finalità terapeutiche, o *ipnoterapia*, è un processo mediante il quale le persone utilizzano le loro associazioni mentali, ricordi e potenzialità vitali per raggiungere lo scopo terapeutico (Erickson). Consiste nel creare un contesto in cui, nell'ambito di una relazione di cura e accudimento, di un'area protetta di esperienza, in uno stato di coscienza modificato e caratterizzato da maggiore flessibilità ideativa, il paziente possa svolgere un lavoro *attivo* di ricerca e attribuzione di significati nuovi, sperimentare la possibilità di modelli altri di funzionamento, superare limiti appresi e sistemi di credenze che lo bloccano, vedere il mondo, le sue relazioni ed il suo problema da un altro punto di vista,

scoprire di avere capacità di cui non era consapevole e, di conseguenza, modificare la propria memoria procedurale.

Il substrato neurobiologico di tutto ciò, secondo gli studi più recenti, potrebbe essere legato ai *neuroni specchio*, recente scoperta degli italiani Rizzolatti e Gallese, i quali hanno dimostrato che se due scimmie sono poste una di fronte all'altra ed una prende un bicchiere e beve, in quella che osserva si attivano gli stessi neuroni motori preposti a quel tipo di movimento. Se il movimento non avviene nel secondo esemplare, è solo perché la quantità di neuroni attivati è inferiore e non sufficiente all'azione. Ma dal punto di vista qualitativo, *immaginare di fare qualcosa o farla è la stessa identica cosa per il nostro cervello*. Si parla di *simulazione incarnata*, l'immaginare che diventa fare: questa potrebbe essere la spiegazione biologica a ciò che Bernheim nell'800 aveva già identificato come ideodinamismo.

Questo è il motivo per cui, per esempio, se una persona non riesce a prendere l'aereo, a guidare la macchina o ad entrare in una risonanza magnetica, ed è perfettamente consapevole cognitivamente di avere una paura esagerata, ed anche dei motivi personali e familiari che possono aver generato il problema, il vivere quest'esperienza in un contesto protetto e di terapia, cercando gli strumenti che servono per superare ansie, blocchi e difficoltà, e riuscendo a mettere in atto come simulazione incarnata l'azione desiderata in seduta, fa sì che quest'esperienza sia percepita a livello inconscio come realmente accaduta: qualitativamente, per il



nostro cervello di fatto lo è. Il sentire che c'è un modo in cui è possibile farcela, modifica la memoria procedurale del paziente e lo porta verso la risoluzione del problema.

Una domanda che sorge spesso spontanea a questo punto è: ma se il contesto e la relazione col terapeuta sono così importanti, se vengono utilizzate delle suggestioni, se al paziente viene fatto immaginare qualcosa, allora l'ipnosi è un *placebo*? Uno studio datato ma non confutato di Spiegel dimostra che, mentre l'azione del *placebo* viene inibita dalla somministrazione di Naloxone, che interrompe il circuito delle endorfine, il Naloxone non ha alcun effetto sull'ipnosi. Altri studi dimostrano che in due gruppi sperimentali, uno sottoposto a *placebo* ed un altro sottoposto a *placebo* ed ipnosi, gli effetti riscontrabili nel secondo gruppo erano superiori. Ma soprattutto, il concetto di *placebo* implica l'inganno del paziente. Nel caso dell'ipnosi, invece, si ha una gestione concordata ed addestrata delle percezioni: "noi adesso faremo una puntura lombare, ma tu sentirai una sensazione equivalente alla puntura di una zanzara".

Le *applicazioni* dell'ipnosi sono molteplici e ben documentate dagli oltre 12.000 articoli a disposizione su *pubmed*. Le linee guida del 2010 dell'*American Society of Clinical Hypnosis* indicano la possibilità di utilizzo dell'ipnosi in gastroenterologia (ulcera, colite, M. di Crohn, colon irritabile), dermatologia (eczema, herpes, neurodermatiti, psoriasi, prurito, verruche), chirurgia, anestesia, dolore acuto e cronico (lombalgie, dolore oncologico, cefalea, emicrania, artrite, malattie reumatiche, dolore odontoiatrico), ustioni, nausea e vomito in chemioterapia e gravidanza, training pre-parto, emofilia, allergie, asma, ipertensione, malattia di Raynaud.

Ed ancora possiamo utilizzarla nei disturbi d'ansia, dell'umore, nei disturbi somatoformi ed in quelli dell'adattamento, disturbi del sonno, tic, balbuzie, dipendenza da fumo, psicotraumatologia.

È importante chiarire che l'ipnosi non si pone come alternativa alla terapia medica convenzionale, ma come supporto, strumento di amplificazione dei benefici ottenuti da essa,

o risorsa ulteriore quando non si siano raggiunti gli effetti sperati. Fondamentale appare anche che la medicina rafforzi sempre più un approccio integrato mente-corpo, laddove prendersi cura del lato psicologico della persona, della componente emozionale del sintomo permette, e numerosi lavori lo documentano, di avere ragione di sintomi che con la sola terapia medica non vengono controllati.

Le *complicanze* dell'ipnosi sono costituite essenzialmente dagli ipnotisti che non la sanno fare. Se indurre la trance risulta infatti agevole, anche dopo la sola consultazione della letteratura -talvolta discutibile- a disposizione, condurla è opera assai più ardua e, come in tutti gli ambiti di terapia, è importante che questo venga fatto da chi ha la formazione adeguata. Formazione adeguata vuol dire innanzitutto scegliere *se fare o non fare* l'ipnosi, poiché bisogna essere consapevoli che in alcuni casi è inopportuna ed inappropriata (aspettative miracolistiche, stati psicotici latenti, per fare solo alcuni esempi). Vuol dire maneggiare con prudenza uno strumento potente, sottile e profondo, esattamente come si maneggerebbero un bisturi, un filtro cavale, un ago bioptico, un chemioterapico.

C'è infatti il rischio che l'ipnotista incauto non sappia gestire i vissuti che emergono, specie se legati a fatti traumatici, o ricordi dolorosi. Il rischio che un sintomo peggiori, quando vi sia stata una soppressione indiscriminata di esso (un caso tra i tanti in letteratura, quello di una bambina alla quale era stato soppresso un dolore odontoiatrico dal fratello che "aveva letto un libro", e che qualche giorno dopo giunse dal dentista con un ascesso esteso). C'è il rischio di un peggioramento clinico: se un paziente ha fatto una terapia per abbandonare la dipendenza da alcol, e poi gli viene fatta un'incauta ipnosi per la disassuefazione dal fumo, l'eliminare il "sintomo" fumo, potrebbe slatentizzare il "sintomo" alcol, il cui compenso veniva mantenuto grazie all'altra dipendenza persistente. Oppure il rischio di uno spostamento del sintomo, quando le cause profonde che lo hanno determinato non siano state affrontate: ed il sintomo di seconda

insorgenza potrebbe essere in questo caso verosimilmente più invalidante.

È fondamentale ricordare che, dal punto di vista *legislativo*, il trattamento di un disagio, fisico o psichico, di qualunque entità, rappresenta terapia, e che le uniche figure abilitate alla terapia sono il medico/odontoiatra e, in ambito psicologico, lo psicologo con specializzazione in psicoterapia. Osservare un paziente, svolgere un colloquio clinico che di fatto è anamnestico, fare una valutazione che è clinica, di fatto è diagnosi. Decidere se fare o meno l'ipnosi, scegliere il tipo di tecnica da utilizzare e come condurre il processo determina un progetto terapeutico del tutto equivalente alla scelta di dargli un farmaco piuttosto che un altro, di fare un percorso di riabilitazione piuttosto che un altro.

Il *medico non psicoterapeuta*, quindi, è tenuto ad utilizzare l'ipnosi esclusivamente nella terapia di sintomi di pertinenza non psicoterapeutica. Anche laddove però trattasse mediante ipnosi patologie come psoriasi, m. di Crohn ecc., in cui la componente emozionale è importante, sarebbe bene che agisse in sinergia con lo psicoterapeuta. Laddove poi intervenisse in emergenza per esempio su una fobia dell'ago, su un attacco di panico davanti ad una risonanza magnetica, sarebbe opportuno che suggerisse al paziente un percorso che, al di là del superamento dell'episodio contingente, gli consenta di

affrancarsi dal problema.

Lo *psicologo non psicoterapeuta* è abilitato ad attività di sostegno, abilitazione e riabilitazione: può quindi utilizzare l'ipnosi in tutti i contesti in cui essa non venga configurata come terapia: training pre-parto, incentivazioni motivazionali in ambito sportivo, crescita personale, per esempio.

Lo *psicologo psicoterapeuta*, laddove si trovasse a trattare un sintomo o una patologia di natura organica, dovrebbe agire in sinergia col medico.

Qualunque altra figura che in ambito terapeutico dovesse cimentarsi nell'uso dell'ipnosi, incorrerebbe nell'art. 348 c.p. "abuso della professione medica".

La sede sarda della Società Italiana di Ipnosi, attiva dal 2011, è impegnata nella realizzazione di iniziative che possano contribuire al diffondersi di una corretta e scientifica informazione sull'ipnosi come risorsa. Chi volesse essere informato delle iniziative, può chiedere di essere inserito in *mailing list* scrivendo a sii.sardegna@gmail.com.

Lucia Latte

*Medico Chirurgo, psicoterapeuta,
formazione quadriennale in ipnosi
ericksoniana, membro della Società Italiana
di Ipnosi*

