

## Capitolo 1

# Generalità

### 1.1. Storia

L'ipnosi ha accompagnato l'uomo sin dai tempi più antichi, confondendosi con i rituali magici e religiosi, anche se è consuetudine iniziarne la storia «scientifica» dal medico tedesco Franz Anton Mesmer (1734-1815). Mesmer, studiando l'effetto dei magneti sulle malattie, si convinse dell'esistenza di un fluido, da lui definito «magnetismo animale», particolarmente presente nella sua persona, che poteva essere trasmesso alle parti malate esplicando effetto terapeutico. L'elaborazione di questa scoperta porterà Mesmer a sostenere: *a)* l'esistenza di un sottile fluido fisico che riempie l'universo, unisce l'uomo alla terra, l'uomo all'uomo, i corpi celesti tra loro; *b)* l'origine della malattia essere dovuta alla presenza non omogenea o insufficiente del fluido all'interno del corpo umano e la guarigione realizzarsi nella sua corretta redistribuzione; *c)* la possibilità che tecniche particolari permettano al fluido di essere indirizzato ed accumulato in altre persone: così facendo si determinano nel paziente «le crisi» e si possono curare le situazioni morbose. La «crisi» era per Mesmer il segno, artificialmente prodotto, dell'esistenza della malattia ed anche il mezzo per curarla. Essa ripeteva nelle sue manifestazioni la patologia di origine e si rappresentava con intensità progressivamente decrescente nel corso della cura sino a scomparire del tutto segnalando in tal maniera l'avvenuta guarigione del paziente. Il mondo della medicina viennese mostrò verso le teorie di Mesmer un interesse assai scarso che presto si convertì in aperta ostilità: tale situazione lo indusse alla fine del 1777 a lasciare Vienna per Parigi dove, giunto nel febbraio 1778, raggiunse un notevole successo.

Mesmer iniziava l'approccio terapeutico mettendosi a diretto contatto con il paziente («*rapporto magnetico*»): si sedeva di fronte a lui, ginocchia contro ginocchia, gli stringeva i pollici guardandolo fisso negli occhi e passava le mani sul suo corpo toccandolo in diversi punti: erano questi i «*passi magnetici*» che davano origine a sensazioni particolari e determinavano

in alcuni soggetti la comparsa delle crisi. Il notevole aumento dei malati rese impossibile la prosecuzione della cura individuale e determinò la comparsa nella terapia del «*baquet*». Era, il *baquet*, una grossa bacinella alta cinquanta centimetri, posta al centro di una vasta stanza, ripiena di acqua e limatura di ferro: da essa sporgevano, attraverso fori, aste metalliche di diversa altezza cui i pazienti appoggiavano le parti malate: una corda li collegava l'uno all'altro sì da formare una catena. Mesmer entrava nella stanza, toccava con una bacchetta il primo paziente ed inviava il fluido che si diffondeva lungo di essa: il suo arrivo determinava la comparsa delle crisi in alcuni soggetti. Questi venivano rapidamente allontanati dal *baquet* e trasferiti in una camera attigua, detta appunto «*chambre des crises*». Tale era la terapia effettuata da Mesmer. Egli, convinto della realtà fisica del fluido, non sembrò rendersi conto delle efferenze ed afferenze psicologicamente rilevanti che si generavano nel «rapporto magnetico». I successi terapeutici e le polemiche che ne seguirono determinarono l'intervento della Corte francese che, di fronte alla richiesta di Mesmer di veder accettata a livello ufficiale la sua scoperta, nominò nel 1784 due commissioni di indagini. I risultati furono deludenti: alle Commissioni non fu possibile accertare la presenza di alcun fluido, i fenomeni e le guarigioni avvenute dovevano imputarsi unicamente «all'imitazione e all'immaginazione». Si ignorò completamente l'importanza di tale scoperta perché scopo dell'indagine era unicamente quello di valutare la presenza o meno del fluido. Un secondo rapporto, tenuto segreto, sottolineava l'instaurarsi nella «cura magnetica» di una stretta dipendenza tra magnetizzatore e magnetizzata e metteva in guardia dalla possibile insorgenza di afferenze erotiche.

Nonostante la condanna ufficiale il magnetismo continuò ad essere ampiamente praticato; Mesmer tuttavia, deluso ed irritato, abbandonò la Francia nel 1785 senza più farvi ritorno: morirà, dimenticato, sulle rive del lago di Costanza nel 1815.

Ancor presente Mesmer in Francia, il suo allievo più famoso, Armand Marie Jacques de Chastenot, marchese di Puységur (1751-1825), scopriva nelle sue esperienze magnetiche la possibilità di raggiungere uno stato diverso da quelli sin allora conosciuti: in esso non si verificavano né convulsioni né insorgenza di movimenti incoordinati. Il soggetto magnetizzato appariva invece tranquillo, più vigile ed attento di quanto fosse in veglia, con possibilità psichiche aumentate. Esisteva infine al «risveglio» amnesia di quanto successo. Questo stato venne identificato come «*crisi perfetta*» e successivamente denominato «*sonnambulismo artificiale*». La scoperta accentuò la frattura fra i seguaci ortodossi di Mesmer, che continuavano a sostenere la teoria del fluido, e i seguaci di Puységur sempre

più interessati al sonnambulismo artificiale e alle implicanze psicologiche del rapporto magnetico.

La rivoluzione francese segnò una battuta d'arresto per il magnetismo, che negli anni successivi però tutta una generazione di magnetizzatori, medici e non, riportò all'attenzione generale. Si intuì l'importanza della «suggerione» e del «sentimento» nella genesi dei fenomeni magnetici che vennero attentamente e diligentemente studiati. Furono anche codificati indicazioni e tempi della cura magnetica e le norme deontologiche cui attenersi.

In quegli anni fu formulato dal medico scozzese Braid il termine «ipnotismo», da lui usato per la prima volta nel Trattato *Neurohypnology* (1843). Braid asseriva che era possibile determinare gli stessi fenomeni evidenziati dai magnetizzatori facendo fissare unicamente un oggetto luminoso, negando sia la presenza del fluido magnetico sia l'importanza della suggerione. Era sufficiente, a suo giudizio, per ottenerli, escogitare semplicemente un mezzo per stancare l'attenzione del soggetto. Si determinavano in tal modo modificazioni neurofisiologiche che suscitavano di per sé lo stato ipnotico. Pur essendo riconosciuta in tempi successivi la sostanziale identità tra fenomeni ipnotici e magnetici, il nuovo «ipnotismo», ancora immune da polemiche, progressivamente sostituì nell'uso l'ormai compromesso «magnetismo».

In quello stesso periodo furono effettuati numerosi interventi chirurgici in «anestesia ipnotica» prima che la scoperta dei narcotici rendesse il metodo superato. Ben documentata è in questo campo l'attività di Esdaile in India e di Elliotson e Forbes in Inghilterra. Cloquet, in Francia, fu il primo ad asportare nel 1829 una mammella ad una paziente di 64 anni ipnotizzata.

Dagli anni '50 in poi l'uso diffuso ed indiscriminato dell'ipnotismo da parte di persone sempre meno qualificate, alla ricerca più di effetti strabilianti e fantastici che terapeutici, ne minò progressivamente la credibilità scientifica portandolo al rifiuto della classe medica. Da questa situazione l'ipnosi uscì alla fine degli anni '70 ad opera di tre medici francesi: Auguste Ambroise Liébault (1823-1904), Hippolyte Bernheim (1840-1919), Jean Martin Charcot (1825-1893). Liébault, medico a Pont Saint Vincent, non lontano da Nancy, era rimasto tra i pochi che continuavano ad utilizzare l'ipnosi nella pratica terapeutica. Egli offriva ai suoi pazienti l'alternativa tra il farsi curare a pagamento con i metodi tradizionali o gratuitamente con l'ipnosi raccogliendo così una vastissima clientela. Liébault induceva l'ipnosi in maniera autoritaria fissando negli occhi il paziente e dicendogli di dormire: una volta raggiunto lo stato ipnotico suggeriva che tutti i disturbi erano scomparsi. Il metodo, sempre lo stesso indipendentemente dalla patologia presentata, sorprendentemente funzionava e i malati stavano meglio. I risul-

tati del trattamento vennero a conoscenza di Hippolyte Bernheim, professore di medicina interna all'Università di Nancy. Questi visitò Liébault, si proclamò suo discepolo e cominciò ad utilizzarne i metodi in ambiente universitario, dando ufficialità ad una dottrina sino ad allora negletta. Bernheim giudicò la risposta alla suggestione la causa determinante dello stato ipnotico, che a sua volta rendeva il soggetto ipersuggestibile. In un tempo successivo Bernheim smise di utilizzare l'ipnosi e si limitò ad impartire suggestioni allo stato di veglia giudicandole sufficienti per la terapia. La scuola di Nancy, nel suo affermarsi, si trovò in opposizione con la contemporanea scuola della Salpêtrière a Parigi dove operava Jean Martin Charcot, clinico neurologo di fama, che aveva preso contatto con l'ipnosi nei suoi studi sull'isteria. Interpretazioni diverse dei fenomeni ipnotici alimentarono la polemica tra le due scuole. In particolare Charcot sosteneva essere l'ipnosi un segno di isteria definendola una «nevrosi sperimentale»: distingueva un «piccolo ipnotismo» con minima sintomatologia, presente anche in soggetti normali, ed un «grande ipnotismo», appannaggio degli isterici. In quest'ultimo si evidenziavano con particolari manovre tre stadi in successione progressiva: *il letargico, il catalettico, il sonnambulico*. Charcot giudicava reale l'effetto dei magneti nella determinazione dei fenomeni ipnotici e propose anche una spiegazione fisiologica della loro azione, pur accettando l'influsso psichico dell'ipnotista sul soggetto ipnotizzato. Per Bernheim l'ipnosi era invece una situazione fisiologica potenzialmente raggiungibile in ogni individuo e non implicava nessuna patologia sottostante: alla base vi erano unicamente fenomeni suggestivi.

Contrariamente a Bernheim, Charcot escludeva la possibilità di commettere delitti sotto suggestione ipnotica. Le conclusioni ultime suffragarono le ipotesi di Bernheim. Fu dimostrato che i tre stadi presenti negli isterici nulla avevano d'autonomo: non erano che costruzioni fittizie, frutto delle suggestioni che, all'insaputa del maestro, i suoi allievi presentavano ai pazienti. Le divergenze tra le due scuole riuscirono comunque a riportare per vent'anni l'ipnosi all'attenzione del mondo medico. In quel periodo, oltre alla terapia suggestiva diretta, nuovi approcci ipnotici furono attivati, in particolare si iniziò a sperimentare la terapia catartica: essa consisteva nel far rivivere in ipnosi situazioni che si presumevano all'origine della patologia determinandone la successiva abreazione.

In quegli anni avvenne l'incontro di Freud con l'ipnosi. Freud (1856-1939), grazie ad una borsa di studio, soggiornò per quattro mesi, dall'ottobre 1885 al febbraio 1886, alla Salpêtrière da Charcot. Ebbe occasione di esaminare in quella circostanza l'approccio del grande clinico alle paralisi isteriche e di osservarne il trattamento con l'ipnosi. Ritornato a Vienna, ini-

ziò a praticarla ma i risultati raggiunti non lo soddisfecero. Pensando che all'origine dell'insuccesso vi fosse una tecnica imperfetta si recò nel 1889 da Bernheim a Nancy per migliorarla.

In quegli anni si giudicava indispensabile, per ottenere risultati terapeutici validi, realizzare un'ipnosi «profonda», in particolare lo stato sonnambulico con amnesia al «risveglio». Tale obiettivo non era né frequente, né facile da raggiungere: a ciò si aggiungeva che la terapia, fondamentalmente basata sulla suggestione diretta autoritaria e la catarsi, portava spesso a risultati insoddisfacenti; inoltre l'asettico distacco relazionale, richiesto dagli assunti deontologici dell'epoca per impedire l'insorgere di afferenze emotive o per annullarle, non era nella pratica che assai raramente realizzabile.

Tutte queste problematiche furono sicuramente avvertite e vissute da Freud. Sembra inoltre che proprio l'incapacità emotiva ad affrontare un avvenimento imprevisto (alla fine di una seduta ipnotica una paziente gli buttò le braccia al collo in un improvviso slancio affettivo) lo abbia spinto a lasciare progressivamente l'ipnosi. Freud infatti, che non aveva ancora elaborato la teoria del *transfert* e *controtransfert*, si sentì turbato e direttamente responsabile di quella manifestazione «erotica». Questa esperienza lo portò a ridurre e poi ad eliminare l'uso dell'ipnosi, anche se essa fu da lui piuttosto evitata che rifiutata in assoluto. Il medico viennese giustificò la sua scelta con la difficoltà di indurre in un numero sufficientemente ampio di pazienti stati ipnotici profondi e con l'incapacità del metodo di mantenere nel tempo i risultati ottenuti. Sottolineò il rischio di *transfert* erotici anche intensi mentre la dipendenza del paziente realizzata dallo stato ipnotico e l'insufficiente attenzione alle «resistenze» pregiudicavano, a suo dire, l'efficacia della terapia.

Questo atteggiamento influenzò tutta una generazione di psicoanalisti determinando un progressivo discredito ed abbandono dell'ipnosi con un suo momentaneo ricupero durante la prima guerra mondiale finalizzato alla rapida risoluzione delle nevrosi da guerra. Pur continuando ad essere oggetto di studio e di ricerca nel periodo successivo al conflitto (Benussi in Italia, Janet in Francia, Pavlov in Russia, Hull negli Stati Uniti) l'ipnosi dovette attendere gli anni successivi alla metà del XX secolo per ritornare all'attenzione degli studiosi. Tra le personalità che conferirono al metodo indiscusso valore scientifico ricordiamo Wolberg, Haley, Weitzenhoffer, Granone, Chertok, Crasilneck: in particolare spicca per l'originalità dell'approccio, l'eclettismo delle tecniche, l'acume terapeutico, l'americano Milton Erickson (1901-1980) considerato il padre dell'ipnositerapia moderna.

Oggi le acquisizioni psiconeurofisiologiche sull'ipnosi, il modificarsi delle tecniche induttive e l'utilizzo di nuove modalità terapeutiche hanno reso inattuale il giudizio di Freud, cui molti ancora si rifanno, legato a un contesto

storico-ambientale ben preciso. L'ipnotista moderno ha imparato ad affrontare e correttamente gestire le problematiche interpersonali che l'ipnosi può attivare ed anche le eventuali «implicanze affettive»: sa inoltre che i risultati ottenuti possono essere duraturi e che non è indispensabile uno stato di trance profonda per ottenere risposte terapeuticamente valide. Anche la dipendenza del soggetto, mai assoluta, è temporanea e risolvibile senza difficoltà, se correttamente affrontata, mentre il superamento delle resistenze, che l'ipnosi permette di ottenere in tempi più ristretti, consente di ridurre, talvolta di eliminare gli ostacoli che impediscono o rallentano al paziente la guarigione.

## 1.2. Interpretazioni

Si presentano le principali interpretazioni dell'ipnotismo che l'hanno accompagnato nel tempo:

- *l'interpretazione mistico-religiosa*: tale ipotesi, ben presente nell'antichità, in auge ancora alla fine del '700, saltuariamente riproposta in tempi successivi, non ha più al giorno d'oggi alcuna credibilità scientifica. Diversa è l'estasi mistica che, pur presentando a livello neurofisiologico punti di contatto con la *trance* sonnambulica ipnotica, ha un elemento relazionale fondamentalmente diverso;
- *l'interpretazione fluidico-organica*: presuppone la presenza di un fluido, una forza radiante o una quintessenza simile, che viene materialmente trasmessa dall'ipnotizzatore al soggetto: questo fluido per alcuni può anche essere immateriale ed identificarsi con la forza del pensiero. Non esistono a tutt'oggi prove inconfutabili della veridicità di tale teoria;
- *l'interpretazione psicologica*: sono presenti nella genesi dell'ipnotismo unicamente fenomeni psicologici, siano essi la suggestione, l'autosuggestione o il monoideismo. L'ipnosi è stata, a sua volta, considerata un'anomalia psichica, ricollegabile all'isterismo da alcuni (Charcot), una situazione fisiologica o para-fisiologica del soggetto da altri (Bernheim);
- *l'interpretazione riflessologica*: vede nell'ipnosi una forma di inibizione corticale parziale «condizionata». Essa giudica la risposta alla suggestione stessa un riflesso condizionato, origine della sintomatologia ipnotica: una spiegazione fisiologica dei fenomeni presentati la completa;
- *l'interpretazione psicoanalitica*: l'ipnosi è una specie particolare di *transfert* e la sua fenomenologia viene giustificata ricorrendo ai classici schemi psicoanalitici;
- *l'interpretazione psico-neuro-fisiologica*: la più attuale, vede nell'ipnosi un particolare fenomeno psicosomatico coinvolgente l'organismo nella sua totalità: uno stimolo suggestivo è in grado di trasformarsi in sensazione,

immagine, movimento, emozione corrispondente attivando specifiche vie nervose: psiche, sistema nervoso, soma sono tutti implicati nella progressiva comparsa dello stato ipnotico; la suggestione non è equivalente a ipnosi, è solo il *primum movens* dei processi che realizzano lo stato ipnotico.

In ipnosi risultano particolarmente attive la corteccia cerebrale e la zona mesencefalodiencefalica. La zona corticale è interessata sia per i fenomeni psichici attivati, sia per il coinvolgimento nella realizzazione di riflessi, psicosomatici e psicoviscerali in particolare, stimolati dalla suggestione ipnotica. La zona mesencefalodiencefalica è ampiamente sensibile all'attivazione suggestiva, ricca di stimoli emozionali, specifica dell'ipnosi: essa può proiettarsi sugli organi efferenti prima ed in maniera indipendente dalla corrispondente attivazione corticale, determinando reazioni e risposte autonome al di fuori del controllo cosciente.

La zona mesencefalodiencefalica inoltre, pur normalmente controllata dalla corteccia, può in particolari condizioni, in risposta ad intensi stimoli suggestivi, inibire alcune funzioni della corteccia stessa: risultato è la dissociazione reversibile di funzioni psichiche e somatiche presente nell'ipnosi che permette di attivare importanti modificazioni anche dell'«inconscio biologico». Il sistema ipotalamo-ipofisario in particolare può rispondere alla suggestione ipnotica attivando, tramite la mediazione neuroendocrina ed ormonale, precise modificazioni negli organi bersaglio.

Le ricerche neurologiche hanno negli anni '90 codificato le diverse funzionalità dei due emisferi cerebrali ed hanno permesso di evidenziare nell'ipnosi la prevalenza dell'attività dell'emisfero destro, non dominante, su quella dell'emisfero sinistro, che presenta una momentanea riduzione della sua attività: le caratteristiche dell'emisfero destro sono facilmente evidenziabili nello stato ipnotico (prevalenza di «immagini, analogie, allusioni, condensazioni» di fronte alle qualità logiche, analitiche ed alle rappresentazioni semantiche «digitali» proprie dell'emisfero sinistro).

Recenti studi di stereoelettroencefalografia e di elettroencefalografia spettrale biemisferica quantitativa (G. De Benedittis) avrebbero constatato l'importanza del sistema limbico nel realizzare lo stato ipnotico: questo dipenderebbe almeno parzialmente dall'espressione dinamico funzionale di specifiche strutture limbiche antagoniste: in particolare dell'ippocampo e dell'amigdala. La riduzione dell'attività di quest'ultima dimostrata dalla stereoelettroencefalografia favorirebbe lo stato ipnotico (essa presiede alla veglia con ritmo rapido EEGrafico), al contrario l'ippocampo aumenterebbe la sua attività passando da un ritmo lento in veglia ad un ritmo rapido in ipnosi.

È sperabile che gli studi in corso sui neurotrasmettitori e sui neuropeptidi cerebrali e l'utilizzo della PET possano in un prossimo futuro ulterior-

mente chiarire la genesi di fenomeni ipnotici assai complessi (l'amnesia, la rivivificazione d'età, l'analgesia) e localizzare con certezza le aree cerebrali interessate.

Un'ultima osservazione: il particolare stato psiconeurofisiologico presente nell'ipnosi può solo facilitare la comparsa di fenomeni «paranormali» in soggetti «predisposti» ma non è in grado di produrli nella generalità degli individui.

### 1.3. Terminologia

*Trance* (Granone): stato dissociativo dell'Io con isolamento sensoriale, avulsione dal tempo e dallo spazio circostante con regressione a sottosistemi di funzionamento psichici primari che può sfociare:

- nell'ipnosi (auto o eteroindotta) se si instaurano delle ideoplasie;
- nella trance mistica;
- nell'intuizione scientifica;
- in manifestazioni medianiche.

*Ipnosi*: particolare stato psicosomatico indotto da stimoli eterosuggestivi diretti e indiretti e/o da processi autosuggestivi variamente espressi. I monoideismi suggestivi attivati determinano una fenomenologia psiconeurofisiologica specifica, espressione di una dissociazione funzionale a vari livelli, temporanea e reversibile, che permette di incidere profondamente sul substrato psichico e somatico individuale.

*Induzione ipnotica*: procedimento atto ad indurre lo stato ipnotico. Tutti i metodi induttivi hanno in comune l'esaltazione della suggestionabilità attraverso l'utilizzo di *monoideismi suggestivi* in grado di attivare sensazioni, azioni, comportamenti specifici o di determinare modificazioni somato-viscerali di variabile complessità.

*Ipnosi vigile*: stato di coscienza in cui il soggetto, pur vigile, si trova sotto l'influsso determinante o esclusivo di monoideismi suggestivi.

*Ideoplasia ipnotica*: monoideismo suggestivo plastico, ricco di contenuto emozionale e spesso acritico, dinamicamente idoneo ad attivare sensazioni, determinare comportamenti, modificare risposte organiche viscerali. L'ideoplasia ipnotica può essere auto o eteroindotta ed associarsi a valenze dissociative diverse varianti dall'ipnosi vigile all'ipnosi sonnambulica. Il suo realizzarsi è in rapporto ad una specifica suggestionabilità d'organo o d'apparato condizionata da fattori congeniti o acquisiti.

*Ipnatismo*: si intende sia l'utilizzo dei mezzi di induzione ipnotica sia lo studio dei fenomeni ipnotici e delle loro possibilità terapeutiche.

*Autoipnosi*: stato di ipnosi autoindotto. Esso può essere realizzato in



---

maniera spontanea dal singolo soggetto o essere risposta ad una «suggerione postipnotica» che permette di raggiungere la trance attraverso condizionamenti specifici.

*Ipnoanalisi*: analisi dello psichismo attuata in ipnosi.

*Ipnositerapia*: ogni terapia che utilizzi lo stato ipnotico.

*Psicoterapia*: intervento terapeutico su base psicologica e relazionale finalizzato ad attenuare o annullare una sindrome clinica di tipo psicopatologico e/o un disturbo di sviluppo o di personalità.