



LA STORIA DELL'IPNOSI E LA SUA EVOLUZIONE

di MAURA LIVOLI



EDIZIONI PSICOLOGI-ITALIA.IT

MAURA LIVOLI

**LA STORIA DELL'IPNOSI
E LA SUA EVOLUZIONE**

CAPITOLO PRIMO

CHE COS'E' L'IPNOSI

L'ipnosi si può definire come "un processo di apprendimento capace di sviluppare molte capacità utili sia ai fini sperimentali che terapeutici".

L'evoluzione dello studio dell'ipnosi ha subito tre momenti specifici: la fase prescientifica, la fase magica e la fase scientifica vera e propria.

Paragrafo 1 : La fase prescientifica

La prima fase affonda le sue radici nella preistoria; non esistono testimonianze scritte, ma da alcuni reperti archeologici è possibile rilevare che, già allora si conoscevano fenomeni di ipnosi o manifestazioni affini che si usavano a fini divinatori o addirittura terapeutici. Mediante musiche e danze veniva indotto una sorta di "sonno magico" durante il quale arrivavano visioni che permettevano di mitigare il dolore, e gli effetti spiacevoli si trasferivano nell'oblio. Documenti di questo periodo si riferiscono ad alcuni profeti di Baal presenti nel Vecchio Testamento, ai sacerdoti Druidi, a quelli celtici dell'antica Britannia ed a quelli greci dei templi di Esculapio.

Il legame tra ipnosi e magia ostacolò seriamente lo studio scientifico di tali fenomeni e, ancora oggi, si rilevano tracce visibili.

Paragrafo 2 : La fase magica

Durante la fase magica, emerse la paura per un processo che, alla fine, coinvolse l'intera persona ed il soggetto diventava succube di colui che induceva questo stato, stabilendo rapporti con entità soprannaturali. Lo sforzo per superare questa fase, ambigua e limitativa, si compì nella seconda metà del '700, grazie al medico viennese F. Antonio Mesmer che si orientò verso l'integrazione fisico-naturalistica. Egli espresse il suo pensiero parlando di un "fluido vitale, presente in tutto l'universo" e stabilì che, alla base di una malattia, esisteva un'alterazione di equilibrio. Per eliminare questa alterazione era necessario modificare il magnetismo naturale, fino ad arrivare ad una omogenea distribuzione della corrente nervosa. Tale effetto si poteva ottenere sia mediante l'uso della calamite (magnetismo minerale), sia posando la mano sul corpo del paziente (magnetismo animale). L'effetto dipendeva dalla carica del magnetizzatore e la trasmissione poteva avvenire, sia mediante il contatto con le mani, sia mediante l'uso di acqua o di altro mezzo.

Verso la metà del XVIII° secolo, il re di Francia, Luigi XVI°, decise di nominare due commissioni per indagare sulla possibile esistenza ed utilità del magnetismo animale. Vari studiosi, tra cui Lavoisier, Bailly, Franklin, dimostrarono con diversi esperimenti l'inesistenza del fluido, e proposero una spiegazione alternativa basata sulla "suggestione".

Tuttavia, da questa dottrina emerse direttamente ed inconsapevolmente l'importanza e l'influenza della comunicazione non verbale. Il primo autore a descrivere un "sonno medianico" dai caratteri tipicamente ipnotici non fu Mesmer, ma un suo allievo Jacques de Chastenot, marchese di Puysegur. Egli mentre cercava di provocare la crisi benefica in un giovane contadino, rilevò che questi era ormai, in uno stato di sonno in cui iniziò a parlare a lui come ad un suo amico e, al risveglio, non ricordava nulla di quanto fosse accaduto.

De Chastenet definì questo stato di “sonnambulismo artificiale” ed il soggetto anche se in apparenza addormentato, seguiva fedelmente i suggerimenti dell’ipnologo. Questa tecnica si differenziava da quella proposta da Mesmer in quanto era, essenzialmente rivolta a produrre nel paziente uno stato di quiete, di calma e di tranquillità mentale. La scomparsa delle crisi indusse altri scienziati a credere che i fenomeni ipnotici dipendevano dal procedimento adottato e dalla capacità di induzione dell’operatore.

In America, il pensiero di Mesmer fu difeso da Grimes e definito “elettrobiologia”; in Portogallo, l’abate Faria diede una spiegazione psicologica attribuendo il magnetismo ad un processo di pura concentrazione e, lo stesso sonnambulismo, altro non era che “sonno lucido” che si poteva determinare senza limitazione della volontà e senza restrizione della libertà interiore. La sua attenzione si rivolse, soprattutto, all’importanza delle differenze individuali che, nell’induzione ipnotica, emersero subito con una, piu’ o meno, forte resistenza. Questo aspetto innovatore si associava alle tecniche di induzione che, sostituendo i rituali mesmeriani, spinsero il soggetto a soffermarsi sul sonno dopo averlo invitato a chiudere gli occhi. Trascorso un po’ di tempo, questo invito si trasformò nel comando di dormire.

Anche in Inghilterra, il mesmerismo veniva sperimentato da un noto medico inglese che ricavò validi risultati in chirurgia dopo aver appreso la tecnica importata dall’India, dal medico scozzese Esdaile.

Braid, dopo aver osservato a lungo i due medici, stabilì che l’induzione migliore si poteva ottenere mediante la fissazione di un oggetto luminoso. La sua teoria, inizialmente, era prettamente fisiologica, successivamente, riconobbe l’importanza dei fattori psicologici ed il ruolo “fondamentale” della suggestione. In effetti, la concentrazione su una singola idea, facilitata dalla fissazione di un “punto”, isolava la persona dal mondo esterno, tranne che dall’ipnotizzatore e, ne modificava il funzionamento.

Il soggetto riceveva gli stimoli (impressioni) provenienti dall’operatore anziché dal resto dell’ambiente e, rimaneva legato all’ultima idea suggerita. Le modalità di insorgenza dell’ipnosi si consideravano analoghe a quelle di insorgenza del sonno (fissazione dell’attenzione sull’idea di sonno, isolamento dall’ambiente, immobilità ecc.) Tuttavia, se il paziente nel sonno era ed è in relazione con se stesso, nell’ipnosi è in rapporto esclusivo con l’operatore e con gli stimoli messi in atto da quest’ultimo.

Paragrafo 3 : La fase scientifica

La fase scientifica si manifestò con il contributo di Bernheim (1837 – 1919) il quale a Nancy trattò migliaia di casi, mediante l’ipnosi con finalità terapeutiche ed espose il suo lavoro nelle opere “De la suggestion” e “La thèrapeutique suggestive”.

L’ipnosi fu per Bernheim “una peculiare condizione psichica che potenziava la suscettibilità alla suggestione”, intesa come “influenza di un’idea suggerita sulla mente”. Si poteva indurre in ogni individuo, risultava terapeuticamente utile e, non era dannosa. Secondo lui, se essa fosse stata usata correttamente, non si determinava una vera perdita di coscienza. Questi concetti entrarono in contrasto con quelli di Charcot, docente della Salpêtrière, il quale sosteneva che l’ipnosi era una nevrosi in cui si potevano riconoscere tre fasi tipiche : letargica, catalettica

e sonnambolica, ciascuna caratterizzata da fenomeni specifici e, pertanto, non si poteva considerare terapeutica. Contemporanea alla figura di Charcot, vi era Liébault che, per molto tempo, condivise il pensiero e la tecnica di Bernheim e, si scostò da quest'ultimo per l'accento che egli pose sulla suggestione nella produzione dei fenomeni ipnotici.

Nel XIX° secolo si andò affermando, sempre più, la teoria del neurologo che considerava l'ipnosi come "una condizione fisiologica alterata dal sistema nervoso" e, lo stesso sonnambulismo non poteva essere considerato come un sintomo di isteria e, le tre fasi descritte da Charcot non erano indispensabili e potevano solo sostituirsi con la suggestione verbale o la semplice chiusura delle palpebre.

L'influsso determinante sull'evoluzione degli studi sull'ipnosi fu dato dalla teoria di S. Freud e di Ivan Petrovic Pavlov. Freud, era stato al seguito sia di Charcot che di Bernheim ed usò, quindi, questa tecnica per rimuovere sintomi e per far ricordare esperienze emotive passate, represses nell'inconscio e, ritenute responsabili di una malattia. Freud impiegò il metodo, detto catartico e appreso da Joseph Breuer, pubblicando a tal proposito il testo "Studi sull'isteria". La "rimozione diretta" da lui usata consisteva in energiche suggestioni che negavano l'esistenza del sintomo o ne vietavano la possibile scomparsa. Successivamente il "metodo catartico" induceva nell'esplorazione in "ipnosi" delle esperienze dimenticate, la cui rimozione forzata aveva portato alla formazione del sintomo.

La scoperta di implicazioni sessuali nel rapporto ipnotista - paziente, determinò l'abbandono anche di questo metodo ed iniziò lo sviluppo delle associazioni libere e della interpretazione dei sogni.

La concezione freudiana dell'ipnosi si soffermava sul rapporto ipnotista - paziente, e sul concetto di "transfert". La stessa suggestione spiegata da Bernheim, altro non era che la capacità di investimento libidico oggettuale cioè, l'inclinazione al transfert. Nel 1921, Freud scriveva che l'ipnosi era "uno stato regressivo" mantenuto dalla relazione primaria con l'ipnotista, la cui figura veniva introiettata dal paziente e prendeva il posto ideale dell'Io.

Nello stesso periodo, in Russia, Ivan Petrovic Pavlov conduceva esperimenti sugli stati di sonnolenza parziale "ipnotica" negli animali, proponendo la più importante interpretazione fisiologica a tutt'oggi, dei fenomeni ipnotici. Gli esperimenti si compirono sui cani e si poté osservare che se la somministrazione di cibo all'animale veniva distanziata rispetto alla precedente di 30 secondi, la conseguente secrezione salivare, anziché seguire immediatamente, come era accaduto prima, la stimolazione acustica o visiva, se ne distanziava progressivamente fino a comparire dopo 30 secondi. In tali intervalli di tempo, alcuni cani entravano in uno stato ansioso che cessava un attimo prima della secrezione salivare. Tale stato veniva chiamato "inibizione" in quanto il circuito condizionato (fibra acustica - centro nervoso - ghiandola salivare) era come addormentato, più precisamente, non era disponibile al passaggio dello stimolo nervoso.

Quindi, Pavlov interpretò l'ipnosi come "un processo di inibizione corticale diffusa che si accompagnava ad uno stato di eccitazione concentrato in una zona che si può indurre con stimoli sia ritmici che violenti o deboli". Per l'esistenza di questo processo il soggetto mentre diventava insensibile agli stimoli che gli provenivano dall'ambiente, riceveva maggiormente quelli derivanti dall'ipnologo : proprio attraverso alcuni punti vigili nella corteccia, era possibile

effettuare la suggestione. Tale suggestione, era così potente in quanto la zona su cui agiva era estremamente ridotta e non poteva essere inibita dall'attività di altre zone corticali. Essa si presentava come un riflesso condizionato ed era proprio la parola con la sua eccezionale potenza suggestiva ciò che differenziava l'ipnosi umana da quella animale.

Con la morte di Charcot (1893) e la nascente teoria psicoanalitica, l'interesse nei confronti dell'ipnosi diminuì notevolmente. L'attenzione ritornò sulle teorie ipnotiche, quando, durante la prima guerra mondiale, esse si utilizzarono nelle "nevrosi da guerra". Fu Hadfield che nel 1920 coniò il termine "ipnoanalisi" per indicare il procedimento da lui usato al fine di rimuovere le emozioni legate a situazioni belliche traumatiche.

Tuttavia, il primo a tentare l'applicazione dei metodi della moderna psicologia sperimentale fu Clark Hull il quale, presentò una rigorosa analisi dei fenomeni ipnotici, definendo l'ipnosi uno stato di ipersuggestibilità e, la sua essenza consisterebbe nella modificazione della normale suggestibilità. Ciò accade in quanto il ritiro da parte del soggetto dell'attività simbolica (idee), permise una stimolazione continua (suggestioni) fatta dai processi simbolici dell'ipnotista, al fine di controllare e dirigere i movimenti del paziente.

Queste ricerche insieme a quelle di Barber, Hilgard, Sarbin ed Anderson che nel 1959 affermarono che bisognava analizzare "i fattori antecedenti e concorrenti all'induzione di ipnosi, associati a differenze individuali con cui la persona svolgeva il ruolo ipnotico". Contemporaneamente, si intrapresero ricerche a livello neurofisiologico sulle alterazioni dovute allo stato ipnotico di per sé derivanti da specifiche suggestioni di modificazioni emotive, fisiologiche e percettive e, ancora, gli studi si indirizzarono verso i rapporti sonno-ipnosi e tra ipnosi umana ed animale. Ancora oggi, non esiste un indice fisiologico obiettivo, capace di differenziare lo stato ipnotico da quello non ipnotico ed i tracciati elettrici si sono presentati normali, eliminando, quindi, la sostanziale affinità tra sonno ed ipnosi proposta dall'abate Faria. Anche nelle altre misure fisiologiche come : i potenziali corticali, la resistenza cutanea, i potenziali palmari, l'elettro-oculogramma, non indicano ancora la presenza o meno della trance ipnotica. Sono questi gli elementi che hanno indotto la psicologia sperimentale a rifiutare il concetto di "stato alterato della persona". Al contrario, sugli effetti di suggestioni specifiche, molte e significative sono state le alterazioni a livello cardiocircolatorio, cutaneo, neurovegetativo e respiratorio.

Un'altra corrente contemporanea di ricerca è quella che si è ispirata alla concezione psicoanalitica che intendeva l'ipnosi, secondo Ferenczi, come un'espressione di una gratificazione di bisogni inconsci di tipo edipico, o masochistico secondo Schilder, o narcisistico secondo Jones.

Per Gill e Brenman l'ipnosi è "un particolare tipo di regressione posta al servizio dell'io". Tale regressione, riducendo le stimolazioni ideative, motorie e sensoriali stimola la relazione di tipo arcaico. Questa teoria si ispira ai concetti proposti da Hartmann e Rapaport relativi all'autonomia dell'io e derivanti tanto dall'inconscio quanto dall'ambiente e, quanto stabilito in precedenza da Pavlov , potrebbe corrispondere ad una "sdifferenziazione dell'io del soggetto dall'ambiente esterno e conseguente regressione".

Per Schneck, la regressione è un modo primitivo di funzionamento psicofisiologico, o più propriamente biologico; per Meares, è un funzionamento mentale arcaico che si realizza per suggestione. Quanto espresso, ha voluto chiarificare, anche se in breve, la scientificità attuale dell'ipnosi, alla quale si è giunti attraverso i secoli.

Paragrafo 4 : La normativa giuridica dell'Ipnosi in Italia

Nel 1957 anche la Chiesa ha espresso il suo parere favorevole rispetto all'ipnosi e papa Pio XII° stabiliva che "l'ipnosi deve essere praticata dal medico, per un fine clinico, con l'osservazione delle precauzioni che la scienza e l'etica della medicina richiedono sia dal medico che la utilizza, sia dal paziente che vi si sottopone. In quanto soggetto di ricerca scientifica, non può essere studiata da qualsiasi, ma soltanto da uno studioso serio, nei limiti morali validi per ogni attività scientifica".

In Italia, il codice penale se ne è occupato negli articoli 613 e 728. Infatti nell'articolo 613 sono previste "pene per coloro che, non medici e (non psicologi) al di fuori di uno scopo scientifico o di cura, provocano pericolo per l'incolumità di una persona da essi posta in stato di ipnosi". Nell'articolo 728 è stabilita l'esistenza di "pene per tutti coloro che, anche se medici o psicologi, pongono in stato di ipnosi persone senza averne ottenuto il valido consenso": Tale articolo, proprio in difesa della libertà mentale, prevede un aumento delle pene quando l'ipnosi è stata indotta con il fine di far commettere un reato.

CAPITOLO SECONDO

L'IPNOSI COME STATO E COME RAPPORTO INTERPERSONALE

Ritengo opportuno ribadire una definizione di "ipnosi", riportando quella data da Kline ed intesa come un "insieme di condizioni, stato psicofisico e rapporto interpersonale ad un tempo, tra loro intimamente correlate, che si instaurano, a seguito di opportune stimolazioni, attraverso il susseguirsi di molteplici fenomeni, psichici e psicosomatici, che coinvolgono il soggetto ed il suo modo di essere nella loro totalità, determinando, in tal modo, particolari effetti".

Lo stato di ipnosi può considerarsi come l'insieme delle condizioni neuro-psicofisiologiche che sostengono, determinandola, la mutua relazione interpersonale ipnologo - paziente, dal momento in cui l'induzione ipnotica si è decisamente avviata all'attimo in cui tale induzione viene eliminata. In accordo con Chertok che lo definisce "quarto stato organismico" che si differenzia dallo stato di veglia (I° stato), da quello di sonno NON REM, cioè dallo stato in cui si dorme, ma non si sogna (II° stato), e da quello, infine di sonno "REM", di cui è tipica l'attività onirica (III° stato).

Sia lo stato che il rapporto devono considerarsi di natura regressiva così come qualsiasi rapporto medico - paziente e sono tra loro inscindibilmente legati; infatti, il rapporto contribuisce ad avviare ed a mantenere lo stato: a sua volta, lo stato influenza il rapporto. Ad esempio, un'induzione può iniziare con modalità estremamente permissive, ad un certo momento, lo sviluppo dell'ipnosi si può arrestare, in quanto, essendosi venute ad espandere le funzioni inconse, le motivazioni iniziali sono mutate: l'ipnologo percepisce tale nuova situazione attraverso la mimica, il respiro o qualche altra contrazione muscolare del soggetto, quindi, reagisce adottando modalità meno permissive e l'ipnosi, torna così a prodursi più intensa. Successivamente, può di nuovo verificarsi un secondo arresto per un ulteriore mutamento dei bisogni profondi del soggetto; costui, per esempio, può cominciare a temere un ulteriore sviluppo dell'ipnosi a causa di cambiamenti, mai in precedenza sperimentati, che egli avverte nel proprio corpo o nella propria psiche.

Allora, nell'ipnologo si verifica una seconda reazione che se adeguatamente espressa, si declina verso il paziente, ristabilendo così la situazione ipnotica che appare più indicata in quel momento. In modo analogo, possono insorgere variazioni nell'ipnologo dovute a fattori più svariati che intervengano all'inizio dell'induzione, durante l'espletamento di questa o quando l'ipnosi si è stabilita e si riflettono attraverso la voce sul soggetto, determinando in lui una reazione che ne provoca ancora un'altra nell'ipnologo.

Quanto espresso per lo stato ed il rapporto è valido anche per gli effetti ipnotici. Pertanto, ne deriva la necessità per l'ipnologo di un'adeguata preparazione che gli consenta, da una parte, di rendersi conto il più possibile, in ogni momento, di quanto sta accadendo nel paziente, in se stesso, tra sé ed il paziente, dall'altra di sapere e sentire non tanto quanto sta facendo, ma piuttosto come sta agendo, o più precisamente, come egli è per il paziente. È evidente che gli stati di intensità ipnotica sono diversi, maggiore è l'intensità e, più è possibile, di solito, ottenere fenomeni imponenti, come certe distorsioni percettive, la regressione di età, la scrittura automatica.

Tuttavia, le risposte ipnotiche variano da individuo a individuo, a secondo delle aspettative e delle motivazioni, del significato che viene attribuito all'ipnosi, del rapporto che si stabilisce con l'ipnologo, della personalità di questi, del momento ed infine, delle circostanze.

Paragrafo 1 : I fenomeni ipnotici

I fenomeni ipnotici si devono distinguere in espressioni dell'ipnosi che non appaiono in rapporto ai suggerimenti verbali intenzionalmente rivolti a realizzarle, ed in effetti ipnotici che si manifestano invece come conseguenza diretta di specifici stimoli verbali.

Le espressioni dell'ipnosi sono quindi, fenomeni spontanei e possono distinguersi in "costanti" ed in "variabili". Di esse alcune sono comuni sia allo stato che al rapporto, altre possono riferirsi all'uno o all'altro.

La caratteristica essenziale dell'ipnosi che si può osservare clinicamente e, sotto certi aspetti, anche sperimentalmente, è un diverso modo di funzionare dell'organismo, che si declina in molteplici fenomeni , i quali, pur avendo sempre origine nella psiche, possono manifestarsi esclusivamente in questa o declinarsi nel soma.

L'attenzione risulta polarizzata selettivamente su quella parte dell'ambiente che è rappresentata dall'ipnologo e su quanto è o viene sentito in rapporto con questi; è estranea, invece, a qualunque altra informazione proveniente dall'ambiente esterno. Dal timbro, dal tono, dal volume della voce dell'operatore il soggetto impara a ricevere informazioni ancor più importanti sul piano psicologico di quelle che gli derivando dai semplici contenuti concettuali espressi dalle parole, intese come "puri stimoli fisici". Sfumature emotive della voce dell'ipnologo, che non sarebbero avvertite in condizioni di veglia, non solo vengono recepite molto intensamente, ma determinano anche risposte specifiche assai evidenti, soprattutto attraverso l'attivazione di attitudini, di capacità inconse. Il soggetto, si comporta, in un certo senso, come chi, proprio perché privato della vista, affina la funzione di altri organi di senso, sviluppando così altre capacità ed attitudini, diventando particolarmente sensibile, per esempio, agli stimoli tattili ed uditivi, che assumono, pertanto, significato di informazioni particolarmente preziose.

La percezione di sé nella realtà esterna viene ad attuarsi per il soggetto in ipnosi, tramite la voce dell'ipnologo. Il paziente vive completamente nella propria realtà interiore che viene a coincidere, determinando una identificazione con la voce ed i suggerimenti dell'operatore.

La percezione appare modificata non solo nei riguardi dell'ambiente, ma anche del proprio corpo e del tempo. Il tempo trascorso in ipnosi, esauritasi questa, al soggetto appare notevolmente inferiore rispetto a quello realmente passato : il proprio corpo o parti di esso vengono percepiti diversamente che in condizioni di veglia.

La memoria, sia di fissazione che di evocazione, va incontro a modificazioni costanti: diviene assente o notevolmente ridotta per gli stimoli non in rapporto all'ipnologo, ma di pari passo con il mutare dell'attenzione e della percezione.

Il linguaggio presenta anche caratteri diversi da quelli che il soggetto possiede in condizioni di veglia. Le risposte alle domande dell'ipnologo hanno un tempo di latenza maggiore e sono

senza espressione se si riferiscono a temi neutri per contenuto, e procedono più lentamente e con pause maggiormente frequenti lunghe. Le parole hanno una tonalità bassa e sono meno numerose nelle single frasi.

Le inibizioni emotive ed il pensiero critico presenti in condizioni di veglia si riducono progressivamente in modo spontaneo, mentre diventano prevalenti le funzioni inconse. Lo stato di vigilanza dell'io, tuttavia, non appare abolito, ma ben conservato, sebbene in un certo qual modo. Non si spiegherebbe altrimenti in quanto parole – stimolo non adeguate o addirittura in contrasto con certi principi del soggetto determinino rispettivamente uno stato superficiale dell'ipnosi o anche un immediato cessare di questa, persino quando è divenuta intensa. Ciò si verifica in quanto il paziente, pur vivendo determinate esperienze in esse immedesimandosi, sia contemporaneamente consapevole di trovarsi nello studio del medico o dello psicologo e di ascoltare le sue parole e sia ancora in grado di registrare o riferire esauritasi l'ipnosi, sugli eventi ipnotici, sul modo in cui sono stati vissuti, sul rapporto con l'ipnologo e sugli stimoli da questi impiegati.

Le condizioni esposte, costituiscono un terreno particolarmente adatto alla produzioni di particolari immagini definibili "eidetiche", cioè di particolare chiarezza, allo sviluppo di un apprendimento particolare, a produrre determinate risposte, al potenziamento dell'azione della parola, che proprio l'ipnosi dimostra essere "fattore fisiologico e terapeutico" di notevole importanza.

Paragrafo 2 : Espressioni variabili dell'ipnosi

Le condizioni intrinseche sottese all'ipnosi costantemente, presenti quindi in ogni individuo, permettono il nascere e l'evolversi di altri fenomeni ancora, particolarmente individuali.

La percezione della sorgente di informazione (ipnologo) può affinarsi al punto che il ticchettio di un orologio presente nella stanza, può essere avvertito amplificato di volume, quasi come un gong o un frastuono assordante. Lo stesso ambiente non solo è sentito estraneo, ma può venire avvertito senza limiti, infinito; il proprio corpo come levitante oppure pesante, caldo o addirittura assente del tutto o in parte; altre percezioni si possono avere a carico della psiche o dell'intera persona. Tali sensazioni possono determinare ulteriori risposte ancora, sia somatiche sia psichiche.

La memoria per le esperienze intraipnotiche può risultare, esauritasi l'ipnosi, frammentaria o assente per tutta la situazione sperimentata (amnesia totale), per parte di essa (amnesia selettiva), per l'origine o il modo con cui si è verificata l'esperienza, ma non per il contenuto. L'amnesia ipnotica si manifesta con modalità che sembrano variare a secondo del soggetto, dello sperimentatore, delle condizioni e del momento. Maggiori sarebbero i fenomeni amnesici, più frequente, duratura intensa l'ipnosi e complesse in essa le esperienze. Con determinati suggerimenti l'amnesia può essere prevenuta, facilitata oppure annullata, una volta stabilitasi.

L'attività immaginativa e fantastica può essere esaltata, creando spontaneamente rappresentazioni figurative mentali, vissute come reali. Tali rappresentazioni non consistono nella "semplice riattivazione di una memoria, di un'immagine, di un'idea o in una rievocazione suggestiva", quindi, si può affermare che il paziente è rivolto a rappresentare e proiettare se stesso nella sua immaginazione.

L'aspetto del soggetto è più spesso simile a quello della persona profondamente immersa,

immobile nel sonno fisiologico o di chi è rilassato (ipnosi passiva). Talvolta, si ha una certa capacità di movimento, che in altri casi ancora, soprattutto nei bambini, è del tutto presente (ipnosi attiva): in questi soggetti, solo da alcune sfumature si può comprendere che si è prodotta l'ipnosi. Altre volte ancora, si osserva un aumento del tono muscolare o il manifestarsi di contrazioni. Frequenti sono le variabili a carico della sudorazione, del respiro, della temperatura, della frequenza cardiaca e della funzione arteriosa.

Esauritasi l'ipnosi, in rarissimi casi possono insorgere nausea, cefalea, piccolo malessere, intorpidimento: tali manifestazioni sono destinate a risolversi rapidamente o in modo spontaneo o con opportuni interventi. In genere, si rilevano, dopo la cessazione dell'ipnosi, soprattutto quando viene usata per scopi terapeutici, nuove capacità ipnotiche e migliori capacità di apprendimento e di concentrazione e modificazioni favorevoli del rapporto interpersonale e del proprio schema corporeo.

CAPITOLO TERZO

GLI EFFETTI DELL'IPNOSI

Nell'ipnosi esistono gli effetti ipnotici, gli effetti intraipnotici e gli effetti post-ipnotici e tutti rispondono ad un'osservazione accurata e molto attenta che rileva l'ipnologo sul paziente.

Paragrafo 1 : Gli effetti ipnotici

Gli effetti ipnotici, sono fenomeni indotti da specifici stimoli verbali e possono realizzarsi sia durante l'ipnosi, cioè nel momento in cui gli stimoli vengono dati, sia dopo la cessazione, quando vengono seguite determinate modalità.

Nella dinamica degli effetti ipnotici gli stimoli possono determinare effetti psichici o somatici, direttamente o indirettamente, cioè tramite l'induzione di immagini che rappresentino una situazione vissuta dal soggetto, alla quale si sia accompagnata la risposta che si desidera far insorgere. Effetti semplici, ad esempio, quali pesantezza e immobilità di un arto, possono essere ottenuti con il solo suggerimento che l'arto "diviene pesante e immobile" : in tale situazione, il soggetto ricorda e rivive spontaneamente nella memoria un'immagine di passate esperienze che hanno presentato una certa valenza.

Effetti invece piu' complessi, come l'abolizione della sensibilità al dolore (analgesia), si possono invece produrre, suscitando intenzionalmente (una volta sviluppato dal soggetto un certo allenamento ad andare in ipnosi e, in essa, altri fenomeni piu' semplici) immagini mentali che raffigurino una situazione, in occasione della quale si è effettivamente ridotta o abolita la sensibilità dolorifica in una data zona del corpo. L'immaginare, per esempio, in ipnosi, una precedente esperienza di analgesia farmacologica, quale quella che precede una estrazione dentaria o una modificazione di sensibilità, quale quella che si realizza per il contatto di una superficie del corpo con un mezzo freddo, si traduce effettivamente in analgesia confermabile obiettivamente : l'infissione nella zona di un ago non risveglia effettivamente alcun dolore.

Tale processo non stupisce se si pensa a quanto può accadere nel sonno : un'esperienza onirica sessuale può tradursi in un'erezione o in una eiaculazione vera e propria; un sogno terrorizzante in tachicardia, difficoltà di respiro, sudorazione e altri effetti somatici. Come nel sogno, così in ipnosi, l'immaginazione costituisce un'esperienza soggettiva, vissuta come realtà interiore così intensa ed esclusiva da sostituirsi del tutto alla realtà esterna. Gli stimoli rivolti a determinare specifici effetti devono venir dati conformemente a determinati principi, validi per ogni soggetto.

E secondo modalità che invece, variano da caso a caso. Piu' sono complessi gli effetti che si desiderano ottenere, piu' diventano complesse, specialmente in terapia, le modalità da seguire. Se la procedura è corretta, gran parte delle funzioni dell'organismo può essere modificata, sempre che vi sia, da parte del paziente una sufficiente disponibilità, sia a livello neurofisiologico che psicologico.

Paragrafo 2 : Gli effetti intrainipnotici

Come già accennato l'attenzione e la memoria possono essere ridotte, abolite o esaltate per qualunque stimolo. Una lunga serie di parole, ad esempio, letta o ascoltata in ipnosi, può essere ripetuta fedelmente, senza omissioni, sia durante l'ipnosi, che dopo, al termine della seduta. La stessa risposta si può avere per l'esecuzione di una lunga serie di compiti, assai complessi nel loro svolgersi, suggeriti in ipnosi, senza che si verificasse dimenticanza alcuna di dettagli anche minimi, spesso, è stato possibile risvegliare un ricordo assai vivo di trascorse esperienze, del tutto dimenticate o frammentariamente ricordate in condizioni di veglia.

Secondo le concezioni attuali, stimoli subliminali, non percepiti coscientemente, vengono ugualmente registrati e possono, quindi, agire successivamente per via inconscia.

Sia l'emotività sia la percezione sono suscettibili a modifiche. Il paziente può riuscire così a sviluppare sensazioni visive, tattili, termiche, olfattive, gustative anche molto intense, rispetto a stimoli che sarebbero appena avvertiti o addirittura non percepiti in condizioni di veglia. In analoga misura, si possono avvertire sensazioni di dolore, formicolio, bruciore, torpore, caldo, freddo e altre ancora e, proprio in tal modo si può sviluppare insensibilità al dolore (analgesia). Il tono e la motilità muscolare risultano modificabili. Il tono può essere ridotto, abolito o addirittura aumentato con conseguenti fenomeni di ipotonia. Fenomeni muscolari, indotti fin dal secolo scorso e, pertanto, divenuti classici, sono la "levitazione" e la "catalessi ipnotica". Con il primo termine, viene indicato il processo per cui un arto si solleva dal piano di appoggio, non per intenzione del soggetto, ma perché percepito assai leggero e, quindi, libero dalla forza di gravità. Per "catalessi" si intende "ogni stato nel quale i movimenti volontari scompaiono e gli arti rimangono nella posizione in cui sono stati messi dallo sperimentatore". La catalessi ipnotica dura a lungo, senza che si verifichi alcuna fatica muscolare, a differenza di quanto avviene in condizioni di veglia quando un arto è tenuto immobile per un certo tempo in una data posizione. Come si può indurre catalessi, allo stesso modo si possono avviare movimenti che durano pure a lungo, senza alcun dispendio di energia.

Le funzioni cardiovascolari e respiratorie possono venire influenzate mediante induzioni di caldo o di freddo e possono portare a vasodilatazione o a vasocostrizione. Nello stesso modo, è possibile ottenere modifiche di maggiore o di minore frequenza del battito cardiaco e del respiro, di aumento o di diminuzione della tensione arteriosa oppure di fatica muscolare e ansia o di tranquillità, sono in grado di determinare effettivamente un aumento o una diminuzione della frequenza del polso, del respiro e della tensione arteriosa.

Nell'ambito delle funzioni gastrointestinali è stata notata la tendenza alla aumentata produzione di acido gastrico e di pepsina inducendo soddisfazione, alla diminuita secrezione, suscitando invece collera e paura.

Fenomeni indotti che coinvolgono l'intera unità psicosomatica sono la regressione di età e le emozioni indotte. Per regressione di età si intende il ritorno del paziente a periodi anteriori della sua vita, per cui il suo comportamento psicofisico, sia sano che patologico, può ridivenire identico a quello da lui presentato nella determinata epoca anteriore, alla quale è stato riportato dall'ipnologo con opportuni suggerimenti.

Paragrafo 3 : Effetti “post-ipnotici”

Gli effetti inducibili in ipnosi con opportuni stimoli verbali possono comparire, impiegando determinate procedure in ipnosi, anche dopo la cessazione di questa, a distanza varia di tempo. Il momento di insorgenza e la durata di tali fenomeni, detti “post-ipnotici” in quanto osservabili dopo la deipnotizzazione, sono strettamente in rapporto con quanto è stato suggerito in ipnosi. La loro realizzazione presuppone che i suggerimenti dati non siano stati in contrasto con lo schema profondo anatomico – fisiologico, psicologico e morale del soggetto.

Il paziente che sta per realizzare un fenomeno post-ipnotico si presenta avulso dall'ambiente che lo circonda, esegue il suggerimento in modo così compulsivo che se viene ostacolato o impedito in questa sua attività sviluppa ansia e agitazione psicomotoria, progressivamente più intense, che cessano solo quando il fenomeno post-ipnotico ha potuto del tutto esaurirsi. Per il suggerimento ricevuto vi può essere ricordo o amnesia. In quest'ultimo caso, se viene richiesta la spiegazione del motivo per cui una determinata sensazione si è realizzata o determinati atti sono stati compiuti, si possono osservare reazioni diverse.

Stabilito che l'ipnosi si presenta come processo di apprendimento in grado di sviluppare molteplici fenomeni, neuropsicologici e neurofisiologici, tra loro intimamente correlati come possibile espressione di una regressione al servizio dell'Io, che è ad un tempo stato e relazione interpersonale. L'apprendimento a produrre ipnosi e determinati effetti ipnotici si svolge, esistendo adeguate capacità, in conformità con determinati principi e grazie a specifiche stimolazioni fisiche e psicologiche, rispettivamente inducenti una deprivazione sensoriale, motoria, ideativa che attivi adeguate motivazioni.

La regressione al servizio dell'Io, che in termini strettamente neurofisiologici potrebbe spiegarsi con un'inibizione corticale parziale accompagnata da concentrazione di eccitazione in determinate zone, si realizzerebbe, sotto l'aspetto psicologico, per l'organizzarsi nell'Io di un sottosistema dotato di funzioni peculiari. Tale sottosistema verrebbe a dipendere dall'ipnologo, mentre la rimanente parte dell'Io continuerebbe invece a mantenere l'orientamento critico che la caratterizza in condizioni di veglia. Dall'attività di tale sottosistema (o dalle suddette modificazioni dei circuiti nervosi) avviata e mantenuta in modo del tutto peculiare dalla voce dell'ipnologo, deriverebbero i molteplici effetti, psichici e psicosomatici, ampiamente e variamente utilizzabili a fini di ricerca sperimentale, di diagnosi e di terapia.

CAPITOLO QUARTO

LA DINAMICA DI ALCUNI FENOMENI IPNOTICI

Molti studiosi ritengono che il polarizzarsi dell'attenzione sulla voce dell'ipnologo nei primi momenti dell'induzione, sia espressione di una concentrazione "attiva", dovuta cioè ad un atto intenzionale del soggetto, successivamente invece, man mano che l'induzione procede, subentra una concentrazione "passiva", in quanto è la voce che va come "calamitando" su se stessa l'attenzione del paziente. E' questo un fenomeno che presenta diverse analogie con quanto riscontrabile in altre situazioni.

Piu' l'attenzione è particolarmente concentrata su certi stimoli, piu' altri restano al di fuori del campo di percezione. E' noto, infatti, che piu' l'attenzione viene allenata a rimanere diretta verso determinati oggetti e situazioni, maggiormente si affina la capacità di rilevare con rapidità e precisione di percezione, un quantitativo elevato di elementi e qualità dell'oggetto o della situazione. E' comprensibile che tale capacità risulta particolarmente potenziata in ipnosi.

Queste possibili modificazioni del comportamento, dell'attenzione e della percezione, permettono di comprendere anche l'alterata percezione del tempo e del proprio corpo, nonché la mancata memoria per gli stimoli non in rapporto con l'ipnologo. Il primo fenomeno diviene comprensibile, ricordando che il tempo trascorso nel compiere un'esperienza assai interessante e gradevole, appare molto piu' breve di quello realmente trascorso; il secondo, tenendo presente che la voce dell'ipnologo, su cui è polarizzata l'attenzione e per la quale avviene, in modo esclusivo, la percezione, riporta l'interesse del paziente sul suo corpo, in cui la de-automatizzazione degli apparati, dall'operatore avviata, e la parallela liberazione delle funzioni inconsce, implicano effettivamente dei cambiamenti.

Piu' difficile da spiegare è l'amnesia spontanea che può manifestarsi durante l'ipnosi, quando questa è molto intensa. Tale amnesia, come afferma lo stesso Granone è "piu' apparente che reale" ed a tale reazione potrebbe giocare un certo ruolo la disposizione del soggetto in un determinato momento, il numero di esperienze che si susseguono, la loro qualità, il loro modo di succedersi. Se l'ipnosi viene indotta come "sonno", è facilmente vissuta come tale e la sua cessazione come "risveglio dal sonno", che quindi, comporta amnesia totale o parziale, per quanto nel sonno è avvenuto.

E' opportuno precisare che amnesia non equivale ad abolita vigilanza dell'io, vigilanza che, anzi, può essere confermata, sotto certi aspetti, proprio dall'interpretazione dell'amnesia come effetto di repressioni.

Le modificazioni della percezione che vengono indotte attraverso immagini sono sensazioni condizionate facilitate dalla assenza in ipnosi, al momento del condizionamento, di fattori conflittuali e di inibizione, dovuta alla particolare concentrazione del soggetto. La facile produzione di immagini in ipnosi è riferita al fatto che questa tecnica, in quanto "stato di concentrazione meditativa", facilita le tre funzioni che sono alla base dell'esperienza allucinatoria, in genere (registrazione di esperienze passate con potenziale rivivificazione; sviluppo del livello allucinatorio a partire da quello percettivo reale; motivazione per l'esperienza allucinatoria, implicante il passaggio da uno stato di attenzione attiva a condizioni di attenzione passiva).

Nella immaginazione ipnotica visiva le esperienze mettono in evidenza più somiglianze con l'immagine mentale che con quella percettiva. Le dimensioni dell'immagine non si modificano facendo variare le distanze tra il soggetto che osserva e lo schermo ove è proiettata l'immagine. Quando un'immagine colorata viene proiettata su di un foglio di colore complementare, non vengono notati un colore misto o un'immagine grigia, come avviene invece in condizioni di veglia, ma solo il colore originario.

Secondo alcuni autori, tra cui Naruse e Obonai, è stata formulata l'ipotesi che esistano diversi livelli funzionali di immaginazione. Solo in corrispondenza dei livelli più alti si può avere l'interazione con l'immagine percettiva.

I meccanismi che stanno alla base dell'analgesia ipnotica non sono ancora chiari, come d'altronde oscuri rimangono tuttora molti aspetti del processo che si trovano alla base del dolore. Infatti, si ritiene che molti impulsi dolorosi verrebbero effettivamente bloccati, quindi, non avvertiti a livello di determinate strutture (tratti cortico-spinotalamici). A tale blocco non sarebbero estranee anche altre formazioni (sistema limbico e reticolare attivatore). Si verificherebbe così una "ablazione sinaptica" o una "lobotomia psicologica": il paziente è cioè cosciente dello stimolo, che però non raggiunge i ricettori corticali. Pertanto, viene a mancare l'effetto: "il dolore non è percepito come dolore", ma soltanto come stimolo tattile (pressione).

Paragrafo 1 : La regressione e la condotta "postipnotica"

La "regressione" viene considerata non un ritorno cronologico meccanico ad un solo livello precedente, sensorio - motorio o psicocomotorio, ma un fenomeno in rapporto con la natura delle relazioni interpersonali e con modificazioni dell'immagine corporea, a cui sembra possa venir riferito il modo con cui sono utilizzate le funzioni associative e si realizzano le risposte emotive.

La "regressione" appare fondata comunque sull'utilizzazione non certo di suggestioni, ma di meccanismi di percezione della realtà più primitivi e su processi di ragionamento prelogico. Fattori importanti di regressione ipnotica sono l'impressionabilità di certe strutture da parte degli eventi emotivi passati ed il modo con cui tali strutture sono state impressionate.

La "regressione ipnotica" richiama alla memoria le esperienze di Penfield : stimolando elettricamente alcune zone della corteccia temporale, veniva attivato, il ricordo di situazioni passate, accompagnato dai relativi stati d'animo realmente sperimentati e diventava particolarmente vivo. Tale regressione differisce da quella ipnotica in quanto non può essere diretta intenzionalmente ad una precisa epoca, si svolge solo dal passato verso il presente, persiste fin quando dura la stimolazione, non è arrestabile ad un determinato periodo, non è influenzabile nei suoi contenuti.

La condotta postipnotica può forse essere considerata analoga a quel fenomeno chiamato "sveglia mentale" per cui, certi soggetti, possono destarsi spontaneamente dal sonno ad ore prestabilite.

La durata degli effetti post ipnotici dipenderebbe, soprattutto, dal tipo di suggerimento e dalla suscettibilità all'ipnosi.

Si possono presentare anche altri fenomeni derivanti da come il soggetto vive l'ipnosi, quindi, l'emozione che si inserisce nel momento dell'induzione. Per esempio, l'aumento dei battiti cardiaci " da 70 a 120" accompagnato da maggior frequenza del respiro - come osservò il Granone - può attribuirsi più che al tono neurovegetativo costituzionale del soggetto, alla paura che tale metodo di induzione può suscitare. Inducendo l'ipnosi permissivamente o con modalità così autoritarie, si sono osservati fenomeni del tutto antitetici, cioè : diminuzione della frequenza del polso e del respiro, della tensione arteriosa e nessuna modificazione della sudorazione. Nonostante le modalità di induzione tende ad insorgere la tachicardia e l'aumento della frequenza respiratoria e, tali manifestazioni, restano espressione di determinate emozioni spontanee.

L'orientamento emotivo individuale, presente in ipnosi in un determinato momento se è vissuto come sonno o riposo o rilassamento presenterà risposte simili a quelle riscontrate in tali stati, decisamente diversi rispetto a quando l'ipnosi è vissuta molto attivamente. Altri fenomeni possono rilevarsi quando sono presenti stati di paura o di commozione o di gioia o altre emozioni spontanee, differenti, a secondo dell'intensità di tali emozioni, del come e del perché esse si sviluppano.

Si può aggiungere, inoltre, che il benessere o il disagio post-ipnotici possono attribuirsi al modo con cui l'ipnosi è stata vissuta. Ad esempio, se essa è sentita come rifugio, può essere non gradito uscirne, soprattutto se la realtà esterna è per il paziente troppo pesante; se è vissuta, invece, come sonno profondo, una de-ipnotizzazione rapida può assumere il significato di un risveglio troppo brusco. Si è riscontrato che i sintomi lamentati in questa ultima circostanza sono spesso simili o identici a quelli che il soggetto avverte quando il suo sonno fisiologico viene interrotto bruscamente, specialmente se la sua durata non è stata sufficiente. Postumi di disagio possono presentarsi quando il paziente non è stato preparato convenientemente al passaggio dalla realtà ipnotica a quella del mondo esterno.

Il terapeuta nel riportare il soggetto al di fuori dello stato ipnotico deve rispettare i suoi bisogni regressivi. Bisogna proteggere il suo "io" e non sottoporlo, all'improvviso, all'assalto degli stimoli esterni fino a quando non è pronto.

Vi sono dubbi se alla base di ogni fenomeno ipnotico esistano peculiari substrati anatomico-funzionali, centrali e periferici, i quali permetterebbero che idee, immagini, emozioni (sia spontanee, sia indotte) e parole, si possano tradurre più o meno rapidamente, in fenomeni assai concreti, nella psiche e nel corpo. Tra questi substrati vi sono verosimilmente il cervello viscerale, l'ipotalamo, il sistema diencefalo-ipofisario, la sostanza reticolare, i sistemi nervoso centrale e neurovegetativo, strutture prevalenti anche nel nascere, evolvere e declinarsi di qualunque processo emotivo.

Paragrafo 2 : L'ipnotizzabilità

L'ipnotizzabilità, vale a dire la suscettibilità a sviluppare l'ipnosi, può considerarsi un "tratto caratteristico della personalità, latente diverso in ogni individuo, in grado di manifestarsi con intensità varia, a seconda delle circostanze nelle quali il soggetto si trova (Brenman e Gil) e il significato che l'induzione riveste in un determinato momento". Esistono due principali fattori

coinvolti nell'ipnotizzabilità : fattori riferibili al soggetto e fattori riferibili all'ipnotista. Essi, si influenzano reciprocamente e, proprio dal risultato di tale condizionamento sembrano derivare, in campo clinico, l'instaurarsi o meno dell'ipnosi, la sua rapidità o lentezza di comparsa, le sue caratteristiche ed i suoi effetti, la sua azione terapeutica.

I "fattori riferibili al soggetto" riguardano la partecipazione completa di tutta la propria persona a particolari attività o esperienze. Queste capacità chiamate "involvement" costituirebbero il terreno favorevole allo sviluppo dell'ipnosi che si manifesterebbe per un "trasferimento positivo dell'apprendimento".

Accanto a tali fattori, se ne affiancano altri tra cui motivazioni, difese e resistenze. Per esempio, se il rilassamento ipnotico viene concepito dal paziente come stato di sottomissione e tale stato è gradito, in quanto, può, tra l'altro, esonerare da ogni responsabilità, o come piacevole condizione affettiva o come rifugio, l'ipnosi si può stabilire rapida, intensa e ricca di effetti; se, al contrario, la supposta sottomissione è vissuta come una sconfitta, che egli avverte come realtà sgradevole, si possono sviluppare paura e aggressività con una manifesta tendenza all'opposizione che determina scarsa o nulla la riuscita. Quest'ultima situazione si può ripetere quando l'ipnosi è sentita, come può accadere per il sonno o l'anestesia generale, quale stato, assai temuto, di annullamento dell'io, quindi, di non esistenza o di cammino dentro l'ignoto. Questa situazione può essere motivo di resistenza, non solo per i pazienti, ma anche per i medici e gli psicologi.

Pertanto, a secondo dei soggetti, di come sono orientati in determinate situazioni, l'ipnosi ed i suoi effetti possono essere desiderati e/o temuti derivandone una diversa condotta. Su queste diverse modalità di sentire ha notevole influenza la condotta dell'ipnologo che le può, infatti, mobilitare, ridurre o annullare durante l'induzione.

Nel rapporto tra motivazioni ed ipnosi bisogna sempre considerare la necessità di distinguere tra ipnotizzabilità in campo sperimentale e suscettibilità all'ipnosi nel contesto terapeutico. Nella prima situazione, infatti, l'ipnotizzabilità è probabilmente più frequente e di grado più elevato; nella seconda, invece, la tecnica assume un'importanza fondamentale, le motivazioni sono diverse, i problemi emotivi o di altra natura che l'ipnologo deve affrontare sono certamente numerosi e molto impegnativi. In campo terapeutico, inoltre, l'ipnotizzabilità si può presentare differente rispetto agli scopi che essa si prefigge.

Laddove predomina un'unica forte motivazione, fuggire, cioè dal gioco organico, consente probabilità di riuscita maggiori di quelle che si presentano nelle situazioni di nevrosi. Il nevrotico ha bisogno di essere ammalato, pertanto è scarsamente motivato o non è affatto pronto a perdere i propri sintomi, mobilitandosi quindi in difese o resistenze anche in riferimento al fatto che egli dovrebbe scoprire la sua personalità.

Non esiste nessuna correlazione statisticamente significativa tra ipnosi e sesso, età, estroversione, introversione. I soggetti definiti più propensi sono i bambini non avendo quasi resistenze e coloro che parlano nel sonno o i sonnambuli.

L'ipnotizzabilità è stata anche studiata in rapporto alla suggestionabilità (attitudine più o meno presente in ogni persona, a lasciar influire sulla propria mente determinate idee suggerite, in particolari momenti e circostanze, con determinate modalità), nell'intento di stabilire l'eventuale

esistenza di somiglianze o addirittura identità. La suscettibilità pur non risultando del tutto estranea alla ipnotizzabilità non si può identificare con quest'ultima. Alcuni fenomeni come le "visualizzazioni spontanee" non possono riferirsi alla suggestionabilità.

Pur mancando ancora molti studi sperimentali sui fattori di ipnotizzabilità insiti nell'ipnologo e sulle modalità d'azione, bisogna comunque rilevare, in base all'osservazione clinica che tale realtà scaturisce prevalentemente da come viene attivata, dalla personalità del terapeuta e dalle aspettative, dalle capacità e dalle motivazioni del paziente.

Si possono correlare in modo positivo con l'ipnotizzabilità il saper comprendere, sia in stato di veglia, che durante l'approccio ipnotico, i bisogni generici e specifici, consci ed inconsci del paziente, adeguandovisi. L'esser sicuri e spontanei, chiari e semplici, l'immedesimarsi in quanto si sta facendo ed il saper percepire contemporaneamente le possibili risposte del paziente, facendole così diventare preludio di altre risposte ancora attraverso la comprensione dei loro significati, sia fisiologici che psicologici. Infine, è certamente correlabile con l'ipnotizzabilità, così come con l'evolvere favorevole di ogni psicoterapia, il reciproco "sentirsi parte dell'altro entro certi limiti".

Nach a tal proposito ha affermato : "Nessuno può curare un altro se non nutre un sincero desiderio di aiutarlo".

Tuttavia, per valutare l'ipnotizzabilità esistono scale standardizzate quali la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (Forma A, B e C), le Stanford Profile Scales e la Children's Hypnotic Susceptibility Scale, impiegate, rispettivamente : la prima, per studi precedenti e successivi all'induzione, le seconde per mettere in evidenza aspetti diversi della condotta ipnotica, la terza per lo studio nei bambini. Attraverso la valutazione quantitativa attuabile con tali scale è stato possibile dimostrare la non fissità della suscettibilità ipnotica. In generale, nessuno di questi strumenti è in grado di stabilire con precisione se un soggetto svilupperà ipnosi e quale ne sarà l'intensità, così come, d'altronde, non si possiede alcun mezzo per prevedere con sicurezza le risposte a farmaci o ad interventi chirurgici.

CAPITOLO QUINTO

I MEZZI DI INDUZIONE IPNOTICA

I mezzi di induzione ipnotica, cioè gli stimoli che avviano i processi psiconeurofisiologici grazie ai quali viene ad instaurarsi l'ipnosi possono distinguersi in : "mezzi che inducono deprivazione sensorio-motoria" e "mezzi che stimolano lo sviluppo di un particolare rapporto interpersonale". I primi, consistono in stimoli che restringono il campo di percezione del soggetto, in quanto l'attenzione di questi viene a convergere su tali stimoli e sulla loro sorgente, distogliendosi progressivamente dalla rimanente realtà esterna. Tali mezzi possono essere classificati in base alla loro frequenza ed intensità di azione, in deboli, continui e violenti, improvvisi a secondo del distretto stimolato in visivi, uditivi ecc.

Gli stimoli violenti ed improvvisi, quali certi passi (gesti compiuti, con varie modalità, dinanzi al paziente e su di esso) particolarmente usati da Mesmer e Charcot, o la compressione del seno carotideo, certamente controindicata in presenza di alterazioni vascolari endocraniche e del seno carotideo, sono oggi pressoché caduti in disuso presso la maggior parte degli ipnologi. Questi stimoli, infatti, non risultano indispensabili per indurre ipnosi, né opportuni, nella stragrande maggioranza dei casi, anche in quanto costituiscono un mezzo di approccio eccessivamente autoritario.

Gli stimoli deboli, continui risultano invece particolarmente utili anche in quanto possono consentire un approccio di tipo non autoritario, persuasivo, adatto in molti casi, e con una entrata graduale del paziente nella nuova sfera di attività psichica.

Gli stimoli di gran lunga oggi più usati sono quelli visivi ed uditivi, il conosciutissimo oggetto lucente sul quale Braid faceva convergere i bulbi oculari del soggetto è stato progressivamente sostituito, con il passare degli anni, da una grande varietà di mezzi. Si è persino ricorsi ad agenti farmacologici, quali l'evipan, il nembupal, il seconal, per gli effetti che conseguono alla loro somministrazione (avvio verso il sonno).

E' rimasto aperto il problema circa la loro effettiva utilità ai fini dell'induzione ipnotica. Anche prescindendo dai risultati decisamente contrastanti, ottenuti dai vari studiosi che si sono occupati di questo tipo di induzione, in cui risulta difficile ottenere per via farmacologica quel restringimento particolare della percezione, quello stato, cioè, di non attenzione selettiva, che è premessa indispensabile all'avvio dell'ipnosi. Inoltre, pur ammettendo comunque che l'induzione possa realizzarsi, l'azione della parola risulta certamente diversa o addirittura assente a causa delle diverse condizioni provocate dal farmaco.

Infatti, si può produrre un sonno artificiale che proprio in quanto differente dal sonno naturale, non permette lo stabilirsi del rapporto ipnotico, a differenza di quanto può avvenire invece nel sonno fisiologico. Quest'ultimo, infatti, può essere trasformato in "sonno" ipnotico, incominciando a parlare a voce bassa, con tono pacato, aumentando successivamente il volume della voce fino a renderlo identico a quello che si impiega quando ci si rivolge al soggetto in condizioni di veglia.

Non si può dare una preferenza assoluta ad un mezzo piuttosto che ad un altro, può essere già idoneo per l'induzione il convergere l'attenzione su di una zona della fronte, ove venga

esercitata una pressione oppure il sostituire all'oggetto da fissare l'immagine di esso o un'altra ancora, sempre che vi sia nel paziente una certa capacità di immaginazione, o infine, più semplicemente, il polarizzare l'attenzione su di un concetto. Ciò che conta è che il mezzo usato, qualunque esso sia, provochi un restringimento del campo di percezione con conseguente deprivazione sensorio-motoria ed ideativa. Pertanto, assumono importanza particolare più che la natura dello stimolo, la sua frequenza, la sua intensità, il modo con il quale esso viene usato.

Paragrafo 1 : I mezzi che stimolano lo sviluppo di un particolare rapporto interpersonale

Questi mezzi riguardano atteggiamenti ed espressioni, verbali e mimiche, che tendono a stabilire una relazione interpersonale, nella quale e per mezzo di essa vengano soddisfatti determinati bisogni del paziente, attivate certe sue capacità e realizzate anche condotte imitative. Il dirigere, per esempio, verso il basso un "punto luminoso" può suggerire un analogo movimento delle palpebre, fino alla loro chiusura che, a sua volta, può favorire il rilassamento, il sonno o la meditazione.

Se si ruota il capo, un tale movimento può determinare anche in chi sta parlando in quel momento, atteggiamenti altrui di irritazione, di calma, di commozione che possono far scaturire stati analoghi in entrambi i soggetti. Un comportamento può essere avviato dalla paura o dall'amore, evocati rispettivamente da atteggiamenti che fanno ritenere imminente una punizione o un premio. Tali condotte imitative si verificano anche negli animali.

Pertanto, suggerimenti adeguati di stanchezza, pesantezza, rilassamento, torpore, sonnolenza o sonno (tecnica del sonno), se rivolti con adeguato timbro, tono, volume di voce e frequenza di parole ad un soggetto motivato a riposare, possono realmente indurre ipnosi o addirittura sonno. Si può affermare lo stesso per quei suggerimenti che, anziché incidere sul sonno sono orientati su sensazioni e movimenti, spontanei o indotti, che vengono progressivamente utilizzati man mano che si stabiliscono. I suggerimenti verbali sono tanto più operanti, quanto più prendono in considerazione bisogni e attitudini, sia specifici, cioè individuali, sia comuni ad ogni soggetto.

CAPITOLO SESTO

MODALITA' DI INDUZIONE IPNOTICA E DI DEIPNOTIZZAZIONE

Le modalità secondo cui possono essere impiegati i mezzi di induzione ipnotica sono diverse, quindi, appaiono numerose le metodiche elaborate per avviare l'ipnosi.

Le tecniche di induzione ipnotica possono essere distinte a secondo del tipo di rapporto che si stabilisce tra ipnotista e paziente, in autoritarie e permissive. Le prime, particolarmente impiegate in passato (Mesmer, Charcot, Binet, Richet ed Esdaile), fondate il più delle volte sull'utilizzo di stimoli violenti o improvvisi, inducono l'ipnotizzando a considerare fondamentali i cosiddetti valori dell'ipnotista ed a ritenere se stesso "semplice oggetto" dell'azione di questi: Le "tecniche permissive" oggi preferite, basate di solito sull'impiego di stimoli deboli e continui, valorizzano invece le capacità naturali di sviluppare ipnosi insita nel soggetto, avviando, di conseguenza, conformemente all'evoluzione dei tempi, un approccio definibile "democratico".

Paragrafo 1 : Le tecniche autoritarie

Tecniche decisamente "autoritarie" sono quelle della fascinazione, della compressione del seno carotideo, del barcollamento, delle mani incrociate, del blocco dei bulbi oculari.

La tecnica della fascinazione è descritta da Granone come fenomeno biologico, mezzo di indagine e strumento terapeutico. Questa tecnica porta l'ipnotista ad uno sguardo immobile e duro, egli deve allenarsi a fissare un oggetto a 30 cm di distanza dal proprio volto senza battere ciglio, né lacrimare.

La tecnica della compressione del seno carotideo, che avvia anche meccanismi fisiologici neuro vascolari, consiste nel premere con fermezza il collo, per un dato tempo, in corrispondenza dei seni carotidei, avviando contemporaneamente determinate suggestioni.

La tecnica del barcollamento, viene attuata posando le mani sulle spalle del paziente, che in posizione eretta e ad occhi chiusi, rivolge leggermente il capo verso l'alto. L'ipnotista, situato davanti o dietro l'ipnotizzando, formula quindi più volte suggerimenti di barcollamento, cioè di cadute all'indietro o in avanti.

La tecnica delle mani incrociate consiste nell'invitare il paziente ad incrociare le mani ordinando gli, quindi, di serrarle tra loro il più possibile. Accade, quindi, che ad un certo momento esse saranno percepite come fuse insieme in una unica massa e, pertanto, non potranno più essere separate quando il soggetto verrà sfidato a staccarle.

La tecnica della compressione dei bulbi oculari consiste nel far chiudere tra loro le palpebre del soggetto, dicendogli di convergere quindi gli occhi verso l'alto. Tale movimento viene favorito dalla compressione manuale dei bulbi oculari operata dall'ipnologo, il quale, contemporaneamente, avvia suggestioni di rilassamento e di sonno, informando il paziente che ad un certo momento gli sarà impossibile aprire gli occhi.

Paragrafo 2 : Le tecniche permissive

Queste tecniche possono ritenersi quelle dell'ipnosi attiva frazionata e della visualizzazione di scene, specialmente se impiegate, come altre, formulando i suggerimenti secondo adeguate modalità e sulla base di un rapporto interpersonale, e quelle della levitazione della mano e del contrasto dei colori.

La tecnica dell'ipnosi attiva frazionata di Kretschmer consiste nell'allenare il soggetto a sviluppare gradualmente, mediante esercizi terapeutici fondamentali, peso e calore agli arti. Tali effetti si producono come espressione di distensione muscolare e di vasodilatazione, conseguenti alla particolare impostazione della regolazione fisiologica che, in tal modo si realizza. Ottenuto il peso ed il calore, l'ipnosi viene quindi sviluppata orientando la concentrazione mentale e lo sguardo su di un oggetto, una scena distensiva o sul respiro. Il risultato finale viene attribuito alla progressiva influenza sulla psiche degli esercizi, la cui azione si effettua particolarmente sul "controllo induttivo del tono".

La tecnica della visualizzazione di scene (descritta e utilizzata da Kline, Watkins e Moss) consiste nell'invitare il paziente ad immaginare delle scene per lui piacevoli polarizzando sempre piu' su di esse l'attenzione e nel formulare, quindi, adeguati suggerimenti.

La tecnica della levitazione del braccio, impiegata da Erickson, consiste nell'orientare dapprima l'attenzione del soggetto verso uno degli arti superiori e nel suggerire quindi, piu' volte, man mano che il paziente va così avvertendo spontaneamente progressive sensazioni nelle zone in cui è diretta la sua attenzione, che l'arto si fa sempre piu' libero dalla forza di gravità, raggiungendo infine la fronte e determinandosi così l'insorgenza di un sonno profondo.

La tecnica di contrasto dei colori ideata da Stovkis, consiste nell'utilizzare, integrandoli ed utilizzandoli nei suggerimenti, fenomeni fisiologici visivi che si sviluppano normalmente in ogni individuo, quando gli vengono fatte osservare, opportunamente situate su di un cartone grigio di certe dimensioni, una striscia di carta di colore blu pallido ed un'altra di colore giallo pallido, pure di determinata misura.

Questi due ultimi metodi, inseriti tra le tecniche definite da Rosen "sensorio - motorie", in quanto basate sull'utilizzazione di sensazioni e di movimenti spontaneamente avvertiti dal soggetto, che attraverso adeguati suggerimenti, vengono poi progressivamente a declinarsi negli effetti ipnotici che si desidera ottenere.

La maggior parte delle tecniche moderne di induzione ipnotica si fonda su suggerimenti di rilassamento, rivolti al soggetto sdraiato sul lettino o seduto su una poltrona, con modalità diverse, ognuna però conforme a principi comuni, sempre dopo aver spiegato all'ipnotizzando la realtà scientifica dell'ipnosi e le sue finalità (ipnosi diretta) o senza offrire alcuna informazione preliminare (ipnosi indiretta). L'attenzione del paziente viene contemporaneamente orientata sempre verso un oggetto, un'immagine o un concetto. Raggiunto il rilassamento psicosomatico, si suggerisce, quindi, la realizzazione di compiti sempre piu' complessi, seguendo determinate norme.

Qualunque sia la modalità impiegata, i suggerimenti devono essere chiari, precisi, semplici,

dettagliati e graduali, in rapporto anche con gli effetti che si vanno via via producendo e, alla fase, in cui il soggetto si trova. E' opportuno cioè che le indicazioni diventino sempre meno razionali, essendo il passaggio dalla veglia (rapporto con la realtà esterna) all'ipnosi (rapporto con la realtà interna) un vero e proprio transito dalla razionalità all'interiorità.

E' evidente che i concetti indicati devono riferirsi a realtà già sperimentate dal paziente : essi, sono suscettibili infatti, di trasformarsi in effetti concreti, solo se sono state in precedenza sperimentate le situazioni reali cui si riferiscono, vale a dire se si sono strutturati i relativi stereotipi dinamici. Non potrà tradursi, in fatto reale il concetto di "analgesia farmacologica" se questa non è stata provata almeno una volta. I concetti suggeriti devono anche risultare non sgraditi e dovrà esserci immedesimazione da parte dell'ipnologo di ciò che dice, in quanto non si può trasfondere in altri ciò che non si sente e ciò che non si crede.

Alcuni ipnologi associano agli stimoli verbali contatti fisici o altri mezzi sonori o luminosi. I contatti fisici, ad esempio, il posare le mani sulle spalle del paziente durante la prova del "barcollamento" avviando un movimento ondulatorio, possono certamente facilitare la comparsa dei fenomeni che si desiderano ottenere, rendendo piu' intimo il rapporto interpersonale.

In altri soggetti, possono essere controproducenti, quando vengono avvertiti come imposizioni o intrusioni da parte dell'ipnologo, oppure come soccombenza allo stesso, non accettate dall'ipnotizzando. L'associazione di altri stimoli può anche facilitare, in alcuni casi, il restringimento del campo di percezione, fattore considerato importante nella genesi dell'ipnosi; in altri, però può risultare decisamente molesta e ostacolare così o addirittura impedire l'induzione ipnotica.

In conclusione, la parola se adeguatamente impiegata, può essere di solito del tutto sufficiente ad indurre ipnosi, così come, d'altronde, tante altre condotte, senza alcuna possibilità di stimolazioni supplementari, piu' o meno complesse.

CAPITOLO SETTIMO

METODICA PERSONALE DI INDUZIONE IPNOTICA

Premesso che l'ipnosi si può considerare come un processo di apprendimento de-automatizzare gli apparati dell'io (fase induttiva) ed a riautomatizzarli successivamente (fase di "approfondimento"), con conseguente messa in funzione di un sottosistema dell'io dotato di proprietà peculiari, mentre persiste nello stesso tempo l'io realisticamente orientato. La de-automatizzazione progressiva degli apparati che caratterizza l'induzione, viene favorita avviando nel soggetto, ogni qualvolta sia possibile, aspettative conformi al concetto attuale di ipnosi, già prima di iniziare l'induzione. Nell'approccio ipnotico esistono due fasi precise, cronologicamente successive, ugualmente importanti : preinduttiva ed induttiva.

Paragrafo 1 : La fase preinduttiva

In questa prima fase si inizia con un colloquio rivolto a mettere in evidenza elementi che conducono ad una diagnosi di malattia e ad un orientamento sulla personalità del paziente, stabilendo contemporaneamente un adeguato rapporto interpersonale. In realtà, l'ipnosi intesa come un susseguirsi di processi mentali, focalizza la sua attenzione sulla voce dell'ipnologo che agirà su determinati centri nervosi, sia come stimolo fisico, alla stregua di una musica o di un suono, sia come stimolo psicologico, favorita dalle condizioni ambientali, dal passare del tempo, dall'orientamento mentale del soggetto, dalla posizione fisica assunta.

La posizione migliore per permettere lo sviluppo dell'ipnosi è quella che si concilia con il rilassamento muscolare che può essere supina o comodamente su una poltrona. Inoltre, la stessa fissazione dello sguardo unitamente all'azione del timbro, del tono e del volume di voce, determinerà delle risposte che verranno percepite, in modo più o meno soggettivo, come cambiamenti psicofisici, ad esempio, come inerzia o torpore o rilassamento o distensione, mentre il punto fissato andrà oscillando o offuscandosi e presentando anche altre variazioni a causa dell'affaticamento dei bulbi oculari, cui conseguono altri processi nei centri nervosi superiori.

A tali modificazioni, progressivamente sempre più evidenti potranno seguire gradualmente, in un primo tempo il desiderio di abbassare le palpebre, successivamente la loro chiusura, comunque non indispensabile. Parallelamente ai suddetti cambiamenti se ne stabiliranno altri nelle strutture cerebrali, responsabili di un riposo del tutto particolare, e sempre più completo, diffuso e profondo. Tale riposo si diffonderà fino a permeare ogni struttura mentale, nervosa, muscolare, provocando altre modificazioni ancora, anch'esse molto benefiche. L'attenzione orientata costantemente dalla voce dell'operatore verso tali cambiamenti sarà in grado di percepirli ed apprezzarli.

Il paziente, gradualmente, imparerà ad entrare in un piacevolissimo stato, in modo del tutto spontaneo, nella veglia dal sonno o nel sonno dalla veglia o nel dormiveglia da ambedue, oppure nel sogno dal semplice sonno o forse, in altri stati mentali ancora, ad opera di stimoli diversi. Dallo stato ipnotico così sviluppatosi potrà distogliersi con altrettanta facilità, seguendo determinati suggerimenti che verranno dati al momento opportuno. In ogni seduta, verrà così realizzato, molto più agevolmente e rapidamente che in altri allenamenti, quanto appreso

in occasione della seduta precedente, mentre di volta in volta andranno affinandosi nuove capacità. Le esperienze saranno sempre piu' piacevoli come, in genere, accade quando si procede con successo in un nuovo campo di esperienze che interessano in modo particolare.

Paragrafo 2 : La fase induttiva o di induzione

In questa seconda fase, si fa leva sulla parola adeguatamente impiegata. Essa è infatti, il piu' potente attivatore del processo ipnotico, sia fisiologico che psicologico, in quanto esprimendo nello stesso tempo emozioni, suoni e concetti, viene a riassumere in sé stimoli che, appartenendo ad ognuna delle categorie esposte di mezzi induttori, agiscono, contemporaneamente, ed in tempi diversi, su ciascuno dei meccanismi che si possono considerare alla base dell'insorgenza dell'ipnosi.

Rispetto alla parola, inizialmente, è opportuno mantenere lo stesso tono, timbro e volume di voce impiegato durante il colloquio informativo, immediatamente precedente l'induzione; è preferibile, però, nel contempo, tra una parola e l'altra inserire pause di silenzio, progressivamente meno brevi. In realtà, in un primo tempo, bisogna realizzare lentamente e gradualmente, una stimolazione essenzialmente meccanica, che risponda ai requisiti della monotonia e ritmicità.

Successivamente, comparsi i primi segni del rilassamento, si devono far modificare, pure con gradualità, le caratteristiche della voce, diversamente da individuo a individuo, in modo che vengano ad essere soddisfatti specifici bisogni affettivi individuali e sviluppata spontaneamente la relazione interpersonale ipnotica piu' opportuna. Chi desidera infatti esser guidato con dolcezza, ha bisogno di stimoli verbali diversi, non solo per i concetti che si esprimono, ma anche per il modo con cui vengono espressi, in antitesi a colui che desidera esser condotto autoritariamente o ancora a chi preferisce essere semplicemente indirizzato e, quindi, lasciato libero il piu' possibile da interferenze nello svolgimento della sua attività. Si potenziano cioè gli stimoli verbali, essenzialmente meccanici in origine, rivolti soprattutto ad indurre un restringimento del campo percettivo, rendendoli suscettibili di agire anche a livello psicologico, parallelamente ai concetti che progressivamente si comunicano.

Gli stati di torpore, di inerzia, di rilassamento e di riposo si tramutano in modo del tutto soggettivo e piu' liberamente di quando vengono dati suggerimenti specifici di leggerezza o di sonno che, nella fase iniziale dell'induzione possono essere rifiutati anche in quanto ancora irrazionali. Tali realtà finiscono per identificarsi, grazie anche alle aspettative avviate nella fase preinduttiva, nell'inibizione dei movimenti oculari, la quale apre la strada all'"approfondimento" dell'ipnosi. Tale fenomeno neuromotorio, anche se non suggerito in alcun modo, consegue di solito spontaneamente al senso di inerzia o di torpore, sviluppato successivamente come leggerezza o pesantezza (piu' frequente) o come altra sensazione ancora. Spesso, infatti, l'ipnotizzando riferisce, una volta terminata l'induzione, una incapacità di muovere le mani o gli arti superiori o un'alterazione dei rapporti di questi segmenti corporei con lo spazio.

Terminata la seduta il paziente è invitato a riferire su quanto ha sperimentato : le sue risposte vengono prese in attenta considerazione al fine di comprenderne meglio la personalità, eventualmente migliorarne la metodica di induzione, orientarsi ulteriormente sulle modalità da seguire nel trattamento o, potenziare, infine determinati effetti terapeutici, già avviatisi

spontaneamente. Nel caso non si sviluppi alcun effetto durante la prima induzione, il procedimento si ripete in modo invariato, se non emergono motivi che ne indichino una modifica, a distanza di giorni, in una seconda o eventualmente terza seduta, iniziando nel contempo il soggetto ad una tecnica distensiva, molto usata è il training autogeno di Schultz.

CAPITOLO OTTAVO

L'INTENSIFICAZIONE DELL'IPNOSI

L'approfondimento dell'ipnosi può ottenersi, una volta comparsa l'inibizione dei documenti volontari, attivando l'immaginazione ipnotica. Vengono indotte, con opportuna procedura, lentamente e gradualmente, di solito attraverso piu' sedute, determinate rappresentazioni figurative, dapprima semplici, successivamente piu' complesse, rivolte a suscitare specifici progressivi effetti, in rapporto con lo stabilirsi dei quali l'ipnosi diviene piu' intensa.

Dapprima si porta il paziente a "visualizzare" i vari elementi di una scena rispetto alla quale egli sia spettatore; successivamente a proiettarsi, ad immedesimarsi nella scena stessa, vivendola in modo da sperimentare peculiari effetti, anche sensoriali. Ad esempio, l'analgesia che si ottiene di solito in tre - cinque sedute dopo aver avviato attività immaginative e sensoriali piu' semplici, può essere indotta suggerendo una situazione in cui il soggetto si sia abituato ad avvertire parestesie ed insensibilità.

Si può dare indicazioni di questo tipo "lei si trova su di una distesa nevosa e si sta avvicinando ad un cumulo di neve. Giuntovi quasi a contatto, si prepara ad introdurre la mano destra scoperta (è indispensabile sempre che il suggerimento sia, oltre che graduato, chiaro, preciso, anche dettagliato), la introduce, la lascia dentro la neve tanto fredda. Si vanno così instaurando modificazioni identiche a quelle avvertite nella realtà in circostanze analoghe, sempre piu' diffuse nella cute, nei nervi, nelle ossa ; sempre piu' profonde ed intense, piu' evidenti quindi, in ogni struttura della mano, per cui questa finisce per diventare insensibile".

Ottenuta l'analgesia che può essere controllata infiggendo una punta di matita o un ago nel distretto somatico interessato dall'effetto, si dissolve l'immaginazione che l'ha provocata e con essa il relativo effetto somatico. Prodottasi l'analgesia cominciano a diventare possibili, di solito, anche la realizzazione di fenomeni "post-ipnotici" e l'ulteriore "involvement" fino ad arrivare alla regressione di età, la scrittura automatica, il sonnambulismo. Tale "involvement" viene anche realizzato attraverso l'attivazione di immagini, che coinvolgono sempre piu' in modificazioni complesse le funzioni motorie e percettive.

La "produzione delle immagini ipnotiche" può, all'inizio, presentarsi lenta o rapida, chiara o confusa; nelle sedute successive avviene di solito di volta in volta, sempre piu' veloce e nitida. Talvolta, possono prodursi immagini che pur essendo nitide non hanno le caratteristiche di quelle ipnotiche : il fatto può essere accertato invitando il paziente ad immaginare la stessa scena in condizioni di veglia ed a riferire eventuali differenze constatate rispetto a quanto ha visualizzato in ipnosi. Le immagini suggerite vengono piu' o meno plasmate soggettivamente, a secondo del metodo di induzione impiegato (permissivo o autoritario).

Paragrafo 1 : La deipnotizzazione

La deipnotizzazione si ottiene con modalità molto piu' semplici di quelle per realizzare l'induzione; il paziente viene avvisato che l'ipnosi cesserà quando avvertirà un determinato segnale o un comando specifico. Con le modalità tipo "tra poco lei sarà sveglio e riposato e riaprirà gli occhi ecc..." si dà il tempo all'ipnotizzando di riorganizzare gradualmente il suo

essere nel modo piu' adeguato per la ripresa dei contatti con l'ambiente esterno. Tale ripresa si verifica così anche del tutto razionalmente, altrettanto razionali diventano la persistenza di benessere, di sicurezza, di efficienza sviluppatasi durante l'ipnosi e la modificazione favorevole dello schema corporeo (immagine che ognuno ha del proprio corpo). Molto ridotto è il tempo immediatamente seguente all'apertura degli occhi, in cui l'ipnosi persiste ancora e si allontana gradualmente.

Appena terminata la procedura di deipnotizzazione, il soggetto presenta un aspetto simile a quello di una persona svegliatasi dal sonno fisiologico ; le sensazioni di rilassamento e di benessere persistono. Talvolta, si possono lamentare sintomi di scarsa entità, di solito del tutto transitori, riferibili a resistenze inconse o ad una concentrazione mentale eccessiva o, infine, ad una deipnotizzazione troppo rapida.

Si può anche rilevare, anche molto raramente, che il paziente nonostante i suggerimenti che l'ipnosi sta per terminare, non si distoglie subito dallo stato ipnotico. Tale fatto può riferirsi al vivere l'ipnosi come situazione così gratificante da riuscire sgradito abbandonarla, al non aver esattamente compreso le istruzioni o, infine, all'essersi stabilito un sonno fisiologico. Quest'ultimo evento si può verificare talora quando le pause di silenzio tra un suggerimento e l'altro sono state troppo lunghe, per cui si è perso il rapporto con l'ipnologo. Pertanto, è opportuno, nel caso si desiderino intervallare momenti prolungati di silenzio, informare il paziente che vi saranno pause, nonostante le quali, quando si riprenderà a parlare, egli tornerà a seguire perfettamente le istruzioni.

In ognuna delle suddette circostanze, si può insistere con suggerimenti di cessazione dell'ipnosi o comunicare al soggetto che potrà distogliersi nel momento ritenuto da lui piu' opportuno oppure ci si può anche disinteressare completamente dell'evento. In ogni caso, l'ipnosi finisce comunque per esaurirsi spontaneamente ed il paziente, di frequente, è anche in grado di riferirne il motivo.

Come può accadere che i suggerimenti rivolti a far cessare l'ipnosi non vengano seguiti, allo stesso modo, si può uscire dalla stessa con suggerimenti diversi. Tale risposta può essere riferita a sensazioni moleste intraindotiche (spontanee o indirettamente suggerite) o al fatto che un determinato compito da svolgere riesce spiacevole o troppo difficile, oppure all'insorgere di resistenze, per cui il soggetto , non desiderando seguire una specifica indicazione o, piu' semplicemente, riuscendogli assai sgradito il modo in cui il suggerimento gli viene dato, si difende uscendo dall'ipnosi.

Il "ritorno" alle normali condizioni di veglia non coincide esattamente con il sollevarsi delle palpebre ed il ristabilirsi della condotta prima dell'induzione; esso avviene dopo un lasso di tempo, variabile per durata, durante il quale il paziente è da considerare ancora in ipnosi. E' evidente, la motivazione per cui da parte del terapeuta in questo periodo, deve essere prudente ed esprimersi con cautela : stimoli non opportuni possono ancora agire nell'inconscio, influenzando quindi, negativamente sul comportamento del soggetto.

Molta prudenza deve esserci anche nel congedo : egli va lasciato solo quando si è certi che lo stato ipnotico è del tutto esaurito.

CAPITOLO NONO

L'IPNOSI COME MEZZO DI STUDIO DELLA PERSONALITA'

L'ipnosi risulta particolarmente indicata nello studio della personalità a livello tanto sperimentale, quanto clinico. Essa, infatti, permette, da una parte fenomeni obiettivi manipolabili, quantitativamente determinabili, riproducibili, quindi controllabili; dall'altra, un accesso rapido all'inconscio, derivandone così possibilità notevoli di indagine su molti meccanismi di difesa del comportamento, tanto patologico quanto sano, anche perché questa tecnica non è solo oggetto, ma anche mezzo di studio : se deve molto, pertanto alla psicologia, sia clinica che sperimentale può però offrire, forse di più, anche ad altre.

L'ipnosi come mezzo di indagine sperimentale trova impiego negli studi sui sogni, sulla percezione subliminale, sulle "attitudes", sull'emotività ed i suoi correlati, psichici e somatici, nonché sulle alterazioni dell'emotività e relativi effetti sull'organismo, aspetti questi di particolare interesse per la medicina psicosomatica.

Lo studio dei sogni, per il quale fu particolarmente vivo, fin dai tempi di Freud, l'interesse degli psicoanalisti, è stato promosso da non molti anni, ma con crescente entusiasmo, anche a livello sperimentale, dopo la scoperta dell'esistenza del sonno REM, cioè lo stato di sonno, accompagnato da movimenti dei bulbi oculari, fase in cui si sogna. A tale studio, l'ipnosi ha dato e continua ad offrire validi contributi grazie, soprattutto, alla possibilità che essa permette di preordinare in ipnosi determinati effetti, alcuni dei quali destinati a manifestarsi anche al di fuori di essa, a distanza varia di tempo dalla sua cessazione.

Pertanto, è possibile accedere all'attività onirica con opportuni suggerimenti, inducendola anche su temi specifici, facilitandone il ricordo o determinando il risveglio al momento del sogno, facendo parlare il paziente mentre sta sognando o con altre modalità ancora, rendendosi, in ogni caso possibile un miglior controllo del processo onirico. Farber e Fischer, per esempio, hanno rilevato, tra l'altro, la possibilità che soggetti in ipnosi interpretino validamente sogni ipnoticamente indotti in altri pazienti, analogamente a quanto constatarono Erikson e Kubie rispetto alla scrittura automatica. Tutto ciò, potrebbe far prospettare l'esistenza di "simboli universali" noti all'inconscio come ha poi affermato Glasner.

Sacerdote ha utilizzato l'induzione di sogni a fini terapeutici, Weich per indagare sui fattori spazio e tempo, Wiserman per approfondire la teoria freudiana dei sogni, mediante stimolazione in ipnosi di materiale onirico e successiva somministrazione del test di Rorschach in condizioni di veglia, Rowland per dimostrare l'esistenza di un rapporto proporzionale tra intensità di eccitazione provocata dal sogno indotto ed entità delle variazioni respiratorie.

Kline, alcuni anni dopo constatava che il grado di attivazione del sistema nervoso centrale durante un sogno ipnoticamente indotto è paragonabile a quello che si accompagna al sogno ordinario; il ricordo di quest'ultimo è inoltre, meno completo e vivido di quello che segue al sogno ipnotico.

Schneck ha ravvisato una somiglianza, sotto il profilo strutturale, tra sogno notturno e sogno

ipnotico, che ritiene influenzati, nel corso del trattamento ipnoanalitico, dalla relazione interpersonale analista . paziente e dal significato che l'ipnosi riveste per il soggetto.

Stross e Shevrin hanno dimostrato che i soggetti che non ricordavano i sogni notturni, erano in grado di rievocarli in ipnosi e nello stato successivo di veglia.

Un metodo di studio dei sogni ipnotici a fini diagnostici e terapeutici è stato prospettato da Mariani Ramirez e il successo dipenderebbe dall'intensità dell'ipnosi, dalla personalità del soggetto, dalla capacità di simbolizzazione e dal contenuto dei suggerimenti.

Paragrafo 1 : Lo studio della percezione subliminale

Lo "studio della percezione subliminale" processo per cui, certi stimoli anche se non percepiti coscientemente sono, tuttavia registrati e possono, pertanto, agire a livelli inconsci, è reso possibile dall'ipnosi, in quanto essa può permettere il ricordo di tali stimoli, non avvertiti coscientemente o non ricordati, dimostrandone, quindi, la registrazione inconscia e le eventuali conseguenze.

A tal proposito, è stato molto significativo lo studio compiuto da Osborn ed Hilgard comprovante la possibilità di memorizzazione, per mezzo dell'ipnosi, di esperienze condotte in stato di sonnolenza da barbiturici e, dunque, non ricordate spontaneamente al risveglio. In tale ricerca, i soggetti venivano invitati, prima che comparisse il sonno, a parlare, ad imparare elenchi di parole semplici, a descrivere disegni che venivano loro mostrati.

Dopo il risveglio si accertava che vi fosse amnesia per la conversazione, per le liste imparate, per i disegni, constatando però che per mezzo dell'ipnosi diventava possibile il riconoscimento dei disegni, mentre era raro che fossero ricordate le altre due esperienze.

Paragrafo 2 : Lo studio delle "attitudes"

Questo studio fu compiuto da Glasner sulle attitudini e sulle possibilità di modificarle, suggerendo una situazione sociale vitale ed osservando come il soggetto si comportava, dando, quindi, delle direttive e rilevando se e come esse venivano eseguite. Quindi, suggerendo obbedienza, cooperazione, interesse, rivalità, dipendenza, estroversione, introversione, capacità di comando, sottomissione, livelli di aspirazione, esperienze di frustrazione, studiava le relative risposte.

Ad esempio, somministrando prima e dopo l'ipnosi, nel corso della quale erano stati dati opportuni suggerimenti, si constatavano differenze molto significative nelle risposte date al test prima dell'induzione ipnotica e dopo di questa. La ripetizione dei suggerimenti non determinava effetti più rilevanti, ma più duraturi. Egli prospettò anche la possibilità di studio del linguaggio, nonché dello sviluppo della socialità dall'infanzia alla senilità, rifacendosi anche agli studi precedenti compiuti da Kline.

Tali studi hanno dimostrato la comparsa di cambiamenti paragonabili a quelli riferiti a seguito di indagini eseguiti su individui in età matura; di tali cambiamenti i più significativi apparivano nelle risposte ai test di associazioni di parole, di informazioni, di attitudini emotive ed etiche e di opinioni. Queste alterazioni qualitative implicavano marcate variazioni nell'organizzazione della percezione, che apparivano in riferimento specifico con l'immagine corporea, la formazione

delle attitudini e l'espressione delle emozioni.

Paragrafo 3 : Lo studio dell'emozione

Questo studio dell'emozione, dei conflitti emotivi e dei relativi effetti sulla persona e sull'organismo, del come e del perché tali effetti si realizzano, ha assunto un'importanza sempre maggiore in medicina, considerato il progressivo aumento, nell'era attuale, dei disturbi e delle malattie, in cui gioca un ruolo prioritario l'alterazione dell'emotività. Che l'ipnosi sia particolarmente indicata come strumento per un tale studio è fuori dubbio e, grazie alle qualità che le sono tipiche e uniche, permette l'insorgere, con l'impiego di metodiche diverse e adeguate, di emozioni di vario tipo, genuine, spontanee, orientabili e misurabili anche nei loro effetti immediati, tuttavia, non altrettanto inducibili. La sperimentazione di tutto ciò, è stata eseguita in particolar modo, negli animali evidenziando il ruolo di determinate strutture nell'instaurarsi delle emozioni e, poter, poi studiare la reattività emotiva unitamente alle sue conseguenze sull'organismo.

D'altronde appare opportuna la conferma anche sul piano sperimentale di quelle interpretazioni della genesi ed evoluzione dei disordini psicosomatici, nei quali appunto è coinvolta l'emotività, che se possono apparire sufficientemente valide sul piano teorico, non sempre lo sono su quello pratico, sperimentale e clinico.

Alcuni studi sui conflitti emotivi, la cui ulteriore evoluzione può meglio chiarificare il cosiddetto "linguaggio d'organo" e la condotta che può derivare da eventi traumatici e le relative dinamiche che possono insorgere.

Lo studioso Seitz aboliti per via ipnotica in un paziente spasmi muscolari comparsi dopo la morte di un familiare, in alcuni esperimenti, suggeriva che altri sintomi, che specificava, avrebbero sostituito gli spasmi; in altri che sarebbero comparsi determinati sintomi, senza però precisare che questi avrebbero sostituito gli spasmi. Nel primo caso constatava, conformemente all'interpretazione psicoanalitica, che gli spasmi venivano sostituiti solo da quei sintomi (prurito accompagnato da arrossamento ed escoriazione), che potevano esprimere le componenti masochistiche ed esibizionistiche del conflitto e non da altri (iperidrosi dei palmi delle mani ed anestesia del cuoio capelluto), che agli spasmi venivano invece ad associarsi. Nel secondo caso, le sostituzioni avvenivano spontaneamente con sintomi adeguati.

Eisenbud notava aggravamento dei sintomi inducendo un conflitto parallelo a quello già esistente nel paziente.

Kepecs, Robin e Brunner provocavano dapprima la comparsa, con stimolo chimico, di vescicole cutanee; successivamente le asportavano, scoprendone la base eritemato-sierosa. Suggestivano quindi ai soggetti di esprimere i pensieri che insorgessero spontanei o, se ciò non avveniva, di parlare di temi a contenuto altamente emotivo. Si notava così un netto miglioramento dell'essudazione che accompagnava la trasudazione in pazienti con o senza disturbi dermatologici; diminuzione dell'essudato, quando vi era rilassamento; caduta dell'essudazione come conseguenza immediata dell'inibizione della trasudazione, che era seguita da aumento dell'essudazione, se l'inibizione persisteva.

Reyher pur rilevando alcuni errori in questi studi, considera tali esperimenti importanti per lo sviluppo di ulteriori ricerche e per il conseguimento di maggiori risultati, quali la conoscenza delle transazioni fra processi emotivi e fisiologici, la distinzione tra aspetti simbolici e non simbolici dei sintomi; la possibilità di scoprire alcuni dei principi che regolano il cosiddetto "linguaggio degli organi". Sulla base dell'esperienza di Kepecs emerge un'altra interessante possibilità di indagine. Inducendo ipnoticamente l'impulso di lavarsi le mani, che compaia più volte nel corso della giornata, osservata la realizzazione dell'effetto, lo sperimentatore potrebbe prender nota di quali processi attivano la compulsione, impiegando una metodica simile a quella di Kepecs, ed osservare la conseguente condotta del soggetto. Alcune situazioni dovrebbero acutizzare i sintomi, altre no : il sintomo acutizzato dovrebbe comportarsi come quello reale. I primi studi di rilievo sui conflitti indotti artificialmente in ipnosi risalgono a Luria, il quale poteva constatare, come conseguenza delle situazioni provocate effetti sul respiro, sulle associazioni verbali, sulla pressione della mano registrata da apposito strumento. Non sempre i conflitti suggeriti vengono accettati dal soggetto. Ciò, conferma quanto la regressione resti al servizio dell'io.

Wolberg, a seguito di conflitti indotti notava l'insorgenza di sintomi psicosomatici interpretati come espressione di tensione e di ansia anche in quanto si risolvevano rimuovendo il conflitto. Egli riporta il seguente metodo, rivolto ad avviare un conflitto in condizione di veglia senza però dare alcuna informazione circa le espressioni con cui si manifesterà. Il soggetto viene cioè informato che, cessata l'ipnosi, avvertirà il bisogno urgente di mangiare del cioccolato che gli sta davanti, ma nello stesso tempo sentirà che tale azione è scorretta e cattiva, in quanto il cioccolato non gli appartiene. Non ricorderà assolutamente i suggerimenti dati, reagendo però ugualmente alla situazione.

Count e Mensh riuscivano a far insorgere ostilità, accompagnata da reazioni somatiche, verso lo sperimentatore al momento della somministrazione del test di Rorschach in condizioni di veglia, conformemente a quanto avevano suggerito precedentemente in ipnosi. Di notevole interesse sono anche gli studi sull'aggressività e lo studio sull'aggressione fatto da Piscicelli e sui conflitti indotti a fini sperimentali in psicoterapia di Kesner e di Gordon. Quest'ultimo ha attivato conflitti verso i genitori in studenti non pazienti, dando suggerimenti "postipnotici" atti a produrre repressione, eliminazione, verbalizzazione del materiale conflittuale.

L'emotività è stata studiata sia nelle modalità per indurla e misurarla, sia rispetto agli effetti che essa può produrre a carico della percezione. Levin e Gerson hanno osservato la comparsa di ansia indotta attraverso opportuni suggerimenti diretti mediante espressioni verbali, manifestazioni fisiche quali tremore e pallore. L'ansia indotta in soggetti normali sarebbe però diversa da quella dei pazienti, ove è mista a depressione ed ostilità.

Blum e coll. hanno indotto ansia "naturalmente" facendola emergere dal passato : somministravano cioè le dodici tavole del test di Blacky facendo raccontare in veglia le storie che esse suggerivano; in ipnosi invitavano quindi i soggetti a raccogliere le esperienze personali suggerite da ogni tavola. Condizionati quindi i soggetti a reagire con livelli crescenti di ansia all'ascolto di determinate lettere alfabetiche, studiavano i correlati insiti nelle varie reazioni potendole manovrare come volevano. Altri ricercatori come Leuba e Lucas inducevano in ipnosi uno stato di felicità, uno di critica, un altro di ansia, mostrando ogni volta sei disegni e chiedendo di descriverli o interpretarli : le percezioni risultavano notevolmente e diversamente influenzate dallo stato emotivo indotto.

CAPITOLO DECIMO

L'IPNOSI COME MEZZO DI INDAGINE CLINICA

Il valore diagnostico dell'ipnosi deriva dal fatto che essa permette lo sviluppo di fenomeni spontanei ed indotti, i quali, di per sé, esprimono effettive realtà profonde la cui conoscenza può essere fondamentale nel chiarire la genesi e la dinamica dei sintomi; una produttività maggiore nell'impiego dei test proiettivi rispetto a quella che si ha nelle condizioni di veglia; il manifestarsi infine, su certi sintomi di effetti particolari, grazie ai quali possono emergere elementi utili a differenziare forme morbose somatogene di difficile interpretazione da forme psicogene.

L'impiego dell'ipnosi in psicodiagnostica va inteso come una modalità rivolta non certamente ad estorcere segreti che il soggetto conosce ma non desidera rivelare, bensì a far emergere contenuti inconsci, la cui consapevolezza può essere utile. La persona pertanto in ipnosi rimane soggetto che collabora attivamente con l'ipnologo, consapevole che non verrà assolutamente forzata in alcun modo, non le verrà richiesto alcun compito che il suo io non voglia accettare, sarà del tutto sufficiente quanto spontaneamente produrrà; verrà in realtà, semplicemente aiutata con un mezzo in più, nel realizzare i suoi veri interessi. In effetti, l'ipnosi non farà che estendere, facilitare e potenziare le possibilità della psicodiagnostica convenzionale, offrendo al soggetto altre modalità per proficuamente sperimentare il proprio vissuto.

“I fenomeni ipnotici spontanei a significato diagnostico” : Premesso che l'induzione di ipnosi e l'ipnosi stessa costituiscono una situazione vitale, di fondamentale importanza cioè per il soggetto, nella quale si sviluppano spontaneamente fenomeni i più vari, espressione di aspetti profondi della personalità, diversi a seconda del concetto che l'individuo ha dell'ipnosi, dell'ipnologo e del suo rapporto con lui; delle reazioni che da tale concetto derivano.

Romero in relazione al valore diagnostico dell'induzione ipnotica afferma che “le reazioni psicologiche da essa prodotte sono svariatisime ed accuratamente vagliate da un occhio esperto forniscono eccellenti informazioni sulla capacità di padroneggiare le tensioni, sull'esistenza e sull'entità di sensi d'insicurezza, di sensi di colpa, su turbe nelle relazioni col prossimo e con le autorità”.

L'induzione di ipnosi e l'ipnosi stessa acquistano pertanto, così considerate, il significato di test proiettivo, che può permettere di conoscere come il soggetto si attegga nelle situazioni per lui vitali e di studiarne anche la motivazione.

Il rilassarsi, ad esempio, o il tendersi delle fibre muscolari in attesa dell'induzione nonché le caratteristiche e l'intensità di tali reazioni, la posizione scelta per l'induzione di ipnosi, le domande rivolte all'ipnologo e le opinioni espresse circa i fenomeni ipnotici, il modo e l'intensità con cui l'ipnosi e le immagini ipnotiche si sviluppano, le modalità con cui l'ipnosi si esaurisce, i commenti del soggetto sull'esperienza vissuta (spirituale, psichica e fisica), sul suo rapporto con l'ipnologo, sulla voce di questi, sono elementi sempre molto utili per comprendere come il soggetto ha imparato nella vita a stabilire rapporti interpersonali, come li intende, come quindi affronta le situazioni per lui importanti o fugge da queste; per conoscere quali possono essere i suoi sentimenti, le sue attitudini, le sue motivazioni, le sue difese e le sue repressioni. Il colloquio successivo all'induzione circa le reazioni sviluppate permette così spesso l'emergere di ulteriori

elementi significativi per la diagnosi, sia di personalità sia di malattia, i quali possono dare l'avvio a prese di coscienza (motivando ulteriormente il paziente al trattamento psicologico) e venir incorporati nella successiva psicoterapia.

Certamente utile nel confermare elementi sotto il profilo diagnostico, lo è sempre nell'aggiungere altri dati significativi a quelli già acquisiti attraverso l'approccio, i colloqui clinici e l'eventuale impiego di test, eseguiti in condizione di veglia. Rivolgere ad esempio in ipnosi il viso verso l'ipnologo o in direzione opposta man mano che l'ipnosi si sviluppa, accavallare o divaricare gli arti inferiori, assumere altri atteggiamenti ancora o mutare espressione mimica, respirare o sospirare o addirittura piangere, arrossire o sviluppare altre reazioni neurovegetative, provare certi stati d'animo o sensazioni piuttosto che altri, uscire rapidamente o lentamente dall'ipnosi, riferire in un modo o nell'altro le esperienze vissute nell'ipnosi, sono tutte risposte dense di significato psicologico che è opportuno pertanto non trascurare, ma prendere in esame in stretta collaborazione con il soggetto.

Non solo quanto si osserva mentre il soggetto sviluppa l'ipnosi ha importanza diagnostica, ma anche quanto viene da lui riferito, esauritasi l'ipnosi. L'avvertire, ad esempio, disagio perché l'inclinazione dello schienale della poltrona è stata sentita eccessiva può significare vivere l'ipnosi come stato di dipendenza non accettata, in quanto precedentemente forzati in situazioni analoghe; richiedere una voce più autoritaria può voler dire necessità di soddisfare bisogni di passività; preferire pause di silenzio, meno lunghe e meno frequenti, può essere espressione di un certo bisogno di maggior sostegno; richiedere un'ipnosi meno intensa può essere riferibile a paura di un maggior contatto tra l'io e l'inconscio o di perdita addirittura dell'io.

Anche questi stati d'animo, che altri ne possono a loro volta richiamare per associazione, hanno le loro cause; considerandoli con attenzione, tali cause possono esser conosciute. Certamente le cause delle reazioni del soggetto, è opportuno precisarlo, non sono sempre psicologiche e per di più inconse; possono spesso esservi motivi consci, addirittura fisiologici.

E' da tener presente infatti che esistono risposte ipnotiche, quali modificazioni neurovegetative e neuromotorie, che non hanno un significato simbolico apprezzabile. Tali risposte sono probabilmente da riferire effettivamente a disagio, alla deautomatizzazione degli apparati che l'ipnosi comporta.

Esse sembrano variare in rapporto alla costituzione, ma soprattutto, alla gradualità o rapidità della deautomatizzazione, le quali sono ovviamente anche in rapporto con il metodo di induzione (autoritario o permissivo). La deautomatizzazione degli apparati comporta infatti un'alterazione fisica dell'equilibrio psicosomatico, che può tradursi in particolari risposte. Queste possono a loro volta essere fonte di ansietà e di altre reazioni ancora del tutto meccaniche o, invece, per associazione con determinati contenuti, psicologiche.

Il valore dell'ipnosi come test proiettivo ne implica un altro ancora per l'ipnologo; più questi impara a discriminare i messaggi ipnotici fisiologici da quelli psicologici ed a decifrare questi ultimi, più impara a recepire e a comprendere anche quanto della realtà profonda gli viene comunicato in veglia dal paziente, attraverso espressioni verbali ed atteggiamenti dei quali il paziente è inconsapevole. Impara anche, parallelamente, sempre più a comprendere la propria realtà profonda e ad orientarsi su quanto di inconscio è sotteso al rapporto interpersonale. In

altre parole, il continuo impiego secondo criteri psicodinamici dell'ipnosi, considerata anche test proiettivo, affina progressivamente le capacità diagnostiche del terapeuta, sia quando usa l'ipnosi sia quando non la usa, con inevitabili ripercussioni positive sulla psicoterapia.

I fenomeni indotti a fini diagnostici sono molteplici; si fondano essenzialmente sull'attivazione di associazioni mentali e di emozioni, realizzabile attraverso varie modalità. Ricordiamo tra queste la visualizzazione di scene, l'evocazione dell'emozione del momento, la regressione di età, la scrittura ed il disegno automatici.

Il rapporto tra ipnosi e test psicologici è bidirezionale : da un lato l'ipnosi può permettere una maggiore comprensione della personalità grazie ai test somministrati, dall'altro i test proiettivi, in particolare, offrono la possibilità di ulteriori controlli su quanto può essere prodotto in ipnosi e per mezzo di essa.

L'ipnosi di per sé non sempre sembra produrre modificazioni di condotta evidenziabili con l'osservazione clinica e con l'impiego di test : sono infatti tali modificazioni in rapporto con le citate variabili, riferibili al soggetto, all'ipnologo, alla relazione interpersonale. In alcuni, pertanto, variazioni possono venir apprezzate per mezzo dell'osservazione clinica, ma non con i test ; in altri solo con questi ultimi; in altri con entrambe queste modalità di osservazione; in altri infine, con nessuna di esse afferma Kline.

CAPITOLO UNDICESIMO

L'IPNOSI COME MEZZO TERAPEUTICO

La terapia attuata per mezzo dell'ipnosi (ipnoterapia) trova indicazione in forme morbose le più svariate per natura, evoluzione e sintomi, in quanto suscettibile di indurre cambiamenti, anche notevoli, di funzioni cortico-diencefaliche, i quali si riflettono terapeutamente su vari processi patologici o su loro conseguenze.

L'ipnoterapia può essere cioè rivolta, sebbene con modalità e fini diversi, tanto a disordini somatogeni, stati patologici che nascono ed evolvono nel soma (riflettendosi più o meno sulla psiche), nei quali, allo stato attuale delle conoscenze, non è attribuibile valore eziopatogenetico al fattore psichico, quanto a disordini psicogeni, stati patologici che nascono invece nella psiche, ivi evolvendo (psichici) o declinandosi nel soma (psicosomatici), nei quali il primo elemento è costituito dal fattore psichico. A seconda della natura, dinamica e caratteristiche del disordine, a seconda ancora della personalità del paziente, variano le indicazioni e le modalità dell'ipnoterapia, la quale pertanto implica sempre anche un'accurata indagine diagnostica preliminare di personalità e di malattia e presuppone una particolare preparazione medico-psicologica da parte di chi la attua.

Ciò anche in quanto sono certamente possibili effetti collaterali negativi o addirittura danni, in accordo con Bernheim, Schultz, Janet e tanti altri, non all'ipnosi di per sé, che anche da ricerche sperimentali contemporanee è risultata innocua, ma al metodo impiegato e a chi lo attua. Vi sono infatti situazioni in cui l'ipnosi non va impiegata; ve ne sono altre in cui può essere usata, con la precauzione però di evitare l'impiego di determinate tecniche. Severamente controindicate sono, ad esempio, la presa di coscienza di gravi problematiche profonde quando l'lo del soggetto è debole e la rimozione meccanica diretta per via suggestiva di certi sintomi che affondano le loro radici in seri conflitti inconsci. Tali eventi possono infatti aggravare lo stato psicopatologico e farne emergere un altro ancora più grave.

Da evitare è pure l'abolizione di sintomi somatici espressione di meccanismi di difesa e di compenso, quali certe dissenterie o ipertensioni, oppure utili a fini diagnostici, quale il dolore appendicolare; l'induzione di conflitti e di regressione di età in pazienti quali gli ipertesi, gli ipertiroidei, i cardiopatici di una certa gravità, nei quali le emozioni violente possono avere gravi ripercussioni somatiche. Può nuocere notevolmente il non saper instaurare con il paziente il rapporto interpersonale più proficuo: da ciò può derivare, ad esempio, quello stato di dipendenza così enfatizzato dalla maggior parte degli psicoanalisti, certamente non riscontrabile, di solito, se l'ipnosi viene usata correttamente.

Danni sono infine possibile impiegando tecniche particolari senza aver compiuto il tirocinio necessario per impiegarle correttamente.

In conclusione, è opportuno ribadire che l'ipnosi e le tecniche ipnotiche, diagnostiche e terapeutiche, hanno le loro indicazioni e controindicazioni: vanno quindi impiegate, alla stregua di qualunque altro mezzo usato in medicina con diligenza, prudenza e competenza.

Paragrafo 1 : La preparazione dell'ipnoterapeuta o ipnotista o ipnologo

Qualunque sia la natura del disordine da trattare, l'impiego corretto dell'ipnoterapia implica, ancor più che l'uso di altri mezzi, la visione dell'uomo non come congegno meccanico o laboratorio biochimico a compartimenti stagni, ma come unità psicosomatica in stretto rapporto con l'ambiente esterno (inteso come l'insieme di svariate condizioni fisiche, psicologiche e sociali cui l'uomo viene ad essere soggetto), nella quale psiche e corpo sono inscindibilmente legati.

Ogni stimolazione infatti, sia endogena che esogena, induce " una sensazione specifica, una risposta adeguata nell'ambiente della muscolatura striata, una catena di reazioni vegetative ed endocrine" (Rigotti), di entità diversa a seconda della costituzione e disposizione dell'individuo, dell'intensità, frequenza e durata della stimolazione. Tali reazioni hanno come effetto immediato modificazioni nell'organismo, destinate ad esaurirsi se cessa la stimolazione, suscettibili invece di divenire permanenti se la stimolazione persiste, sufficientemente intensa, oltre un certo limite di tempo. Ogni variazione psichica si riflette quindi, sul corpo, come ogni cambiamento somatico produce risonanze nella psiche : in entrambi i casi ne consegue un modificarsi della condotta.

Questa realtà è riscontrabile anche in condizioni di malattia, sia che questa interessi il corpo o la psiche, sia che costituisca la risposta dell'organismo ad agenti fisici o psicologici. Anche questi ultimi possono avere influenza patogena, presentandosi nell'uomo processi non solo biochimici ma anche affettivi, ambedue integrati dell'esistenza e da questa riorganizzati. A perturbamenti nella sfera psichica, la cui genesi può essere varia, possono conseguire così anche nel corpo disfunzioni, periodiche e costanti, suscettibili, se protratte nel tempo, di dar luogo ad alterazioni di strutture; inversamente, ad ogni malattia fisica si accompagna una regressione del paziente, nell'ambito della quale sono rilevabili perturbamenti psichici; in entrambi i casi altri effetti ancora possono conseguire, nella psiche e nel corpo, stabilendosi così, non raramente, un circolo chiuso ulteriormente patogeno.

L'ipnoterapeuta non può non tener in debito conto la realtà sovraesposta : l'ipnosi infatti, mezzo sperimentale particolarmente idoneo a confermarla, viene ad agire, essendo contemporaneamente stato psicofisico e rapporto interpersonale, tanto sull'organismo quanto sulla persona del malato; tale azione si realizza, qualunque sia la sfera in cui si declina, attraverso la psiche come risposta all'ipnologo; questi inoltre deve essere, anche di per sé, con la propria persona e condotta, agente terapeutico. Ne consegue che la terapia attuata mediante ipnosi è da considerare sempre, anche quando la malattia ha la sua origine ed evoluzione nel soma, psicoterapia, cioè cura che si attua con mezzi psicologici attraverso la psiche.

Attuare una tale terapia implica, quindi, da un lato, conoscenze sul come e sul perché l'emotività, non solo del paziente, ma anche dell'ipnologo, può andare incontro ad alterazioni; sulle conseguenze intra ed interorganismiche di tali alterazioni e sulle modalità psicologiche atte a prevenirle o a correggerle quando già in atto; dall'altro, un "training", un allenamento cioè che permetta allo specialista di poter seguire tali modalità nella pratica, di divenire cioè terapeutico attraverso il rapporto interpersonale, non solo quando usa l'ipnosi, ma anche quando non la impiega.

Tali conoscenze ed allenamento, del tutto particolari, divengono tanto più complessi, quanto più ci si allontana dalla terapia dei disordini la cui genesi ed evoluzione è nel soma e ci si addentra nella cura di quelle turbe che nascono nella psiche. Infatti, non può essere produttiva un'ipnoterapia se l'ipnologo è motivato ad impiegare l'ipnosi solo da un forte senso di frustrazione di fronte alla vita e, pertanto, la induce, indiscriminatamente in ogni paziente per compensare i suoi insuccessi personali, senza preoccuparsi dell'esistenza di indicazioni e controindicazioni, cercando di ottenerla il più delle volte "profonda" in quanto solo così si sente "bravo".

D'altra parte, una volta avvicinati all'ipnosi non è nemmeno opportuno abbandonarla per la presenza di sensi di inferiorità, che potrebbero essere favorevolmente modificati da adeguati provvedimenti. Sono spesso questi sentimenti, alla base di affermazioni quali "l'ipnosi" è un processo molto complesso in cui, difficoltà o paura da parte dello specialista, non accettate consciamente, di stabilire un rapporto interpersonale particolarmente intimo e di utilizzarlo poi proficuamente.

Il rapporto interpersonale è infatti estremamente importante ai fini sia dell'induzione sia dell'ipnoterapia, dipendendo da esso qualità, intensità e numero di risposte del paziente. In realtà, la preparazione dell'ipnologo oltre ad una formazione culturale specifica, dovrebbe anche realizzarsi attraverso una personale esperienza transferale, acquisita mediante un appropriato training didattico-terapeutico, considerato che l'uso di tale tecnica implica un impegno emotivo quasi sempre alto agli inizi.

CAPITOLO DODICESIMO

L'IPNOTERAPIA DEI DISORDINI SOMATICI

L'ipnoterapia dei disturbi somatici si rivolge sia ai sintomi fisici (dolore, alterazione del movimento, disfunzione degli organi lesi) sia ai sintomi psichici, espressione diretta della malattia stessa o conseguenza delle sue manifestazioni psichiche o infine della particolare situazione esistenziale nella quale il paziente viene a trovarsi a causa della malattia. L'entità di tale situazione, del tutto individuale, è in rapporto tanto con la natura della malattia e la sua gravità, quanto con le modalità secondo le quali si è venuta sviluppando la personalità.

Ogni malattia somatogena induce infatti una regressione, per cui possono emergere turbamenti emotivi, quali ansia, angoscia, depressione, paura, aggressività e conflitti latenti che emergono sotto forma di tensione, la quale può essere convogliata verso le alterazioni somatiche, alimentandole, o può addirittura divenire causa di sintomi psicosomatici. Chertok e Bucher ad esempio, osservavano dopo un intervento chirurgico la comparsa di ritenzione urinaria, interpretata appunto come espressione di un desiderio inconscio di evitare la dimissione dall'ospedale, struttura in cui il paziente si sentiva sicuro e protetto.

La regressione suindicata è tanto maggiore, quanto minore è stata l'evoluzione della persona verso la maturità e quanto più grave è la malattia somatogena. Maggiore è la regressione, più intenso diviene il turbamento dell'emotività; più difficile si fa quindi, il compito dell'ipnoterapeuta. In questo tipo di eventualità, diventa prioritario tra gli agenti terapeutici, il rapporto interpersonale, che è necessario pertanto aver imparato a manovrare adeguatamente, consapevoli dei propri limiti: un'eccessiva identificazione, ad esempio, nella situazione del paziente da parte dell'ipnologo (nel quale possono venir risvegliati conflitti non precedentemente risolti) può essere ulteriormente patogena, anziché terapeutica, impedendo inoltre, l'impiego corretto di procedure ipnotiche, di per sé valide.

Al contrario, minore è la regressione, meno complesse divengono le modalità atte a regolare il rapporto ipnologo - paziente; più facili e rapidi sono inoltre i risultati, sempre che esista suscettibilità all'ipnosi, anche in quanto il malato, a differenza del paziente psicosomatico, è decisamente motivato a guarire nel tempo più breve possibile. E' pertanto necessario saper riconoscere, prima di iniziare un trattamento ipnotico, anche l'entità di un'eventuale regressione, la presenza di conflitti e la loro influenza sui sintomi lamentati.

Il criterio più seguito nel realizzare effetti ipnoterapeutici sui disturbi psicosomatici è quello di indurre, con appropriati stimoli verbali, potenziando in ipnosi ed al di fuori di questa le motivazioni a guarire, uno stato di rilassamento psicosomatico e specifici effetti su determinate funzioni, per via diretta oppure indiretta, attraverso cioè la produzione di immagini che vengano a tradursi nel soma in realtà concrete. In tali situazioni la parola sembra proprio agire alla stregua di uno stimolo elettrico o chimico applicato a determinate zone cerebrali. E' nota a proposito la possibilità di ottenere reazioni vasomotorie e respiratorie stimolando elettricamente nell'animale la corteccia orbitale, pressorie e circolatorie eccitando nella scimmia la punta del lobo temporale ed altre zone.

I sintomi somatici possono venir beneficamente influenzati mediante suggerimenti di miglioramento, riduzione, dislocazione dei sintomi stessi, di sostituzione di sensazioni

e conseguente diversa reinterpretazione, frequentemente accompagnati da adeguate visualizzazioni oppure attraverso l'induzione di processi più complessi (particolarmente indicati nella terapia del dolore e delle forme più gravi o addirittura senza speranza) quali dissociazione, regressione, amnesia, distorsione temporale, associazione di segnali.

La dissociazione consiste nell'estraniare una o più parte del corpo, che cessano così di venir percepite e di essere quindi, ulteriormente influenzate in modo negativo dalla psiche; è possibile anche una dissociazione totale, consistente nel distacco del paziente da tutto il proprio corpo. La regressione consiste nel ritorno del soggetto ad un'epoca passata nella quale si trovava in perfetta salute e nella proiezione in un futuro, nel quale la malattia è ormai guarita. Si realizza, in questo caso, un'esperienza nella quale lo schema corporeo, l'immagine cioè del proprio corpo, non presenta alterazioni e lo stato psicofisico è pertanto di benessere. Il passato ed il futuro, così come il presente, possono inoltre venir "dilatati": i problemi connessi con la malattia perdono così molto del loro valore di fronte ad altri, che tale dilatazione viene a mettere in primo piano.

L'amnesia consiste nell'abolizione, parziale o totale, di precedenti esperienze di disfunzione somatica. Un'importante componente della percezione consiste infatti, nella memoria di precedenti stimoli ed esperienze confrontati con quanto giunge dalla periferia e con ciò identificati.

La distorsione temporale consiste nello sperimentare diversamente il tempo che realmente trascorre: possono essere percepite, ad esempio, come ridotte a pochi minuti alcune ore tra un'iniezione di analgesico e l'altra o può essere già passato il tempo nel quale si esaurisce solitamente una crisi.

Un secondo criterio, più pratico e semplice, ma meno produttivo, consiste nel lasciare agire l'ipnosi, indotta come sonno, senza formulare alcun suggerimento specifico diretto ai sintomi. In tali casi, l'ipnosi viene indotta in ampi gruppi, più volte, per la durata di quindici-venti minuti, ad intervalli di tempi vari oppure una sola volta, facendola però persistere a lungo, anche per qualche giorno. Non si può infatti negare che effettivamente un'azione terapeutica possa conseguire anche alla semplice inibizione corticale che caratterizzerebbe l'ipnosi (inibizione effettivamente restauratrice di funzioni e fonte di risparmio per l'organismo), nonché al cambiamento favorevole dello schema corporeo.

Qualunque sia la modalità seguita, gli effetti terapeutici possono venire quindi rafforzati e migliorati con altre induzioni di ipnosi, eseguite a distanza varia di tempo, oppure associando l'autoipnosi nonché il training di Schultz, che presenta affinità, ma anche differenze rispetto all'ipnosi – non c'è nel training perdita di coscienza, ma solo restringimento di campo.

Particolare considerazione ha ricevuto anche l'ipnoterapia del dolore espressione di neoplasie. In tali situazioni l'ipnosi veniva anche usata al fine di ridurre il bisogno di analgesici farmacologici quali la morfina e le loro conseguenze ulteriormente tossiche per l'organismo già logorato, per migliorare le condizioni psicosomatiche, generali e locali, e far accettare lo stato della malattia. Inoltre, in soggetti malati di cancro, l'ipnosi veniva impiegata anche per provocare la libera espressione della paura, indotta dalla situazione patologica, espressione resa possibile dall'instaurarsi di un favorevole rapporto di dipendenza, che non sarebbe stato accettato in condizioni di veglia.

In 34 casi di epilessia, dei quali 22 ricoverati e 12 ambulatoriali, seguiti con accurati controlli neurologici ed elettroencefalografici da quattro mesi a cinque anni, Stein associava l'ipnosi al trattamento medico di routine ed alla psicoterapia individuale e di gruppo.

Nell'attuare tale terapia l'autore è partito dal presupposto che anche forze emotive influenzano i disordini convulsivi e che fenomeni riflessi respiratori e vascolari, in aggiunta ad un innato meccanismo di dissociazione psicomotoria, possono produrre fenomeni di inibizione o di stimolazione transitoria della funzione corticale, paragonabili alle contrazioni notturne e ad altri processi che si possono instaurare nel normale stato di assopimento. Effetti terapeutici si sono anche rilevati nelle "crisi di piccolo male" dei bambini, impiegando tecniche ipnoterapeutiche.

In casi diversi di disordini dei muscoli scheletrici si sostiene che l'ipnosi e l'autoipnosi, impiegate a fini analgesici e di rilassamento muscolare, come unico mezzo di trattamento o antecedentemente alla somministrazione di farmaci, permettevano un più rapido recupero funzionale ed un notevole risparmio di analgesici. L'ipnosi è considerata mezzo di riabilitazione anche in casi di paralisi muscolari da traumi cerebrali.

E' conosciuta l'influenza negativa dei turbamenti emotivi sull'infartuato del miocardio : infatti, anche la terapia tradizionale tiene in grande considerazione lo stato di tranquillità di tale paziente. L'ipnosi in queste ultime circostanze potrebbe essere non solo terapeutica ma anche profilattica. E' frequente, in rapporto al trauma psichico legato all'esperienza infartuate, lo sviluppo, anche in casi di evoluzione somatica favorevole, della cosiddetta nevrosi post-infartuale, caratterizzata da notevole tensione nervosa, insonnia, polarizzazione ansiosa dell'attenzione sul cuore, modificazioni rilevanti della condotta. L'ipnoterapia viene, pertanto utilizzata per riassicurare, rieducare, guidare il paziente; per esplorarne la psicodinamica con specifiche modalità verbali. Si utilizzano anche suggerimenti "post-ipnotici" rivolti a modificare i concetti errati del paziente sulle proprie condizioni somatiche, visualizzazione di esercizi fisici gradualmente più complessi (che venivano poi fatti eseguire realmente in condizioni di veglia), proiezione nel futuro. L'impiego di tali procedure è certamente suscettibile di venir esteso a qualunque altra sindrome somato-psichica, a quei complessi di sintomi cioè nei quali alle manifestazioni spiccatamente somatogene altre ne conseguono di carattere psichico, aggravanti, talora seriamente, la malattia originaria.

Anche nelle coliche da calcolosi biliare e conseguenti disfunzioni epatiche possono essere in gioco, così come in altre crisi, alterazioni emotive con la loro azione favorente o determinante lo spasmo dei muscoli lisci : in tali casi, così come in altri indipendenti da alterazioni emotive, particolarmente promettente sembrerebbe l'impiego dell'ipnosi per prevenire, ridurre o eliminare la crisi. La possibile azione terapeutica dell'ipnosi è ormai accertata ed accettata anche dai medici più scettici, considerato il fatto che il suo utilizzo è quasi del tutto privo di rischi, verificata la competenza e la preparazione dell'ipnologo.

CAPITOLO TREDICESIMO

L'IPNOTERAPIA DEI DISORDINI PSICOSOMATICI

Il significato dell'ipnoterapia dei disturbi psicosomatici si può comprendere alla luce delle principali acquisizioni di medicina psicosomatica, intesa non solo come approccio olistico alla medicina, all'intera personalità del malato, della cui emotività si deve tener conto sempre in ogni malattia, ma anche come disciplina che studia reazioni e malattie, le quali si manifestano nel soma come espressione di perturbamenti nella sfera psichica.

Curare i disturbi psicosomatici con l'ipnosi altro non significa, in genere, che rivolgersi con finalità terapeutiche, con un mezzo in più che può essere usato in vari modi, alle alterazioni emotive sottese ai sintomi, quali ansia, agitazione, depressione, aggressività, frustrazione, centrando la terapia, ogni qualvolta sia possibile, sulla dinamica di tali alterazioni, più che sui sintomi che ne sono il riflesso. Solo in una minoranza dei casi, ipnoterapia può significare rivolgersi, anziché a meccanismi a funzione protettiva, difensiva dai conflitti, a semplici esiti di questi, a sintomi espressione cioè di un semplice riflesso condizionato, che piuttosto che estinguersi, è divenuto abitudine anormale. Anche in tal caso, però le conoscenze di psicosomatica sono indispensabili, se non altro per giungere ad una diagnosi differenziale tra i due tipi di disturbi, al fine di stabilire se esiste o meno una situazione conflittuale alla base dei sintomi e quanta influenza essa può avere su questi con il concorso di altri fattori.

Per meglio comprendere è opportuno chiarire l'eziopatogenesi, la diagnostica e la terapia psicosomatica.

1) L'eziopatogenesi psicosomatica : un'asma bronchiale, un'emicrania, certe forme di vomito e di diarrea, altri sintomi ancora possono essere l'espressione di un conflitto emotivo, oppure, talora, più semplicemente, di riflessi condizionati anormali. Un bambino, ad esempio, può sviluppare un'enuresi notturna perché l'atmosfera familiare è veramente frustrante oppure perché è sentita tale (è noto che la paura di un pericolo induce le stesse reazioni, sia il pericolo realmente esistente o immaginario). Nel primo caso, fattore predominante appare l'ambiente esterno, cioè l'eccessiva stimolazione; nel secondo sembrano essere fondamentali invece le caratteristiche particolari della singola personalità. Tra queste due enuresi vi sarebbe quindi una differenza fondamentale : quella che esiste in fisiopatologia tra richieste eccessive (che si traducono in risposte anormali) dovute, ad esempio, a stimolazioni termiche di lunga durata o a iperdosaggi di farmaci, ed ipersensibilità specifiche di natura allergica.

Si propone però un'altra situazione ancora : un'enuresi è stata originariamente chiara espressione di un conflitto emotivo (il bambino, ad esempio, è stato o si è sentito abbandonato per una nuova nascita); tale conflitto si è successivamente risolto in modo spontaneo, ma il sintomo persiste. In tal caso si può prendere in considerazione l'ipotesi che l'enuresi sia divenuta semplice espressione di una serie di riflessi, scatenati originariamente dal conflitto, ma persistenti per un condizionamento, un'abitudine anormale. Altre volte infine, sia il conflitto emotivo sia il condizionamento possono essere contemporaneamente in causa, in misura maggiore o minore, accanto, ovviamente sempre, a fattori predisponenti, congeniti ed acquisiti.

Il condizionamento ha certamente il suo valore nella genesi ed evoluzione di certi sintomi psicosomatici, così come nello stabilirsi di certi effetti terapeutici. Le possibilità

di condizionamento sono quasi illimitate e possono riguardare ogni funzione, giungendo a modificarla fino all'inversione. Diversi sono gli autori che hanno compiuto simili ricerche, ad esempio : Bechterew condizionava contrazioni muscolari delle mani e dei piedi a stimoli elettrici, Platonov funzioni vegetative a stimoli verbali, Wolf riusciva addirittura, per mezzo del condizionamento verbale, non solo ad impedire l'azione dei farmaci, ma anche ad ottenere effetti farmacologici con la somministrazione di semplice soluzione fisiologica.

Essendo il condizionamento inscindibilmente legato all'apprendimento, "l'entità di una risposta condizionata" dipende dall'intensità dello stimolo, dalla non interferenza su di esso di altri agenti, dal numero di ripetizioni della esperienza stimolo-risposta, dalle caratteristiche della specie e del singolo animale, nel quale devono inoltre essere presenti motivazioni all'effetto dello stimolo. Ad esempio, è molto meno facile il condizionamento della secrezione salivare nell'animale sazio che in quello affamato.

Ai fini di una terapia, è necessaria un'indagine diagnostica particolare in psicosomatica. Si tratta di un'indagine che si prefigge di far luce sulla natura, insorgenza ed evoluzione dei sintomi, sulla personalità del paziente (quindi sul suo modo di stabilire o meno rapporti interpersonali e di vivere gli eventi), sulle condizioni ambientali. Solo da tale ricerca possono derivare le direttive per un piano corretto "psicoterapeutico"; un piano rivolto il più possibile a cause e concause, cioè strettamente adeguato alle caratteristiche individuali del singolo caso. Solo in tale prospettiva è possibile fare della medicina psicosomatica, termine con il quale Weiss ed English indicano "uno speciale modo di vedere riguardante tutta la medicina, che non presta certo minor attenzione al corpo, ma piuttosto maggiore alla psiche".

2) L'indagine psicosomatica è rivolta a concatenare tra loro fattori biologici, psicologici, sociali cercando di evitare errori diagnostici e conseguentemente terapeutici. Una sindrome funzionale infatti può essere contemporaneamente presente ad una malattia somatica; sindromi intestinali o cardiovascolari si possono osservare in infezioni croniche; un diabete, una sclerosi a placche, una nefropatia possono esprimersi agli inizi unicamente con disturbi funzionali.

Con questo tipo di indagine ci si propone prima di tutto di stabilire la presenza o l'assenza di reperti somatici patologici; in un secondo tempo, la presenza o l'assenza di dati che possono deporre per un'eziopatogenesi psicosomatica; in un terzo tempo, di elementi che offrano la possibilità di inquadrare il disordine psicosomatico in un dato paziente posto in un certo gruppo anziché in un altro, di differenziare cioè la forma, come afferma Schultz, "in funzione della sorgente psicologica" del disordine da trattare. Una tale indagine viene condotta sulla base di un adeguato rapporto interpersonale, non omettendo mai le ricerche importanti, ma evitando però accuratamente quelle non indispensabili o troppe volte ripetute o troppo a lungo protratte. Queste ultime infatti, se possono essere di ausilio nel tranquillizzare lo specialista emotivamente insicuro, permettendogli anche talora di procrastinare decisioni importanti, possono divenire ulteriormente patogene per il paziente, anche quando affetto da malattia non psicosomatica.

Paragrafo 1 : L'indagine psicosomatica

L'indagine psicosomatica si attua mediante l'anamnesi psicosomatica, l'esame obiettivo ed il colloquio clinico.

L'anamnesi psicosomatica consiste nella storia accurata di qualunque evento, presente o passato, non solo biologico ma anche psicologico e sociale (e qui sta anche la differenza con l'anamnesi tradizionale), rivolta a ricercare pure sulla scorta dei dati che emergeranno poi dall'esame obiettivo o da eventuali colloqui successivi al primo incontro, un rapporto, in un primo tempo cronologico, in un secondo tempo di causalità tra eventi esterni e risposte psichiche che vengono a riflettersi nel soma amplificandosi. Si tratta di un'anamnesi psicodinamica rivolta a correlare in una prospettiva più ampia i più svariati fattori storici.

L'esame obiettivo è rivolto non solo al soma, ma anche alla psiche; si avvale di mezzi tradizionali (radiologici, di laboratorio, test di personalità ecc).

Il colloquio clinico viene condotto non sottoponendo il paziente ad un freddo interrogatorio, ma soprattutto cercando di mettersi al suo livello, ascoltandolo, senza giudicarlo, partecipando alla sua sofferenza, ponendogli con cautela qualche domanda indiretta e breve (che, talvolta, può rimanere sufficiente ad avviare spontanea presa di coscienza di problematiche inconsce), consapevoli degli effetti che le nostre parole possono indurre. La particolare atmosfera che così si viene a creare può portare il paziente a mostrare il suo modo di sentire le sue angosce, le sue paure, le sue speranze. Così procedendo è possibile farsi un'idea di quello che gli eventi del malato hanno significato ed ancora significano per lui sia a livello conscio che inconscio. Dalle espressioni mimiche infatti, dello sguardo, fonetiche, neurovegetative e di altro tipo ancora, che si manifestano, talora tumultuosamente, quando il paziente si avvicina, così trattato, ai problemi emotivi profondi insoliti, che più spesso stanno alla base della sua sofferenza psicosomatica, si possono trarre elementi veramente importanti per la diagnosi e per la terapia.

Il colloquio clinico ha anche lo scopo di avviare e consolidare un rapporto terapeuta-paziente produttivo non solo ai fini diagnostici, ma anche, contemporaneamente, terapeutici. Può essere infatti, già di per sé, motivo di orientamento favorevole della psiche del paziente il semplice sentirsi considerato più persona in prospettiva di salute che unità neurofisiologica malata.

Un quarto mezzo di indagine psicosomatica può essere oggi offerto anche dall'ipnosi, se impiegata seguendo un orientamento psicodinamico.

Un corretto espletamento delle suddette procedure, condotto alla luce delle conoscenze sui contributi apportati nell'ambito eziopatogenetico e terapeutico dagli studi psicologici, sociologici, neuro e psicofisiologici, può effettivamente orientare sul come, dove, quando e perché e con quali fini il paziente può aver cominciato a manifestare i suoi sintomi e successivamente li ha sempre sviluppati. Può ancora permettere di valutare se gioca un ruolo di primo piano il carico eccessivo di stimolazione o, piuttosto, la suscettibilità congenita o acquisita della persona ad emozionarsi e dell'organismo a dar risonanza in se stesso all'emozione; ancora quali possono essere le quote di "conflittualità" e di "condizionamento abnorme".

3) La terapia psicosomatica dovrebbe essere orientata in più direzioni, essendo numerose e di vario tipo le influenze sull'uomo, concepito come unità psicosomatica : biologiche, esogene ed endogene, psicologiche e sociali. Poiché però di tali influenze alcune sono ignote, altre non ancora conosciute nel loro meccanismo di azione, altre infine di importanza secondaria, allo stato attuale delle conoscenze si possono distinguere due fondamentali possibilità di terapia psicosomatica : psicologica, rivolta ogni qualvolta possibile a cause e concause, o prevalentemente medicamentosa. Nessuna terapia infatti può prescindere, per essere

veramente efficiente, da un rapporto medico-paziente che sia anche di per sé terapeutico; ogni preparato inoltre cui il soggetto attribuisce una qualsiasi azione implica un effetto psicologico puro indipendentemente dalla sua azione farmacodinamica. A tali possibilità può venire ad aggiungersi la terapia "fisica", particolarmente la ginnastica e lo sport, consigliati diversi in rapporto alle caratteristiche del singolo caso.

La terapia medicamentosa, attuabile con i farmaci più svariati può riuscire a moderare l'intensità del sintomo, sempre che venga praticata secondo indicazioni ben definite ed il paziente sia orientato su modalità e fini del trattamento. In tal modo si può anche evitare l'aggravamento della dipendenza del paziente dallo specialista (medico o psicoterapeuta). La farmacoterapia, opportunamente scelta ed attuata, appare indicata quando, valutate le possibili cause concause, non appaia preminente la quota conflittuale o la forma sia di lieve entità; quando il paziente non sia motivato o disponibile alla psicoterapia; quando esistano serie difficoltà provenienti dall'ambiente familiare o sociale; in attesa, infine, che una psicoterapia possa avere inizio.

La psicoterapia dei disordini psicosomatici viene oggi attuata seguendo due indirizzi fondamentali : uno ad orientamento psicodinamico, l'altro ad orientamento behavioristico. Quella ad orientamento psicodinamico appare sufficientemente strutturata sotto il profilo scientifico, a differenza di quella, a volte pure di una certa utilità se oculatamente impiegata, che fa leva sulla suggestione, processo più o meno in gioco in tanti trattamenti terapeutici, oggetto pertanto oggi di nuovi studi. Questo tipo di psicoterapia poggia su metodiche che, pur tenendo conto di determinate fondamentali concezioni teoriche comuni, sono plasmate e realizzate diversamente dalla psicoanalisi, altrettanto indicata in molti casi. Sostanzialmente alla base di questa si trova l'interpretazione psicodinamica dei sintomi e di quanto il paziente riferisce, l'introspezione e la presa di coscienza, le nuove esperienze emotive indotte dal rapporto terapeutico.

Da tali esperienze deriverebbero appunto al paziente nuove capacità di rapporto interpersonale con conseguente miglioramento e regolarizzazione dello squilibrio psicosomatico. Il terapeuta deve rivalutare le situazioni attuali rispetto ai conflitti infantili cercando di rimanere estremamente neutrale senza dare alcuna interpretazione ai contenuti emersi. Deve comunque valorizzare l'lo e tutte le eventuali cause di nevrosi, portando il paziente, in modo decisamente attivo, a realizzare progressivamente nuovi modelli di comportamento.

La psicoterapia ad orientamento behavioristico si rivolge alla condotta o ai sintomi, che cerca di modificare direttamente senza influire sulla eventuale dinamica psicologica che li può sostenere, attraverso tecniche, dette di decondizionamento. Tali tecniche, pur essendo varie, si fondano sul principio di desensibilizzare il paziente, esponendolo, in condizioni di rilassamento in più modi inducibile, a stimoli per lui ansiogeni in veglia, di intensità gradualmente crescente di volta in volta (che rimangono così inefficienti data la presenza di rilassamento) oppure associando alle manifestazioni patologiche da eliminare uno stimolo spiacevole o infine impiegando contemporaneamente uno stimolo sgradito ed uno piacevole. In quest'ultimo caso, si avrebbe una inibizione reciproca degli effetti dei due stimoli, essendo impossibile, ad esempio, la coesistenza in uno stesso momento di paura e di benessere.

La terapia behavioristica appare talora giustificata dal fatto che la condotta patologica può anche essere controllata dal rinforzo, oltre che dalla storia remota; può quindi venir considerata, se pure in una minoranza di casi, come un'abitudine abnorme, una risposta stabilitasi attraverso

un apprendimento errato. Tale terapia è talvolta confortata dalla constatazione che il sollievo sintomatico, se ottenuto con determinate modalità, può in quei casi, essere seguito da un miglioramento generale della personalità e non da sostituzione di altri sintomi.

L'ipnosi può ben inserirsi sia nella psicoterapia ad orientamento psicodinamico, behavioristico o addirittura analitica per rendere possibile o facilitare, potenziare, accelerare tali modalità terapeutiche. Essa può essere usata inizialmente per rompere le resistenze emozionali mentre si ricercano fattori causali; successivamente come un microscopio psicologico per mettere a fuoco contenuti che in altro modo potrebbero apparire confusi; infine, come una sutura psicologica per legare insieme le interpretazioni ed i suggerimenti rivolti alla riorganizzazione della personalità.

L'impiego dell'ipnosi, sistematico o accidentale a secondo dei casi, viene attuato quando appaia utile o necessario, sulla base di elementi (disponibilità del paziente, forza dell'io, dinamica dei sintomi, terapie precedenti espletate senza risultati ecc.) che l'informazione, la formazione psicologica, l'esperienza clinica e l'intuizione del terapeuta permettono di rilevare. Questi fattori contribuiscono anche a determinare la scelta delle specifiche modalità da adottare caso per caso e non raramente di volta in volta, in quanto la psicoterapia è un processo altamente dinamico, che ogni volta può apportare nuovi elementi, venendo progressivamente a modificarsi la condotta del paziente. Un buon rapporto interpersonale di per sé curativo (in quanto soddisfa correttamente certi bisogni emozionali) può infatti permettere anche l'inversione di materiale significativo sotto il profilo diagnostico. Una presa di coscienza può migliorare la terapeuticità del rapporto, modificando situazioni conflittuali.

Paragrafo 2 : Le tecniche ipnoterapeutiche nei disordini psicosomatici

Le tecniche ipnoterapeutiche impiegate in psicosomatica possono essere distinte in due gruppi: 1) le procedure rivolte ai sintomi; 2) le procedure dirette alle cause emotive sottese ai sintomi.

1) Le procedure rivolte ai sintomi, alcune delle quali possono essere avvicinate alla "terapia behavioristica" in quanto coinvolgono condizionamento e desensibilizzazione, hanno un significato terapeutico sintomatico : mirano cioè ad abolire, ridurre, sostituire o dislocare i sintomi, manipolandoli direttamente unitamente all'ansia che li alimenta. Questi fini si possono perseguire attraverso diverse modalità. Ad esempio, si possono utilizzare condizioni, in ipnosi certamente realizzabili, le quali sono antagoniste rispetto all'ansia che si accompagna ai sintomi. Ottenuto un intenso rilassamento ipnotico, si inducono situazioni per il paziente ansiogene in condizioni di veglia, di intensità gradualmente crescente di seduta in seduta; si avvicina quindi il paziente progressivamente ad esse o ad alcuni dei loro aspetti. In tal modo, sulla base del principio che non si può essere ad un tempo rilassati e tesi, diminuiscono gradualmente in ipnosi (e poi al di fuori di questa), di seduta in seduta, le risposte ansiose di fronte a situazioni, via via più ansiogene.

Si può ancora associare al rilassamento psicosomatico ipnotico un determinato segnale (ad esempio : stretta a pugno di una mano), in modo che tale stimolo e successivamente il pensiero di esso divengano di per sé agenti condizionati di rilassamento e di benessere. A tale scopo, allenato il paziente ad associare il segnale in ipnosi, si può attivare l'ansia sottesa al

disturbo psicosomatico, trasferirla al di fuori dell'ipnosi con adatto suggerimento e farla quindi dissolvere mediante l'impiego della contrazione dei muscoli della mano, divenuta "segnale" di benessere.

Possono divenire operanti anche suggerimenti rivolti a determinare visualizzazioni nelle quali il soggetto può svolgere soddisfacentemente, in un primo tempo, i preliminari di compiti per lui motivo di crisi psicosomatiche; successivamente parte dei compiti; infine, i compiti stessi. I suggerimenti possono venire accettati in quanto il paziente è conscio dell'allucinazione : tale esperienza però dimostra già di per sé l'esistenza di capacità di superamento delle difficoltà lamentate dal paziente.

Si può ancora agire terapeuticamente sostituendo il sintomo con un'altra manifestazione avente un identico significato simbolico, ma meno limitante le attività vitali del paziente oppure influenzando direttamente sull'ansietà sottesa al sintomo in modo da convogliarla in direzioni produttive; regredendo inoltre il paziente ad un momento del passato che la storia raccolta fa ritenere importante ed avviando quindi nell'inconscio, per mezzo di opportuni suggerimenti adeguati ai bisogni consci ed inconsci del soggetto, una situazione verso la quale possa incanalarsi produttivamente e spontaneamente l'energia psichica sottesa al conflitto emotivo, che viene in tal modo a questo sottratta oppure proiettando più volte il paziente nel futuro suggerendogli, ad esempio, che si trova nello studio del terapeuta mentre la terapia sta per concludersi felicemente ed invitandolo a riferire sui risultati positivi della cura.

Queste modalità, di cui le ultime due possono considerarsi di transizione tra le tecniche terapeutiche sintomatiche e quelle causali.

2) Le procedure rivolte alle cause emotive in gioco, anziché ai sintomi o all'ansia sottesa, definite ipnoanalitiche, possono essere impiegate nel corso di una terapia psicoanalitica propriamente detta o indipendentemente da questa. L'impiego dell'ipnosi nel corso di un trattamento psicoanalitico, ad esempio si consiglia nelle seguenti situazioni : quando il paziente perde la motivazione alla terapia o rifiuta di iniziare il trattamento se non ottiene un rapido sollievo sintomatico oppure non sviluppa una relazione interpersonale produttiva; quando è incapace di verbalizzare sufficientemente, di produrre associazioni libere, di ricordare i sogni o è bloccato nella produzione di ulteriore materiale significativo oppure ha represso memorie traumatiche la cui chiarificazione può aiutare il processo terapeutico; quando infine è incapace di affrontare forze che impediscono all'"insight" di divenire operante o ha difficoltà nel terminare la terapia. Il fine ultimo delle tecniche ipnoanalitiche non è necessariamente sempre quello della "presa di coscienza" di situazioni profonde, che infatti, talvolta, pur verificandosi, non si accompagna a miglioramento dei sintomi, talvolta può non essere possibile o addirittura controindicata, ma piuttosto quello di integrare funzioni conscie con funzioni inconscie.

Anche le tecniche ipnoanalitiche sono numerose : l'evocazione dell'emozione del momento, la visualizzazione di scene, scrittura e disegni automatici, regressioni. Altre modalità ipnoanalitiche consistono nella libera associazione di idee, nel far usare giocattoli, stimolando quindi il racconto di eventi ad essi riferiti, oppure nel far osservare foto di vecchia data dello stesso paziente e/o dei suoi familiari, inducendo, se è possibile regressione o invitando il paziente a riferire pensieri e sentimenti spontaneamente suscitati da tale osservazione.

Affinità con le procedure ipnoanalitiche ha il metodo catartico, impiegato particolarmente

durante la seconda guerra mondiale nella terapia delle nevrosi da guerra. Consiste nella liberazione rapida ed improvvisa di emozioni represses, che talora si può verificare anche spontaneamente in ipnosi.

L'ipnosi, pertanto, ha certamente anche di per sé un'azione di ristoro e di restauro, considerato che sottrae l'organismo a stimoli nocivi, esogeni o endogeni. A tal proposito, potrebbe essere considerata come espressione di un meccanismo di difesa, che potrebbe insorgere automatico anche istintivamente, ad esempio in soggetti sottoposti a torture, i quali possono giungere a sviluppare spontaneamente analgesia. L'ipnosi implica inoltre una serie di concreti cambiamenti psicosomatici, che modificano lo schema corporeo ed una certa diversa sensazione sé; consente anche una deviazione dell'energia psichica dei conflitti verso altre direzioni, verso cioè le nuove possibilità che essa offre e verso il rapporto interpersonale con il terapeuta, rapporto che può lentamente trasferirsi ad altre persone per una ristrutturazione positiva delle prime esperienze frustranti, divenendo responsabile di nuovi pensieri e sentimenti.

Il rapporto interpersonale extraipnotico ed il colloquio clinico infine esplicano certamente sul paziente una duplice azione, diretta e indiretta. Quest'ultima si realizza con il tramite dell'ipnosi, le cui qualità ed effetti sono decisamente influenzati da quanto il terapeuta dice e non dice, fa e non fa, e da come egli è per il paziente. Un'azione favorevole esercitano certamente anche la dimostrazione implicita da parte dell'ipnotista del suo impegno verso il paziente, del suo desiderio di usare tutti i mezzi e di entrare in contatto il più intimo possibile con lui per aiutarlo o la tacita comunicazione che permette al terapeuta di essere percepito come uno che può difendere il paziente in caso di bisogno, dandogli la più ampia libertà di allentare i controlli repressivi. Questi fattori agiscono sempre e possono determinare anche una soppressione meccanica di sintomi senza alcuna conseguenza e senza la comparsa di manifestazioni sostitutive. In realtà l'azione diretta sul sintomo da un lato riduce la limitazione della personalità, dall'altro permette un'ulteriore presa di coscienza che il sintomo è di natura psicologica, proprio in quanto scompare per mezzo dell'ipnosi.

CAPITOLO QUATTORDICESIMO

L'IPNOTERAPIA DEI DISORDINI PSICHICI

L'ipnoterapia dei disordini psichici viene attuata seguendo gli stessi principi e le stesse modalità per l'ipnoterapia dei disordini psicosomatici. Si sono riscontrati risultati positivi in casi di depressione, in personalità psicopatiche ed in casi di schizofrenia.

Platonov impiegava l'ipnosi in casi di nevrosi anche molto gravi, Andreev la impiegava come "sonno", grazie all'azione terapeutica protettiva dell'inibizione corticale che in tali condizioni si verifica.

Granone, nel trattamento di tossicomanie (particolarmente etilismo e tabagismo), inseriva l'ipnosi in un quadro di psicoterapia razionale di sostegno e di rieducazione, condotta anche in veglia, dando preminenza all'impiego di metodiche ipnotiche ad orientamento behavioristico. Negli etilisti, precisando che la cura deve far leva su farmaci, psicoterapia e approcci sociali, indicava come principali mezzi di trattamento i seguenti : instaurazione di riflessi condizionati (vomito, nausea o semplice disgusto), suggerimenti post-ipnotici rivolti a determinare rigidità delle estremità superiori quando il paziente tenta di bere alcool, visualizzazione delle peggiori esperienze di intossicazione e delle migliori situazioni conseguenti alla disassuefazione, suggerimenti post-ipnotici di modificazioni della condotta, esplorazione della psiche e terapia di sostegno dell'io. Modalità analoghe usava nei tabagismi, attraverso dieci sedute condotte nell'arco di trenta - quaranta giorni.

Lo stesso impiego fu fatto da Gordova e Bechterew ed i risultati furono positivi a vari livelli e nelle diverse patologie psichiche.

A tutt'oggi, l'approccio ipnotico risulta nullo nei pazienti oligofrenici e dementi, anche perché è preclusa ad essi la minima possibilità di quel rapporto interpersonale, che è fondamentale ai fini dell'induzione e della terapia ipnotica.

BIBLIOGRAFIA

- C. Antonelli, M. Lucchetti : Teoria e pratica dell'ipnosi clinica ed. IIST-VOX 2014
E. Cavallaro : L'ipnosi ; una introduzione psico-fisiologica ed. Italiana Medical Systems Spa. Collana caleidoscopio 1990
G. De Benedittis, C. Mammini, N. Rago : La guida all'ipnosi ed. F. Angeli Milano 2018
Milton H Erikson, Ernst L Rossi – Sheila Rossi : Tecniche di suggestione ipnotica ed. Astrolabio Roma 1979
E. Facco : Meditazioni e Ipnosi ed. Altravista Roma 2014
A.J Gar : Ipnosi conversazionale Independently published 2020
A. Garcia : Ipnosi fulminante Independently published 2018
A. Godino, A. Toscano : Ipnosi : storie e tecniche ed. F. Angeli Milano 2015
F. Granone : Trattato di Ipnosi ed. Utet Torino 1989
M. P. Jensen : Arte e pratica dell'induzione ipnotica ed. F. Angeli Milano 2018
L. Merati, R. Ercolani : Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi ed. Edra 2015
M. Mozzoni : Ipnosi in pillole ed. Armando Roma 2018
G. Nardone, C. Loriedo, J. Zeig; P. Watzlawick : Ipnosi e terapie ipnotiche ed. Tea 2018
M. Rabuffi, F. Petruccelli, M.N. Grimaldi : L'ipnosi in pratica ed. Alpes Italia 2018
G. Regaldo : manuale di ipnosi medica rapida ed. Regaldo 2014
M. D. Yapko : Lavorare con l'ipnosi vol. 2 – Ed. F. Angeli Milano 2021
J. K Zieg : L'induzione dell'ipnosi ed. F. Angeli Milano 2018

SITOGRAFIA

- www.wikipedia.org : L'ipnosi
www.melarossa.it : Ipnosi, come funzione, a cosa serve, benefici, controindicazioni
www.benessere360.com : Ipnosi regressiva
www.focus.it-salute : Gli effetti dell'ipnosi
www.pazienti.it : In che modo l'ipnosi agisce sul cervello
www.esseresani.pianetadonna.it : Ipnosi : le controindicazioni

INDICE

CAPITOLO PRIMO

CHE COS'E' L'IPNOSI	3
Paragrafo 1 : La fase prescientifica	3
Paragrafo 2 : La fase magica	3
Paragrafo 3 : La fase scientifica	4
Paragrafo 4 : La normativa giuridica dell'Ipnosi in Italia	7

CAPITOLO SECONDO

L'IPNOSI COME STATO E COME RAPPORTO INTERPERSONALE	8
Paragrafo 1 : I fenomeni ipnotici	9
Paragrafo 2 : Espressioni variabili dell'ipnosi	10

CAPITOLO TERZO

GLI EFFETTI DELL'IPNOSI	12
Paragrafo 1 : Gli effetti ipnotici	12
Paragrafo 2 : Gli effetti intraipnotici	13
Paragrafo 3 : Effetti "post-ipnotici"	14

CAPITOLO QUARTO

LA DINAMICA DI ALCUNI FENOMENI IPNOTICI	15
Paragrafo 1 : La regressione e la condotta "postipnotica"	16
Paragrafo 2 : L'ipnotizzabilità	17

CAPITOLO QUINTO

I MEZZI DI INDUZIONE IPNOTICA	20
Paragrafo 1 : I mezzi che stimolano lo sviluppo di un particolare rapporto interpersonale	21

CAPITOLO SESTO

MODALITA' DI INDUZIONE IPNOTICA E DI DEIPNOTIZZAZIONE	22
Paragrafo 1 : Le tecniche autoritarie	22
Paragrafo 2 : Le tecniche permissive	23

CAPITOLO SETTIMO

METODICA PERSONALE DI INDUZIONE IPNOTICA	25
Paragrafo 1 : La fase preinduttiva	25
Paragrafo 2 : La fase induttiva o di induzione	26

CAPITOLO OTTAVO

L'INTENSIFICAZIONE DELL'IPNOSI	28
Paragrafo 1 : La deipnotizzazione	28

CAPITOLO NONO

L'IPNOSI COME MEZZO DI STUDIO DELLA PERSONALITA'	30
Paragrafo 1 : Lo studio della percezione subliminale	31

Paragrafo 2 : Lo studio delle "attitudes"	31
Paragrafo 3 : Lo studio dell'emozione	32
CAPITOLO DECIMO	
L'IPNOSI COME MEZZO DI INDAGINE CLINICA	34
CAPITOLO UNDICESIMO	
L'IPNOSI COME MEZZO TERAPEUTICO	37
Paragrafo 1 : La preparazione dell'ipnoterapeuta o ipnotista o ipnologo	38
CAPITOLO DODICESIMO	
L'IPNOTERAPIA DEI DISORDINI SOMATICI	40
CAPITOLO TREDICESIMO	
L'IPNOTERAPIA DEI DISORDINI PSICOSOMATICI	43
Paragrafo 1 : L'indagine psicosomatica	44
Paragrafo 2 : Le tecniche ipnoterapeutiche nei disordini psicosomatici	47
CAPITOLO QUATTORDICESIMO	
L'IPNOTERAPIA DEI DISORDINI PSICHICI	50

AUTRICE

Maura Livoli



Maura Livoli si laurea in Psicologia con 110/110 nel 1980 presso l'Università "La Sapienza" di Roma. In contemporanea alla sua formazione psicoanalitica si specializza in Psicoterapia cognitiva comportamentale e frequenta anche il Corso in Tecniche Suggestive: Training Autogeno e Ipnosi presso il Centro di Ipnosi annesso al Policlinico A.Gemelli di Roma.

Nel 1988 consegue presso la Scuola di perfezionamento annessa alla Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università "La Sapienza" il diploma post laurea in "Sociologia e Ricerca sociale". Si specializza sempre nello stesso anno in Sessuologia presso l'Ospedale

Fatebenefratelli di Roma e successivamente si occupa di Grafologia e di Psicodiagnosi: test proiettivi Rorschach e T.A.T., nonché test grafici e altri.

Nel 1990 consegue l'Oscar in Campidoglio indetto dall'Istituto Studi Europei per la Cultura come "Personalità europea per la Cultura".

Collabora per 15 anni presso diverse Cattedre dell'Università "La Sapienza" ed è docente di Psicologia Generale dal 1985 al 1990 presso l'Accademia Tiberina di Roma che le conferisce il titolo di "professore".

Inoltre, negli anni 1989/1991 collabora come psicologa alle trasmissioni su Rai Radio Due "La Pomeridiana", "Pomeriggio insieme" condotte da F.Guerini.

Collabora ancora come docente dal 1988 al 1992 presso il Centro Studi Psico-sociali di Roma, pubblicando sulla rivista del Centro diversi articoli.

Nel 1990 pubblica il "Manuale di Grafologia" ed. Beta Roma. Nel 2009 pubblica la prima opera di narrativa "Una donna una storia" ed. Iper testo.

Nel 2014 pubblica l'opera "Frammenti di ricordi islandesi" ed.Viola.

L'anno successivo pubblica con A. Valentini l'opera "Quattro passi nel pensiero" ed.Viola già vincitore di Premio Letterario.

Nel 2016 sul "Manuale di Psicologia Giuridica" ed. Maggioli pubblica con la collega A.Fronzoni il Capitolo VII sull'"Imputabilità del minore".

Nel 2018 pubblica on line su Psicologi-Italia l'opera su "J.Bowlby : considerazioni e note critiche".

Nel 2019 pubblica il "Manuale per l'esame di stato degli Psicologi e altro" ed. S. Antonio.

Nel sito di Psicologi-Italia vi sono attualmente oltre 100 articoli.



NUMERO VERDE
800 62 81 87

PSICOLOGI-ITALIA.IT