

PARERE PER IL CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI

IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA

A. INTRODUZIONE STORICA E INQUADRAMENTO CONCETTUALE

Un breve excursus storico consentirà di inquadrare contenuti metodi e finalità della ipnosi e della terapia ipnotica. Inoltre, la descrizione, la presentazione e l'inquadramento storico di alcuni concetti chiave della concezione attuale dell'ipnosi ci permetterà di spiegare con sufficiente chiarezza l'uso di alcuni termini che saranno adoperati per rispondere ai quesiti posti.

Il processo ipnotico per il trattamento delle malattie è probabilmente antico quanto la storia della medicina (Watkins, 1987). L'ipnosi è conosciuta anche se con forme e nomi diversi dalle più antiche popolazioni primitive. Inizialmente la pratica ipnotica, per quanto avesse finalità terapeutiche in senso lato, era sempre utilizzata in un contesto essenzialmente religioso, tanto che spesso veniva usata a scopo non soltanto terapeutico, ma anche divinatorio. In questa fase i fenomeni dell'ipnosi erano letti come dono/potenza del divino e applicati tramite il profeta, lo sciamano o il medico- sacerdote.

Il periodo mistico-religioso

Nel contesto delle popolazioni primitive, dai comportamenti di cui conserviamo puntuale documentazione nelle antiche civiltà tibetane, australiane, indiane, descritte nel corso dei loro riti di guarigione (Ellenberger, 1972) si può dedurre con sufficiente certezza che i fattori fondamentali di guarigione siano stati rappresentati soprattutto dalla capacità suggestiva, da figure carismatiche e di particolare prestigio e dalla capacità di attivare rappresentazioni fantastiche, che il guaritore o sacerdote riuscivano ad indurre nei confronti del credente/paziente.

Wang Tai, fondatore della Medicina Cinese, (XX sec AC), insegnava ai suoi seguaci una tecnica terapeutica che utilizzava l'incantesimo e il passaggio delle mani al di sopra del corpo delle persone.

Nel Vecchio Testamento, come spesso nei Vangeli si fa riferimento a casi di guarigione ottenuti con il solo passare delle mani sulla parte malata (il tocco regale) o con lo sguardo, come pure per fare profezie (Pavesi e Mosconi, 1974; Gravitz, 1991; Watkins, 1987).

A questa concezione si riallaccia l'uso dell'imposizione delle mani, che si trasformerà molti

secoli dopo, nei cosiddetti “passi” ipnotici, quale rimedio al male, seguito in epoca romana (dal pater familias) e medievale (da parte del re o del signore) e ancora diffuso presso alcune religioni.

Nelle antiche civiltà mediterranee, almeno in quelle degli Egiziani, dei Greci e dei Romani, di cui abbiamo maggiori conoscenze, l'enfasi sugli aspetti terapeutici dell'ipnosi e notevolmente accresciuta, tuttavia l'influenza del soprannaturale è considerata ancora in primo piano, tanto che il nome più usato per le pratiche ipnotiche del tempo è quello di “sonno magico”.

L'inizio del periodo scientifico

Anche se disponiamo di tracce e conoscenze sufficienti per affermare che in ogni forma di civiltà si sia sviluppato il bisogno di curare tramite forme di terapia che oggi non esiteremmo a definire ipnotiche, possiamo far risalire lo sviluppo della ipnosi scientifica e, di conseguenza, anche della psicoterapia in generale, all'opera di Franz Anton Mesmer.

Mesmer (1734-1815) viene a buon diritto indicato come il *fondatore ante litteram* della storia moderna dell'ipnosi (Sarteschi, 1982) e, anche, della psicoterapia dinamica (Ellenberger, 1972). Mesmer introdusse un metodo terapeutico fondato sul magnetismo animale, una sorta di *fluido vitale* ritenuto presente in tutto l'universo e capace di permeare ogni tipo di materia, determinando con le proprie variazioni di concentrazione, le proprietà dei corpi medesimi. Questo fluido che, secondo l'autore, permeava l'universo, costituiva un mezzo di connessione tra uomini e corpi celesti e tra gli uomini stessi. Se questo fluido non era distribuito in modo omogeneo all'interno del corpo umano, poteva determinarne gravi alterazioni e malattie.

Nel 1775, Mesmer pubblicò nella rivista *Nouveau Mercure Savant d'Altona*, il primo lavoro in cui tentava di sistematizzare quanto aveva osservato all'interno di una della teoria comprensiva del magnetismo animale. Nell'articolo, intitolato: “Lettera a un medico straniero” si sosteneva che gli effetti terapeutici del magnetismo erano dovuti all'accumulo di un fluido universale all'interno del corpo. I magneti o gli altri mezzi usati altro non erano che strumenti con cui questo fluido veniva propagato nel corpo. Questa conclusione produsse una rottura dell'amicizia e della collaborazione con padre Hell, un contemporaneo di Mesmer che utilizzava i magneti per il trattamento di alcune affezioni nervose, che continuava a sostenere con vigore che l'effetto magnetico era legato ai magneti e non al *fluido magnetico* (Laurence e Perry, 1988, p. 5).

La svolta verso la psicoterapia ipnotica

Come si vede da queste brevi notazioni storiche, la svolta di Mesmer rappresenta il punto di rottura della continuità, mantenuta fino alla sua epoca, di una cultura pressoché esclusivamente mistica e religiosa della psicoterapia. Per la prima volta, si faceva riferimento al rapporto magnetico (che oggi verrebbe tradotto come “rapport ipnotico”, variante ipnotica di quella che generalmente viene definita “relazione terapeutica”) per spiegare *la sensibilità particolare del soggetto nei confronti del magnetizzatore*. Ma poco più tardi, anche il contrario fu ritenuto possibile, al punto tale che venne introdotto, nel 1784, il termine *reciprocità magnetica*.

Questi concetti anticipano, di almeno un secolo, gli studi di Sigmund Freud e la scoperta dei fenomeni di transfert e controtransfert. Gli stessi concetti sono anche la prima storica menzione di un rapporto reciproco e simmetrico nel corso di una psicoterapia ed anticipano la rivoluzione ericksoniana avrà luogo nell’ambito dell’ipnosi del XX secolo. L’ipnotista che influenza, ma che viene a sua volta influenzato corrisponde ad una concezione profondamente diversa da quella del ruolo autoritario ed irraggiungibile di colui che induce la trance nel soggetto, così come era concepita nella ipnosi tradizionale.

Le componenti psicologiche della psicoterapia ipnotica

L’ipnosi del passato che, per molti secoli, si era fondata soprattutto su concezioni mistiche e sul potere della suggestione, dell’autorità e del carisma, era un’ipnosi artificialmente costruita ed essenzialmente fondata sul soprannaturale.

Sebbene si servisse di un’astrusa teoria fisica, Franz Anton Mesmer riuscì a enfatizzare, più di quanto fosse mai avvenuto in precedenza, le molteplici componenti psicologiche e l’importanza del rapporto interpersonale nell’esperienza ipnotica.

Poiché le tecniche di magnetizzazione riscuotevano un notevole successo e le richieste dei singoli non riuscivano ad essere esaudite, un grande seguace di Mesmer, il marchese di Puységur, magnetizzò un grande albero posto nella piazza centrale del paese. Sotto la chioma dell’albero si raccoglievano diverse persone che, sotto le sue direttive, ottenevano uno *stato di crisi* in cui prevalevano la tranquillità e il silenzio. In questo modo iniziavano le prime esperienze di ipnosi (e forse anche di psicoterapia) di gruppo.

Nel 1784, il Puységur fece una osservazione destinata a rivoluzionare la concezione stessa del magnetismo: si accorse che un suo lavorante, mentre era magnetizzato, presentava una *crisi* di carattere insolito, in cui non soltanto non si manifestavano le solite convulsioni o le implosioni incoordinate dei movimenti, ma uno strano sonno in cui l’uomo appariva più vigile ed attento di quanto non lo fosse nello stato di veglia.

In questo stato, sebbene il soggetto apparisse profondamente addormentato, parlava ad alta voce con grande sicurezza e sembrava avere maggiori informazioni e abilità di quanto ne dimostrasse normalmente. Inoltre, una volta fuori da questo stato indotto, non ricordava l'accaduto, dimostrando di avere quella che viene definita *amnesia post-ipnotica*. Poiché questo atteggiamento appariva per certi aspetti simile al sonnambulismo il Puységur lo denominò "sonnambulismo artificiale".

In questo stato, indicato con il nome di "crisi perfetta", e che successivamente verrà denominato ipnosi sonnambulica, Puységur si accorse che il soggetto era disposto a parlare in modo spontaneo delle cose che lo riguardavano, sentendosi successivamente più sollevato, ed era anche disposto a dialogare con il magnetizzatore nel corso, diremmo ora, della seduta di psicoterapia ipnotica.

Nel corso di questi *dialoghi*, Puységur si rese anche conto di una sorta di dipendenza infantile che il soggetto tendeva a sviluppare nei confronti del terapeuta e si propose di utilizzare un approccio regressivo, che riportava il soggetto indietro nel tempo per riprodurre una relazione madre-bambino, con la finalità di interromperne la tendenza alla dipendenza. Anche questa intuizione sembra anticipare il concetto di transfert e le sue implicazioni terapeutiche.

Inoltre, gli studi di Puységur e dei suoi seguaci consentirono di individuare alcune qualità psichiche dello stato ipnotico di tipo sonnambulico, come l'*ipermenesia*, l'*amnesia post-sonnambulica* e la *regressione d'età*.

Puységur, contrariamente a quanto credeva Mesmer, non riteneva affatto necessario il fluido come mediatore fisico nel rapporto tra soggetto e magnetizzatore, ma riteneva fattori di primaria importanza, per ottenere il risultato terapeutico, l'*intenzione* del magnetizzatore e la *volontà di guarigione* del soggetto (Gulotta, 1980, pp. 24-25).

Infine, Puységur si rese conto della presenza del *rapport*, la peculiare relazione terapeutica che si sviluppa nel corso dell'ipnosi e che diverrà un caposaldo essenziale nella moderna concezione dell'ipnosi. Rispetto alla relazione terapeutica che si sviluppa nella veglia, il *rapport* assume con Puységur una ulteriore connotazione qualitativa, quella dell'*esclusività*. Infatti, come noterà l'autore, questa relazione che lega soggetto ed ipnotista spesso consente, per tutta la durata della trance, al solo magnetizzatore che ha stabilito il *rapport* con il soggetto di mantenersi in comunicazione con lui.

Francois Joseph Noizet, un magnetizzatore contemporaneo del Puységur, si rese conto "che l'effetto dell'albero era inesistente, e ciò che accadeva all'ombra dell'albero era dovuto alla fiducia posta nelle virtù magnetiche" (Noizet, 1854). Noizet enfatizzò anche la forza esercitata dalla suggestione, per la sua capacità di creare una aspettativa favorevole e una reciproca

fiducia tra magnetizzatore e paziente. Queste conclusioni furono riprese più tardi da Liébeault e, insieme ai contributi del Faria, divennero i presupposti teorici generali della Scuola di Nancy.

Il concetto di *suggestione post-ipnotica*, come suggerimento dell'ipnotista che può dimostrarsi efficace dopo il risveglio dalla trance, venne introdotto di lì a poco da Jules Charpignon.

Intorno alla seconda decade del 1800, fu l'Abate Faria a proporre per la prima volta il concetto di 'sonno lucido', che sostituiva, a tutti gli effetti, il concetto di magnetismo che fu in seguito gradualmente abbandonato. Faria poneva i soggetti nel sonno lucido senza ricorrere ai lunghi rituali preparatori che si utilizzavano fino ad allora, ma facendo fissare loro la propria mano, aperta, posta davanti agli occhi e ripetendo loro ripetutamente di 'dormire'.

Dall'ipnosi in medicina al ruolo dell'immaginazione

Agli inizi dell'800 merita di essere ricordata anche l'opera di J. Elliotston (1794-1868) e dei collaboratori della sua scuola, per lo studio dell'*anestesia magnetica*, nonché quella del chirurgo Esdaile (1808-1859): entrambi, applicando il magnetismo nel corso delle operazioni chirurgiche, ottennero una significativa riduzione dell'indice di mortalità operatoria e della percezione del dolore.

Spinto dai risultati ottenuti da Elliotston e Esdaile, James Braid, un oftalmologo scozzese, iniziò i suoi studi di ricerca sul magnetismo intorno al 1840. Braid si oppose in maniera molto risoluta alle teorie fluidiche di Mesmer, ritenendo la trance un fenomeno di natura prettamente psicologica, dovuto alla suggestione. Nello sforzo di ridefinire il fenomeno su una base neurologica, egli coniò il termine di *neuro-hypnotism* o sonno nervoso.

Sebbene sia stato ormai attribuito a Braid il merito di aver introdotto per primo la attuale denominazione di *ipnosi*, in realtà diversi autori ritengono che le cose non siano affatto andate in questo modo (Watkins, 1987; Widmann, 1976; Gravitz, 1991), poiché si deve riconoscere al francese Etienne Felix d'Henin de Cuvillers di aver già usato il prefisso "hypn", già nel 1820, in congiunzione ad alcune parole utilizzate nel corso del processo mesmerico (Gravitz & Gerton, 1984).

Il ruolo svolto da Braid nello sviluppo della moderna ipnosi non si limita, tuttavia, alla controversa attribuzione della paternità del termine *ipnosi*. Inizialmente, servendosi delle sue precedenti esperienze di oftalmologo, ipotizzò che la genesi della trance fosse da ricondurre all'affaticamento dei muscoli delle palpebre superiori, dei bulbi oculari e dei centri correlati. Successivamente si convinse sempre di più che, per l'instaurarsi dello stato ipnotico, fosse determinante la *concentrazione* su una singola idea, che egli denominò, nel 1847, *monoidei-*

smo. Il monoideismo era, secondo Braid, in grado di rendere *l'immaginazione* talmente vivida da far sì che un'idea spontanea o suggerita, assumesse, per il soggetto, il valore di un'esperienza reale.

Ad analoghe conclusioni, rispetto all'importanza dell'immaginazione, era giunto molti anni prima anche D'Esion, che nel 1780 si chiedeva provocatoriamente: "Se la medicina basata sull'immaginazione è la migliore perché non adottarla?".

Anche Paracelso, che ben conosceva gli aspetti psicologici e relazionali dei fenomeni magnetici, molto tempo prima aveva affermato con decisione: "sopprimete l'immaginazione e la fiducia e non otterrete nulla... Che l'oggetto della vostra fede sia vero o immaginario otterrete lo stesso risultato" (Chertok, 1965; p.26).

Il ruolo della suggestione

Per circa venti anni l'ipnosi ricevette minore considerazione, fino ad arrivare al lavoro di Liébeault a Nancy. Liébeault era un medico di campagna e, sebbene fosse rimasto per molto tempo nel dubbio tra la teoria della suggestione e quella del fluido, attribuiva maggiore importanza alla utilizzazione clinica dell'ipnosi che alla risoluzione di questo dubbio.

Liébeault continuò con decisione a credere nell'ipnotismo e a praticarlo con i suoi pazienti e a coloro che si mostravano riluttanti, offriva la possibilità di scegliere tra magnetismo gratuito o prassi medica ufficiale a pagamento (Estabrooks, 1962, p.153): così, in poco tempo, il numero dei pazienti che preferivano il magnetismo crebbe notevolmente.

Nel 1882, un caso clinico seguito senza risultati per sei mesi da Bernheim, che dirigeva la cattedra di psichiatria della Università di Nancy, venne trattato con esito positivo da Liébeault. Bernheim, certamente irritato dalla imbarazzante situazione, che metteva in discussione il suo prestigio di professore universitario, decise di andare a trovare Liébeault con lo scopo di raccogliere elementi per metterlo in difficoltà. Tuttavia, quando Bernheim conobbe il modo di lavorare di Liébeault, si appassionò profondamente all'ipnotismo e decise di adottarne le metodiche introducendole nell'ospedale universitario di Nancy.

Bernheim era dell'opinione che l'ipnosi fosse dovuta alla suggestione, che egli definiva come "la disposizione a trasformare un'idea in azione", mentre considerava l'ipnosi come uno "stato di accentuazione della suggestionabilità indotto da suggestione", presente, in misura diversa, in ogni persona. Bernheim riteneva l'ipnosi uno stato psicologico normale e, con il passar del tempo, decise di utilizzare sempre meno lo stato ipnotico, teorizzando che quanto si ottiene con l'ipnosi è possibile ottenerlo tramite la suggestione, nello stato vigile: un procedimento che, poco più tardi, venne denominato, dalla Scuola di Nancy, "psicoterapia" (Ellenberger, 1972, p.102).

Tra i molti visitatori del gruppo di Bernheim, ci fu anche Freud, che soggiornò a Nancy per qualche tempo nel 1889, dopo aver trascorso alcuni mesi, tra il 1885 e il 1886 presso l'altra celebre Scuola, quella della Salpêtrière, sotto la guida di Jean-Martin Charcot.

A differenza della netta posizione assunta da Bernheim a favore della trance come stato psicologico normale, la scuola della Salpêtrière tendeva a ritenere l'ipnosi una condizione più vicina alla patologia che alla fisiologia, fino ad arrivare a definirla, con Babinsky, una sorta di nevrosi artificiale. Nonostante queste premesse, Charcot ottenne di far accettare l'ipnotismo dall'Académie des Sciences, che, nei precedenti 100 anni, aveva negato per ben tre volte al magnetismo qualunque dignità scientifica.

La Teoria Dissociativa

Il successo della Scuola di Nancy condusse alla consacrazione definitiva della natura psicologica dell'ipnosi, ma dalle teorie di Bernheim e collaboratori nacque anche un dibattito sulla natura originaria della trance ipnotica e dei suoi fenomeni, che sembravano derivare soprattutto dalla suggestione.

Molti dei principi della Scuola di Nancy vennero confutati da Pierre Janet, le cui intuizioni si dimostrarono in grande anticipo rispetto al suo tempo, e in grado di precorrere la nuova ipnosi che inizierà intorno alla metà del ventesimo secolo.

Nel 1886, quando Janet pubblica il caso di Leonie, evidenzia "sia la catarsi come meccanismo curativo, sia l'importanza del rapporto che si stabilisce tra ipnotizzatore e paziente". Pertanto Janet è certamente tra i primi a sostenere, come fa in "*L'automatisme psychologique*", il ruolo "fondamentale" del rapporto tra e paziente e ipnotizzatore nel processo terapeutico.

Janet, inoltre, sottolinea l'importanza della *utilizzazione delle risorse* personali del soggetto, attraverso una *concezione naturalistica della trance*, a quella che in seguito verrà proposta da Milton Erickson.

L'influenza di Pierre Janet si estese anche alla ipnosi clinica americana: all'inizio del secolo tra il 1904 e il 1906 tenne una serie di conferenze negli USA sulle sue scoperte. In particolare, presentò i sorprendenti risultati ottenuti con la *cura catartica*. Nel suo classico lavoro, "*Le cure psicologiche*" (Janet, 1919), dedicò grande attenzione al fenomeno da lui definito dell'*automatismo psicologico*, in cui si verificava una condizione dissociativa che consentiva lo sviluppo di un *nucleo subcosciente*. Janet denominò questo fenomeno *dissociazione*, e ritenne che l'ipnosi potesse facilitarne l'insorgenza.

Gli studi di Janet sull'ipnosi e la dissociazione alimentarono le successive ricerche sulla *personalità multipla* da parte di Morton Prince e Boris Sidis a Boston.

Sebbene venga spesso ritenuta una condizione psicopatologica, la dissociazione è di per sé una capacità umana che consente di separare i diversi elementi dell'esperienza soggettiva. Questa capacità, se utilizzata abilmente, può in molti casi rivelarsi preziosa (Yapko, 2011). Dopo Janet, il concetto di *dissociazione* e lo studio del suo rapporto con l'ipnosi furono ripresi negli anni '70 dal grande ipnotista americano Ernest R. Hilgard. La teoria di Hilgard che faceva esplicito riferimento a Janet, venne definita Neodissociativa ed era fondata sul concetto di "osservatore nascosto", frutto del processo dissociativo che si determina nella mente del soggetto ipnotizzato.

Intanto, agli inizi del 1920, iniziarono ad emergere nell'ampio scenario della comunità ipnotica americana, Clark L. Hull (1884-1952) e Milton H. Erickson (1901- 1980).

Hull condusse una serie sorprendente di esperimenti di laboratorio, presso l'Università del Wisconsin, per investigare la natura dell'ipnosi. Erickson era uno studente di Hull e, successivamente, ne divenne il collaboratore.

Tra i due si sviluppò, in seguito, un profondo disaccordo poiché Erickson non credeva nell'enfasi attribuita da Hull alla figura preminente dell'ipnotista e alla sistematica adozione di tecniche di induzione standardizzate da utilizzare nella ricerca di laboratorio. Per Erickson, invece, aveva una importanza determinante il complesso processo interno che si sviluppava quando il soggetto entrava nello stato di ipnosi.

La Nuova Ipnosi e Milton Erickson

A partire da Mesmer, con il passare del tempo la terapia ipnotica è andata incontro ad un processo di trasformazione che, successivamente, è stato condiviso anche da altre forme di psicoterapia. Gradualmente si è andato ridimensionando il ruolo dell'intervento suggestivo per divenire assimilabile sempre più ad un processo naturale, capace di rispettare le qualità personali dell'individuo e di restituirgli la forza delle sue stesse risorse.

Nel corso degli ultimi cinquanta anni l'ipnosi tende invece ad affermarsi come uno stato di coscienza focalizzato (talvolta fino al punto di conseguire il monoideismo di Braid) e pienamente fisiologico, che può presentarsi spontaneamente o in seguito all'induzione del terapeuta. Questo peculiare stato di coscienza si avvicina e si integra con lo stato di veglia, passando attraverso una gamma ricchissima di gradazioni intermedie (Edelstein, 1982).

Dal punto di vista psicoterapeutico la *nuova ipnosi*, che si fonda su questa concezione naturalistica dello stato di trance, non propone più l'ipnotista come figura autoritaria e carismatica che applica artificialmente procedure ritualistiche, ma che si impegna a riconoscere, e soprattutto a rispettare ed utilizzare le caratteristiche del soggetto.

Quest'ultimo non assume un ruolo passivo e sottomesso, ma diviene protagonista attivo del processo induttivo al quale prende parte.

La concezione ericksoniana dello stato di trance introduce una profonda innovazione, come lo è il modo con cui Erickson ha modificato il processo terapeutico e le tecniche tradizionalmente utilizzate dagli ipnotisti prima di lui. Questa rivoluzione della prospettiva ipnotica ha indotto Daniel Araoz (1985) a definire il modello ericksoniano la "Nuova Ipnosi" e numerosi altri autori a riconoscersi in tale definizione (Loriedo, 1999).

Lo stato di coscienza ipnotico viene, quindi, ritenuto molto diverso dal sonno e, al contrario, strettamente contiguo a quello della veglia con la quale si articola, secondo un continuum che può, in alcuni casi, rendere difficile operare una distinzione netta tra le due condizioni (Edelstein, 1982).

Un'altra importante differenza tra *nuova ipnosi* e ipnosi tradizionale, consiste nel fatto che non vengono più ritenuti necessari, per la identificazione dello stato di trance, i segni di rilassamento fisico e mentale, il rallentamento nelle risposte, l'amnesia per l'esperienza ipnotica e la sensazione di perdita più o meno completa del controllo cosciente. La assenza di questi fattori, una volta ritenuti tipici della esperienza ipnotica, ha ulteriormente accostato la trance allo stato di veglia, rimarcandone il ruolo di condizione fisiologica dell'organismo.

La distinzione tra le due condizioni non viene meno, ma diviene più sottile, valutabile soltanto grazie a piccoli dettagli (*minimal cues*), che l'ipnotista deve riuscire a cogliere per trarre il massimo vantaggio terapeutico dalla variazione inapparente dello stato di coscienza.

Per Erickson tale distinzione prevede "la perdita di orientamento nei confronti della realtà esterna e lo stabilirsi di un nuovo orientamento nei confronti di una realtà concettuale astratta" (Erickson, 1964a). La differenza di risposta alla realtà soggettiva vissuta dal soggetto in trance rispetto a quella evocata dalla realtà non ipnotica che lo circonda diviene quindi il parametro di riferimento per valutare l'esistenza e la profondità della trance. La nuova definizione dello stato ipnotico non è più legata alle manovre utilizzate per ottenerlo, nè alla presenza, talvolta aleatoria, di fenomeni straordinari ed inconsueti, ma tiene conto della risposta più o meno intensa dell'individuo alle rappresentazioni che l'ipnosi è in grado di evocare.

Anche il concetto di *resistenza* viene, di conseguenza, riproposto in una accezione completamente nuova, rispetto a quella predominante nell'epoca: Erickson la considerava, infatti, una forma di collaborazione alla terapia coerente con le necessità del paziente. Ne deriva una posizione, del tutto peculiare dell'approccio ericksoniano, secondo la quale la resistenza: "deve essere rispettata, invece di considerarla come un'intenzione attiva e deliberata, o anche inconscia, di opporsi al terapeuta. La resistenza dovrà essere apertamente accettata,

anzi cortesemente accettata, visto che si tratta di una comunicazione di importanza essenziale" (Erickson, 1964b).

Alcuni seguaci di Erickson hanno creduto di riconoscere nella sua abilità terapeutica soltanto un aspetto direttivo e manipolativo, fino a parlare di *tattiche di potere* del terapeuta (Haley, 1990). Ma questa abilità, sulla quale è stata posta molta enfasi, è in realtà il frutto di una osservazione attenta, di uno studio profondo, dedicato a ogni singolo soggetto per metterlo in condizione di riassociare e riorganizzare la propria complessità psicologica interiore e a utilizzare le proprie capacità personali in modo consona alla sua stessa vita esperienziale.

IL RAPPORT

Il rapport può essere definito come *“una relazione selettiva ed esclusiva che ha luogo in un contesto in cui si sviluppa uno stato modificato di coscienza, e che consente lo sviluppo di una esaltata responsività reciproca”* (Loriedo e Valerio, 2008b).

Il rapport viene definito da Erickson: "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 indicazione da lui. In pratica la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette unicamente sull'ipnotista e su quanto l'ipnotista inserisce nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa" (1984, p.36).

Questa particolare condizione, che è tipica della relazione in corso di trance, ha notevole valore diagnostico e terapeutico in quanto esalta la responsività del soggetto rispetto all'intervento ipnotico. Gran parte dell'abilità terapeutica di Erickson consiste proprio nella sua capacità di cogliere immediatamente la presenza del rapport e di utilizzarlo in senso terapeutico.

Queste caratteristiche del rapport costituiscono la qualità più significativa dell'ipnosi e ne fanno comprendere da un lato la differenza rispetto alle altre forme di psicoterapia, e dall'altro spiegano perché la sua gestione sia particolarmente delicata.

Erickson si è sempre reso conto della *bilateralità del rapport*: l'ipnotista partecipa intensamente alla trance del soggetto e mantiene a sua volta una focalizzazione esclusiva nei suoi confronti. Considerando i più recenti sviluppi delle neuroscienze, potremmo dire che il rapport è: *“un prototipo di relazione empatica fondata su una simulazione incarnata”* (Loriedo e Valerio, 2008b).

B. QUESITI RELATIVI A IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA

Quanto esposto nelle brevi note storiche e nelle definizioni della trance ipnotica, e per quel che riguarda la attuale concezione dell'ipnosi, come stato di coscienza e come forma di psicoterapia, ci aiuterà a comprendere discendono le considerazioni che seguono.

Cos'è e come si configura una trance ipnotica?

Uno stato di coscienza modificato nel senso di una peculiare modalità di focalizzazione sui contenuti della trance, che produce "una significativa riduzione di orientamento nei confronti della realtà esterna e *lo stabilirsi di un nuovo orientamento nei confronti di una realtà concettuale astratta* (Erickson, 1964a) frutto di una produzione prevalentemente inconscia che predomina all'interno della esperienza ipnotica.

In tale stato di coscienza si può entrare spontaneamente, o in seguito ad induzione auto o eteroindotta. Il funzionamento del soggetto in ipnosi è determinato da una recettività e responsività tali da potenziare notevolmente le capacità interiori di apprendimento e di comprensione.

L'Ipnosi può essere utilizzata come mera tecnica di rilassamento?

Nella concezione tradizionale dell'ipnosi si tendeva a collegare l'esperienza ipnotica con il rilassamento. La motivazione di tale collegamento risiedeva nella apparente condizione di distensione muscolare ed emotiva che emergeva in primo piano nelle esperienze di trance. Una forma di trance, quella cosiddetta *stuporosa*, vede la prevalenza del rallentamento fisico e psichico, che ne appaiono i fenomeni più vistosi, ma certo non esclusivi. Considerare la trance ipnotica come sinonimo di rilassamento è da considerare oggi un grave errore frutto esclusivamente di scarse conoscenze o superficialità.

Nella forma di ipnosi definita *trance stuporosa* il soggetto appare più o meno rilassato. Ma l'ipnosi stuporosa è soltanto rilassamento? Certamente no. Un notevole numero di fenomeni, accompagnano l'instaurarsi della trance e sebbene la loro intensità ed il loro numero siano per larga parte imprevedibili prima dell'induzione, essi assumono comunque un ruolo molto più rilevante del rilassamento. Come afferma Yapko (2011, p. 30): "Il rilassamento è utile, ma è semplicemente un primo passo verso la facilitazione di esperienze più complesse, come la regressione d'età (memoria esperienziale) o l'anestesia".

Si può dunque escludere che una induzione di trance ipnotica comporti, come unica conseguenza, il rilassamento. Inoltre, esiste una notevole differenza tra *rilassamento* e *ipnosi con rilassamento*. Infatti se si vuole ottenere il solo rilassamento si useranno apposite tecniche, in seguito alle quali si determina una distensione muscolare e psicologica. Ma per ottenere un rilassamento con ipnosi, oltre alle tecniche di rilassamento, saranno necessarie prioritariamente delle tecniche di induzione ipnotiche. L'atto induttivo produrrà una modificazione dello stato di coscienza (che viene definito trance ipnotica), e solo successivamente si potrà ottenere il rilassamento.

Come abbiamo detto, l'induzione, che sia accompagnata o meno da rilassamento, produrrà comunque alcuni dei seguenti fenomeni (Edgette and Edgette, 1995):

FENOMENI IPNOTICI

RISPOSTE SENSORIALI

Anestesia
Analgesia
Iperestesia
Allucinazioni ipnotiche
 Positive
 Negative

ORIENTAMENTO TEMPORALE

Distorsione temporale
Espansione temporale
Condensazione temporale
Pseudorientamento nel futuro
Regressione d'età

RISPOSTE SOMATICHE

DISSOCIAZIONE

Dissociazione di funzioni psichiche
Dissociazione Mente-Corpo

MEMORIA

Amnesia
Recupero di ricordi non rievocati in precedenza
Ipermnesia

COMPORTEMENTI MOTORI

Catalessia
Levitazione della mano
Scrittura automatica
Risposte ideomotorie

RISPOSTE EMOZIONALI

COMPORTEMENTI POSTIPNOTICI

Questi fenomeni, possono essere presenti in varia misura nei differenti soggetti, e si deve sottolineare che nella ipnosi di oggi si considera il rilassamento solo come uno dei tanti possibili effetti dell'ipnosi, ma la sua presenza non è certo considerata necessaria per ottenere la trance. Infatti, nelle forme ipnotiche di *tipo sonnambulico* il rilassamento è di regola assente, ed il soggetto può agire e vivere emozioni intense, oltre a poter presentare fenomeni ipnotici dell'importanza di quelli che abbiamo appena descritto.

Chi può praticare l'ipnosi e soprattutto che conseguenze può avere sulla psiche di un individuo l'ipnosi mal praticata

Quando si pensa che l'ipnosi sia accessibile anche a persone dotate di una preparazione sommaria, magari per un uso solo limitato della trance ipnotica, ci si riferisce soltanto al processo induttivo. In questi casi si dimentica o si ignora che utilizzare l'ipnosi vuol dire trovarsi di fronte a fenomeni ipnotici di notevole portata, come quelli appena descritti. La gestione di tali fenomeni, durante l'ipnosi, non è altrettanto semplice come l'induzione e può creare difficoltà notevoli ad operatori che non abbiano la dovuta preparazione e la necessaria esperienza.

Inoltre, una induzione ipnotica, anche breve, tende ad attivare la speciale relazione terapeutica che si definisce *rapport*.

La relazione terapeutica in ipnosi assume proprietà e caratteristiche del tutto peculiari, legate alla presenza della trance che determina una serie di effetti sul particolare tipo di relazione che si determina. Tali effetti spiegano l'adozione di un termine specifico *rapport*, che differenzia la relazione ipnotica dalle altre forme di *therapeutic relationship*.

Le **proprietà caratteristiche** del rapport (Loriedo e Valerio, 2008) sono rappresentate da:

- selettività
- esclusività
- sincronismo con l'ipnotista
- focalizzazione e assorbimento reciproci
- prevalenza di attività inconscie coordinate
- tendenza a condividere idee e significati (monoideismo relazionale)
- accresciuta responsività reciproca
- riduzione di attività direzionate verso la realtà esterna
- riduzione bilaterale della consapevolezza periferica
- sensibilità reciproca alle *minimal cues*
- attenzione responsiva reciproca

Il rapport unisce ipnotista e soggetto in maniera *selettiva ed esclusiva*, in quanto eventuali altre persone presenti non sono in grado di accedere al rapporto con le stesse modalità, tanto che spesso in questo stato “il soggetto risponde solo all'ipnotista e sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché, a meno che non ne riceva indicazione da lui” (Erickson, 1984; p. 36).

Tale responsività favorisce notevolmente le modificazioni in senso terapeutico del soggetto, e gran parte dell'abilità terapeutica di Erickson consisteva proprio nella capacità di cogliere immediatamente la presenza della responsività prodotta dal rapport e di utilizzarla per ottenere i cambiamenti richiesti dal soggetto.

Se il rapport viene attivato in una relazione ipnotica e poi l'induttore non lo riconosce o non sa utilizzarlo possono prodursi, anche senza che chi lo ha attivato se ne renda conto, le stesse conseguenze che possono svilupparsi in un'altra forma di psicoterapia, per una relazione di transfert o controtransfert non riconosciuta o mal gestita dallo psicoterapeuta.

L'ipnosi può essere praticata quale supporto di una PNL? E in questo caso è vero che può essere praticata da chiunque anche senza titoli e formazioni specifiche?

L'ipnosi può essere praticata come supporto alla PNL, ma anche a molti modelli di psicoterapia. Esistono anche forme integrate di ipnosi con altre psicoterapie (come ad esempio la Ipno-analisi. Vedi: Wolberg, 1945), ma questo non vuol dire affatto che non occorran titoli e formazioni specifiche. Che si tratti di integrazione o si tratti di supporto, lo sviluppo della fenomenologia ipnotica e del rapport che si determinano anche senza che l'operatore abbia intenzione di farlo, rendono necessaria una buona conoscenza dell'ipnosi (e naturalmente anche dell'altra terapia che vien utilizzata in integrazione con l'ipnosi).

Il soggetto che viene sottoposto ad ipnosi ha diritto di essere informato e quindi di esprimere un consenso informato per ricevere tale tecnica?

Certamente sì. Come si conviene in ogni buona prassi di operatività clinica, il ricorso all'ipnosi deve essere comunicato, insieme alle necessarie informazioni, a chi vi si deve sottoporre. Nella piena trasparenza di ciò che si intende applicare al soggetto, deve esserne anche richiesto il consenso informato.

Al di là di ogni considerazione etico-deontologica, l'ipnotista esperto sa bene che una spiegazione chiara ed esauriente sull'ipnosi che ne preceda la utilizzazione terapeutica, è da ritenere necessaria proprio per migliorare i risultati che si potranno ottenere. Infatti, una presentazione esplicita e dettagliata sull'ipnosi spesso consente di eliminare pregiudizi e conoscenze errate di chi vi si sottopone, dovute alle molte credenze ingiustificate, ereditate dal periodo mistico-religioso o dalla drammatizzazione letteraria e cinematografica di presunti effetti della trance ipnotica, a volte considerati miracolosi e altre volte inquietanti.

In ogni caso, prima ancora di un codice deontologico professionale e di un corretto atteggiamento demistificante, che dovrebbero già da soli indurre ad informare pienamente il soggetto rispetto all'uso di una terapia ipnotica, di questi aspetti si occupa inequivocabilmente il Codice Penale.

A tale riguardo si deve notare che, con sentenza 96 del 9 Aprile 1981 la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 603 che riguardava il Plagio:

Capo III: DEI DELITTI CONTRO LA LIBERTA' INDIVIDUALE

Sezione I: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONALITA' INDIVIDUALE

Art. 603 Plagio

Chiunque sottopone una persona al proprio potere, in modo da ridurla in totale stato di soggezione, è punito con la reclusione da cinque a quindici anni.

Tuttavia, è ancora pienamente vigente l'art. 613 del Codice Penale in cui il consenso dell'interessato viene ritenuto fondamentale, quando viene utilizzata l'ipnosi, se ne deriva incapacità di intendere e di volere.

Sezione III: DEI DELITTI CONTRO LA LIBERTA' MORALE

Art. 613 Stato di incapacità procurato mediante violenza

Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei, in stato d'incapacità d'intendere o di volere, è punito con la reclusione fino a un anno.

Il consenso dato dalle persone indicate nell'ultimo capoverso dell'articolo 579 non esclude la punibilità.

La pena è della reclusione fino a cinque anni:

- 1) se il colpevole ha agito col fine di far commettere un reato;
- 2) se la persona resa incapace commette, in tale stato, un fatto preveduto dalla legge come delitto.

Inoltre, anche in presenza di consenso, l'art. 728 del Codice Penale, prevede un reato penale se dallo stato di narcosi o di ipnotismo deriva pericolo per l'incolumità della persona:

Art. 728 Trattamento idoneo a sopprimere la coscienza o la volontà altrui

Chiunque pone taluno, col suo consenso, in stato di narcosi o d'ipnotismo, o esegue su lui un trattamento che ne sopprime la coscienza o la volontà, è punito, se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda da lire sessantamila a un milione.

Tale disposizione non si applica se il fatto è commesso, a scopo scientifico o di cura, da chi esercita una professione sanitaria.

Come si può vedere dall'ultimo capoverso, il fatto di esercitare l'ipnosi a scopo scientifico e terapeutico da parte di chi ne ha titolo diviene una condizione che rende non applicabile il reato. Pertanto, si tratta di reato penale qualora l'uso dell'ipnosi produca un danno, e non sia stata applicata da chi ha titolo per farla.

Come si vede la terapia ipnotica, ben lungi dal "non essere normata", è l'unica psicoterapia ad essere considerata e limitata nelle sue possibili applicazioni dal Codice Penale.

L'ipnosi può essere considerata una tecnica riservata a soggetti esperti o qualificati e uno strumento di psicoterapia?

L'ipnosi, per la sua complessa natura, e per il fatto che a differenza delle altre forme di psicoterapia comporta l'induzione di uno stato modificato di coscienza, richiede una particolare perizia e quindi una adeguata e protratta formazione. La numerosità dei fenomeni che l'ipnosi riesce ad evocare, nonché la loro notevole importanza a livello delle modificazioni delle principali funzioni psichiche, richiede inevitabilmente buone conoscenze di questi fenomeni che possono altrimenti essere completamente fuori dal controllo di chi attua l'intervento.

Lo sviluppo del rapporto e le sue particolarità rispetto ad altre forme di relazione terapeutica, rendono inoltre necessaria una formazione che preveda l'acquisizione di una buona gestione della relazione terapeutica ed un lavoro sulla persona del terapeuta.

Nel nostro paese sono presenti almeno tre scuole riconosciute dal MURST che hanno come finalità primaria l'insegnamento della psicoterapia ipnotica. Altre scuole contengono l'ipnosi nella loro formazione e negli insegnamenti caratterizzanti. Quindi l'ipnosi deve essere considerata a, tutti gli effetti, una forma di psicoterapia che, ha profonde radici storiche e che grazie alle modificazioni che sono avvenute nel tempo e alla utilizzazione attuale delle tecni-

che di neuroimaging, ha attualmente acquisito una elevata considerazione in ambito scientifico.

Naturale che tale forma di psicoterapia richieda adeguata formazione teorica e pratica, e che anche le applicazioni più semplici o che presentano in apparenza minori implicazioni psicologiche (il trattamento del tabagismo, il controllo del dolore, l'uso dell'ipnosi nell'attività sportiva, ad esempio), debbano essere riservate soltanto a chi ha ricevuto le necessarie nozioni di base in psicologia o medicina e il training adeguato per svolgerle.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Araoz,D. (1985), *The New Hypnosis*, Jason Aronson, Northvale.

Bini,L., Bazzi,T. (1954), *Psicologia Medica*, Vallardi, Milano, p. 460.

Bottacin,G., Brondino,G., Peron,M. (1979), *Ipnosi senza miti. Uno studio sulla fenomenologia della realtà ipnotica*, Ed. Mediterranee, Roma.

Chauchard,P. (1966), *Hypnose et Suggestion*, Trad. Ital.: Ipnosi e suggestione, Ed. Mediterranee, Roma, 1964.

Chertok,L. (1965), *L'Hypnose. Les problemes theoriques et pratiques. La technique*. Trad. Ital. di Bonarelli,S., *L'Ipnosi. Teoria-pratica-tecnica*, Ed. Meditaerranee, Roma, 1971;

Edelstein,M.G. (1982), *Trauma, trance e trasformazione; guida clinica all'ipnoterapia*, Astrolabio.

Edgette,JH and Edgette, JS (1995), *Handbook Of Hypnotic Phenomena In Psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York,.

ElleMBERGER,H.F. (1976), *La scoperta dell'inconscio: storia della psichiatria dinamica*, Voll. I e II, Boringhieri, Torino.

Erickson,M.H. (1948), Hypnotic Psychotherapy, *The Medical Clinics of North America*, 5, 571-583.

Erickson,M.H. (1964a), Initial Experiments Investigating the Nature of Hypnosis, *Am.J.Cl.Hypn.*, 7, 152-162.

Erickson,M.H. (1964b), An Hypnotic Technique for Resistant Patients. The Patient, the Technique and its Rationale and Field Experiments, *Am. Journ. Clin. Hypn.*, 7, 8-32.

Erickson M.H. (1978), *Le nuove vie dell'Ipnosi*, (a cura di Rossi, E.L), Astrolabio, Roma.

Erickson,M.H. (1984), *L'ipnosi in medicina*, IV Vol. Opere, Astrolabio,

Estabroocks, G.H. (1964), *Hypnotism*, Dutton, New York. Trad. Ital., Ipnatismo, Ed. Mediterranee, Roma,

- Guantieri, G. (1973), *L'ipnosi*, Rizzoli, Milano,
- Gravitz, M.A. (1991), Early Theories of Hypnosis: a Clinical Perspective, in Jay Lynn, S., Rue, J.W. (Eds.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*, Guilford, New York.
- Gulotta, G. (1980), *Ipnosi. Aspetti psicologici, clinici, legali e criminologici*, Giuffrè, Varese.
- Haley, J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, 1978.
- Haley, J. (1990), *Strategies of Psychotherapy*, Triangle Press/Norton, New York,
- Janet, P. (1996), *Nevroses et idées fixes, I. Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, cap. XII, 1914 (1898). In 'Pierre Janet. La Passione sonnambulica e altri scritti', Liguori, Napoli.
- Janet, P. (1919), *Les médications psychologiques*, Alcan, Paris.
- Laurence J.R., Perry, C. (1988), *Hypnosis, Will, and Memory. A Psycho-Legal History*, Guilford, New York,
- Loriedo, C. (Ed.) (1999), The New Hypnosis: The Utilization of Personal Resources Ericksonian Practice and Training, *Hypnosis International Monographs*, in Press.
- Loriedo, C., Valerio, C. (2008a), La relazione terapeutica nell'ipnosi ericksoniana, in P. Petri e A. Zucconi (a cura di), *La relazione che cura*, Volume Primo, Collana Nuove Tendenze in Psicoterapia, Alpes, Roma, 507-518,
- Loriedo, C., Valerio, C. (2008b), Rapport, empatia e neuroni specchio, in G. De Benedittis, E. Del Castello, C. Valerio (a cura di), *Dall'ipnosi ericksoniana alle neuroscienze. L'ipnosi, crocevia fra scienza, cultura e pratica terapeutica*, Franco Angeli, Milano.
- Loriedo, C., Zeig, J.K., Nardone, G. (2010), *Tranceforming. Ericksonian Methods*, Milton Erickson Foundation Press, Phoenix.
- Mesmer, F.A. (1779), *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal, par Mesmer, docteur en médecine de la faculté de Vienne*, Didot, Geneve and Paris.
- Mesmer, F.A. (1781), *Précis historique des faits relatifs au magnétisme animal jusques en Avril 1781*, London.
- Noizet, F.J. (1854), *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal*, Plon, Paris,.
- Pavesi, P.M.A., Mosconi, G. (1974), *Cenni storici sull'ipnosi medica. In Tecniche e applicazioni della ipnosi medica* (a cura di Pavesi P.M.A., Mosconi G.) Piccin, Padova.
- Sarteschi, P., Maggini, C. (1982), *Manuale di Psichiatria*, Ed. SBM, Bologna;
- Watkins J. G. (1987), *Hypnotherapeutic techniques, The Practice of clinical Hypnosis*, Vol.1, Irvington, New York,
- Widmann, C. (1976), *Psicoterapie. Metodi e tecniche*, 1, 2, 7-14, Forcato, Padova.
- Wolberg, L. (1971), *Psicoterapia e Scienze Umane*, Angeli, Milano.

Wolberg, L. (1945), *Hypnoanalysis*, Grune and Stratton, New York.

Yapko, M. (2011), *Lavorare con l'ipnosi: una introduzione alla pratica clinica*, Franco Angeli, Milano.

Camillo Loriedo

Professore di Psichiatria, Università di Roma "La Sapienza"
Presidente della International Society of Hypnosis (ISH)
Presidente della Società Italiana di Ipnosi (SII)

Cell. 338.9400590 – Università 06.49914603