



# RIVISTA ITALIANA DI IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA

ANNO 43 - N. 1 • FEBBRAIO 2023

**DIRETTORE  
RESPONSABILE**  
Ivano Lanzini

**SEGRETARIA  
DI REDAZIONE**  
Silvia Giacosa

**A.M.I.S.I. CONSIGLIO DIRETTIVO**  
S. Giacosa *Presidente*  
S. Laurini *Vice Presidente*  
E. Paglialonga *Vice Presidente*  
C.F. Licari *Segretario*  
C. Jamoletti *Consigliere*  
I. Lanzini *Consigliere*

**SOCIETÀ ITALIANA  
DI IPNOSI CLINICA CONSIGLIO DIRETTIVO**  
† G. P. Mosconi *Presidente*  
I. Karam *Vice Presidente*  
S. Giacosa *Segretario*  
C. Licari *Consigliere*

Publicazione periodica. Inviata in abbonamento agli iscritti alla A. M. I. S. I. o alla S. I. I. C. Redazione e amministrazione: Via Paisiello, 28 - 20131 Milano.  
Editore A. M. I. S. I., Milano. Impaginazione e stampa Tipolitografia Ferrari&Moneta Srl - Via Felice Venosta, 25 - Milano.  
Registrazione N. 353 del 21. 9. 81 del Tribunale di Milano. Spedizione in A. P. - 70% - Filiale di Milano. La proprietà di quanto pubblicato è della rivista, a cura dell'A. M. I. S. I., Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, e della S. I. I. C., Società Italiana di Ipnosi Clinica.



Membro della  
Unione Stampa  
Periodica Italiana

## SOMMARIO

<b>CONVOCAZIONE ASSEMBLEA</b>	2
<b>EDITORIALE</b>	
Della gentilezza: tracce di umanità per un futuro ancora possibile. <i>(Ivano Lanzini)</i>	3
<b>LETTERA AL DIRETTORE</b> <i>(Ivano Lanzini)</i>	4
<b>LAVORI ORIGINALI</b>	
Il rapport come costruzione 'involontaria' tra paziente e terapeuta. Ovvero, come cogliere il transfert 'attorno' al rapport. <i>(Ivano Lanzini)</i>	7
La tecnica induttiva rapida di Spiegel: possibilità applicative nel trattamento del dolore <i>(De Benedetti M., Nobile E., Torielli L., Vighetti S., Cantafio P.)</i>	9
Analisi della fase induttiva di una prima induzione <i>(Settino Catalano)</i>	13
<b>ABBIAMO LETTO E VISTO PER VOI</b> <i>(a cura di: Ivano Lanzini)</i>	22
<b>XVIII CONGRESSO AMISI</b>	28

## ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA PER LO STUDIO DELLA IPNOSI - AMISI

### AVVISO DI CONVOCAZIONE DELLA ASSEMBLEA DEGLI ASSOCIATI

Il giorno 26 marzo 2023, domenica, alle ore 13.00 in prima convocazione ed alle 15,30 in seconda convocazione, presso la Sede della Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica SEPI-AMISI, in via Paisiello 12, Milano, è convocata la

### ASSEMBLEA ANNUALE ORDINARIA DEGLI ASSOCIATI

Per discutere il seguente Ordine del Giorno:

- 1) Lettura ed approvazione del verbale precedente
- 2) Relazione del Presidente
- 3) Relazione del Segretario Tesoriere
- 4) Consegna dei Diplomi
- 5) Congresso 2023
- 6) Votazioni Consiglio Direttivo
- 7) Varie ed eventuali

Il Presidente  
*Silvia Giacosa*

Il Segretario  
*Costanza Licari*

Milano, marzo 2023

*In allegato la delega di rappresentanza da inviare anche via Mail ad amisi@virgilio.it*

#### **Assemblea annuale ordinaria degli Associati AMISI - 26 marzo 2023**

Delega di rappresentanza

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Delega l'Associato \_\_\_\_\_

A rappresentarlo all'Assemblea del 26 marzo 2023 in Milano conferendogli ogni più ampia facoltà ivi compresa quella di voto con promessa di rato e valido.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Della gentilezza: tracce di umanità per un futuro ancora possibile

Ivano  
Lanzini



Ho già avuto modo di parlare della gentilezza, come espressione di 'cura amorosa' dell'altro/a in un lontano, 'vecchio' numero della nostra Rivista.

Dico 'vecchio' perché gli avvenimenti 'recenti': dalla pandemia all'invasione dell'Ucraina, hanno prodotto una diversa (dis)percezione del tempo.... E tuttavia, il tema della gentilezza mi pare ancora persistente: appunto, capace di per-sistere, di continuare (cocciutamente) a star-ci. A stare qui. Tra di noi.

Dunque, gentilezza  
Gennaio: 8-12

a. giorno di pioggia fitta, intensa, fastidiosa. Quella pioggia che, chi abita a Milano, ben conosce per quanto produca impacci, rallentamenti e ...stati alterati di coscienza tra automobilisti (e non).  
b. Marciapiede. Tre, quattro file di persone. Ombrelli. Di varie misure verticali e orizzontali. "Mi scusi, signora, l'ho urtata forte?" "No, no, mi scusi lei, sono di fretta anche io... grazie, buona giornata!"

c. Tram 14. Linea che non pochi rifuggono perché va verso il giambellino ed è strapiena di gente, diciamo, di diverse tonalità epidermiche, diversi accenti linguistici, diversi stili di abbigliamento e con diverse percezioni dello spazio e del tono della voce. Quindi, anche qui, calca, folla, sgocciolamenti di ombrelli. "Oh, mi spiace. L'ho urtata, mi hanno spinto, sa è pieno" - "Ma no, non importare signore. Grazie della gentilezza, lei gentile (sorridente)".

d. Via millelire. Doppia fila di auto. Pioggia. Traffico. Vado a Natura Si. Sono costretto però, per mancanza di spazio di manovra, a passare sul rialzo ove passano gli autobus. Ciononostante, il mio specchietto di destra va ad urtare quello di sinistra di una Peugeot ferma proprio nel punto in cui cercava di passare. Proseguo per pochi secondi e, dallo specchietto retrovisore, mi accorgo di una 'figura' tutta contratta e agitata. Penso ad uno spavento. Fermo l'auto (in doppia fila, ma 30 metri più avanti), torno indietro: "Mi dispiace, signora (mi accorgo si tratta di una donna sui 50 anni, con uno strano e divertente foulard, cappotto grigio e occhiali spessi). Ho urtato il suo specchietto..." "Ma no, ma no. Ero in doppia fila e stavo tentando di uscire... il suo specchietto? Mi pare malconcio?" "No, non si preoccupi, era già un po' danneggiato" "ma io voglio rimborsarla" "Per carità, lasci stare.... Sta bene?" "Bene, bene. Grazie. Molto gentile" "Anche lei, sa".

Si tratta di piccoli episodi. Quasi banali. Che non meriterebbero commenti. Alcuni, potrebbero considerarli, appunto, piccole banalità di normale/formale cortesia.

Sono certo, si tratterebbe di una grave errore. Di una semplificazione, questa sì banalizzante e quindi svalutante, di momenti di umanità. Di attimi in cui qualcosa di buono appare a testimonianza di 'zone' buone dentro quel 'legno storto' che con Kant chiamiamo umanità.

Per cogliere questo 'quid boni' dobbiamo entrare nel merito dei piccoli episodi riportati. Dobbiamo (come mi è capitato di fare in uno stato di respiscenza non intellettualistica) scendere sotto la superficie degli eventi e leggere il sottotesto interpersonale.

Allora potremmo accorgerci:

Della capacità in atto di chiedere scusa: ovvero di cogliere il disagio provocato nell'altro/a;

Della capacità di assumercene la responsabilità in modo empatico e privo di sensi di colpa: una responsabilità per dispiacere, non per colpevolizzarsi o colpevolizzare;

Soprattutto (ed è questo che mi ha commosso) la sintonia: in tutti e tre gli episodi, in luoghi diversi, diverse congiunture fenomeniche, diversi stati d'animo e diverse persone....c'è stata una risposta complementare nelle forme e nei tempi. Un piccolo passo di danza amoroso. Un comune abbraccio nella/della nostra condizione umana.

Il cinismo individualistico che tratteggia la cultura dominante e i comportamenti più esemplari (si pensi solo a quanto accade in politica, nello spettacolo dello star system: dai giornalisti agli influencer: forse una delle cifre più impressionanti del degrado culturale che stiamo vivendo!), questo cinismo non deve offuscare la nostra capacità di cogliere e vivere i frammenti, le spigolature, le frange, i ciottoli e i 'luoghi di resistenza' ove il buono permane nella sua dimensione quasi istintiva, ma che, in realtà, è il deposito di antiche virtù e di una solidarietà che ancora nessuno è riuscito a cancellare.

Ecco. Questi segni di umanità. Queste micro espressioni di rispetto e gratitudine. Di dispiacere e cura. Di pensiero e sentimento. Ecco, questi segni dovrebbero essere oggetto di attenzione e cura. Soprattutto dentro quella relazione psicoterapica che della 'cura e del prendersi cura dell'umano che è comunque in noi' rappresenta ancora oggi una declinazione virtualmente adulta della capacità di un aiuto alla persona.

Buon anno!

*Ivano  
Lanzini*

Gentile Direttore

in seguito alle sue lezioni al primo biennio, volevo chiedere un breve commento relativo al facilitare la comprensione del senso, e della storia, di quello che osserviamo nel paziente. In particolare, dal suo punto di vista, quali possono essere gli elementi principali e le accortezze più importanti dell'eredità psicodinamica che un terapeuta neo-ericksoniano potrebbe eventualmente integrare nella sua pratica clinica, permettendogli di mantenere un approccio non rigidamente strutturato?

La ringrazio per la gentile attenzione, e del tempo che vorrà dedicarmi nella risposta.

*Matteo Martegani*

Gentile dott. Martegani,

la sua è una complessa domanda, perché strategica sia sul piano epistemologico, sia su quello clinico. Sarebbe pertanto arrogante e presuntuoso tentare qui una risposta (che, peraltro, implicherebbe un coinvolgimento corale di tutti i docenti).

Mi limito, come è ormai 'regola' in questa rubrica, ad alcune brevi considerazioni funzionali a preparare una possibile risposta, non a 'confezionarla'.

La comprensione della storia del paziente e, ancor più 'profondamente', del suo senso esistenziale e psico(patologico) rinvia, metodologicamente, all'approntamento di adeguate modalità di ascolto. Tale da consentire al terapeuta l'accoglimento delle esperienze 'cruciali' e dei contigui 'vissuti disfunzionali' nei loro aspetti più dolorosi ed invalidanti.

Queste modalità di ascolto, a loro volta, sono causa ed effetto della costruzione di un particolare clima relazionale, capace di consentire l'emergere degli schemi emotivi, affettivi e cognitivi che hanno portato il paziente a situazioni di scacco, impotenza e, in generale, arresto delle sue potenzialità di crescita.

Sono del parere che proprio negli snodi cruciali della tradizione psicodinamica possano essere trovate le coordinate teoriche e metodologiche più adeguate al raggiungimento di quanto indicato in 1. e 2.

Rinvio, a questo riguardo, alla Relazione da me tenuta al Convegno AMISI ... dedicata appunto "All'ordine di 'compiutezza' della psicoterapia ipnotica". Ove sono tratteggiati in modo più organico sia alcuni suggerimenti tratti appunto dalla lezione psicoanalitica nei suoi moderni sviluppi relazionali, sia le modalità di 'innesto' di tale lezione nei punti 'alti' della tradizione ipnotica neo e post ericksoniana: le procedure naturalistiche di costruzione dell'esperienza condivisa della trance; la gestione non sintomatologica del rapporto; il potenziamento delle capacità immaginative del paziente.

Sono consapevole dell'estrema parzialità di queste considerazioni, che si collocano più 'a latere' che al centro della domanda. Ma qui e ora penso siano sufficienti a stimolare approfondimenti ulteriori e quella curiosità di apprendere che anima la sua interessante lettera.

### **La caccia della balena piccole riflessioni di un anziano**

Caro direttore,

ti vorrei raccontare di una mia notte insonne, ripensando ad alcuni casi in terapia, mi è capitato di fare delle considerazioni sulle implicazioni sociali che intervengono nella genesi di un disturbo psicologico. Così è andata a finire che mi son trovato a preparare una lezione sui Neet e gli Hikikomori con un taglio un po' diverso dalle mie solite riflessioni psicoterapeutiche, "taylorizzate" fin quasi all'eccesso, se mi consentite il neologismo. La stessa cosa mi è capitata ancora, riflettendo su alcuni disturbi legati alla sfera sessuale, dove alcune considerazioni sulla società mi son sembrate interessanti per inquadrare alcune patologie come la vulvodinia e la malattia di La Peyronie. Ma non è di questo che volevo scrivere, chi ha sentito la lezione sa già tutto e chi è interessato avrà comunque modo di risentirla o ad approfondire gli aspetti specifici su queste patologie. Mi son trovato a riflettere, invece, in generale: se a noi psicoterapeuti, e a me in particolare, con convenisse approfondire lo studio della sociologia, materia in cui son particolarmente ignorante.

Mi è tornato in mente Engel e il suo modello bio- psico- sociale nella genesi delle malattie; modello che mi aveva fatto conoscere il compianto prof. Mondella, un sacco di anni fa. Felice Mondella è stato un medico e filosofo, che ho avuto la fortuna di incontrare e frequentare e che mi ha insegnato molte cose, tra cui questo approccio di George L.Engel, molto più creativo e interessante della cosiddetta psicosomatica. Il modello postula che, dietro ogni patologia, si

debba cercare di individuare una etiologia biologica, una psicologica e una sociale e, soprattutto, le loro interazioni. Ovviamente in una specifica affezione ciascuno di questi agenti eziologici può agire in proporzioni molto diverse, in alcuni casi in modo trascurabile, ma è quasi sempre proficuo lavorare anche solo sull'ipotesi che tutti e tre possano essere implicati.

Ecco allora che torna la domanda: dobbiamo metterci tutti a studiare Sociologia? Premesso che ognuno può decidere di studiare quel che vuole, personalmente ritengo che studiare faccia sempre bene e, soprattutto sia una delle cose più divertenti che esistano, ma, all'idea di occuparmi dei meccanismi che descrivono la vita e le "patologie" di un'intera società mi son sentito terrorizzato. Un po' come davanti a un organismo colossale, come una balena, che posso anche studiare, ma su cui non ho la benché minima speranza di poter esercitare la più piccola azione, men che meno un'azione terapeutica.

L'eredità che mi porto dentro è quella del fare, sono schiavo della pragmatica. Mio padre, da bambino, veniva messo da suo nonno a raddrizzare i chiodi, ora che il babbo se n'è andato, mi rendo conto di quanto sia importante per me questa eredità. Non reggerei all'impotenza di studiare una balena così grande da non poter intervenire in alcun modo su di lei, meglio accontentarsi, quindi, di studiarne gli scarti, quasi come accontentarsi di studiare gli escrementi di questa balena; escrementi in cui posso metter le mani, escremento io stesso, per cercare di operare da pari, con pazienza, per aiutarli a recuperare qualcosa di importante e prezioso.

E come se la società c'inghiottisse e ci masticasse, poi qualcuno riesce ad integrarsi più facilmente, ad entrare nel metabolismo di questa società- cetaceo in modo quasi indolore; altri, invece, ne vengono espulsi, come fossero scarti, merde.

Senza perdere mai la nostra identità, forse dovremmo saper analizzare in noi quelle stesse debolezze che ci rendono simili a loro, allora ci potremo avvicinare a questi "scarti" con affetto e con rispetto, costruire con loro un rapporto e accompagnarli a ritrovare le loro energie, il loro valore e la loro dignità.

Nessuno mi vieterà allora di studiare un po' di sociologia, ma con l'idea, sotto sotto, di conservare qualcosa da fare, magari di utile.

Poi è suonata la sveglia, certo, noi anziani dormiamo veramente poco.

(Mario Cigada)



Caro Mario,

la tua lettera, con la sua proposta di 'studiare' sociologia, ovvero di integrare il sapere clinico-psicologico con quello estremamente variegato delle discipline sociologiche, mi sembra possedere un alto valore culturale e formativo. E, per venire alla soggettività dello scrittore, si sposa con incredibile precisione in quella proposta di 'modello sistemico e discorsivo' di uomo, da me tracciato ben 8 anni fa, proprio sviluppando le indicazioni di Engel e di Mondella, che anche io ho avuto modo di conoscere come docente di filosofia.

In quel modello venivo ad evidenziare come nello studio della fenomenologia umana non si potesse mai ridurre un evento ad un solo sistema (biologico, psicologico, socio-culturale), ma si potesse/dovesse parlare di 'imputazione prevalente non risolutiva' giacché ogni evento è l'espressione dinamica di diversificate interazioni bio-psico-sociali.

Le discipline, in questo modello, possiedono confini porosi e fluidi e si costruiscono in un dialogo costante, basato sui reciproci non saperi specialistici.

Quindi, grazie Mario. Spero che colleghi e allievi colgano la bontà della 'cacca della balena'.

Ivano  
Lanzini

Ivano  
Lanzini

Psicologo,  
Psicoterapeuta,  
Psicoanalista,  
Docente AMISI

## *Il rapport come costruzione 'involontaria' tra paziente e terapeuta. Ovvero, come cogliere il transfert 'attorno' al rapport.*

*Una possibile illustrazione clinica*

Abbiamo già avuto modo di documentare come la concezione/costruzione ericksoniana del 'rapport' rappresenti, al tempo stesso, il momento più avanzato della tradizione ipnotica 'classica' e il punto di inizio (inconsapevole) di una svolta paradigmatica *dentro* quella tradizione. Una svolta, se vogliamo un punto di forza e di svolta verso un ampliamento 'compiutamente' psicoterapico della concezione e pratica della ipnoterapia. Così che ci pare legittimo il nostro attuale parlare di *psicoterapia ipnotica* e non di applicazioni tecniche dell'ipnosi.

Per meglio documentare e mostrare (*la di-mostrazione non pertiene in senso stretto al campo della psicoterapia...*) a cosa apre la svolta ericksoniana, una volta che sia colta come eredità e lascito e non come modello e paradigma, abbiamo pensato alla breve presentazione di alcuni passaggi, ovviamente stilizzate e 'corrotti', di alcune sedute in psicoterapia ipnotica post-ericksoniana (che poi rinvia ad una psicodinamica della psicoterapia ipnotica). Dobbiamo alla 'liberalità' di questa nostra 'vecchia' paziente, la possibilità di avvalerci di alcune parziali sbobinature di dialoghi e situazioni 'ipnotiche'.

Ovviamente, le riproduciamo nel rispetto assoluto della privacy e apportando le dovute modificazioni atte alla tutela delle esigenze di anonimato della nostra paziente.

### **1. Giulia si espone.**

A non pochi terapeuti, specie se un poco in là con gli anni, sarà di certo capitato di trovarsi di fronte a giovani donne, dotate di una 'naturale' sensualità. Di quella complessa e non completamente definibile modalità di porsi, di atteggiarsi e di comunicare con ricchi e allusivi sottotesti ammiccanti ad allusioni erotiche. Nel contesto di un racconto esistenziale sovraccarico di dolore, di situazioni di scacco, di umiliazione e di squalifica competenziale.

*Giulia, giovane avvocato di 35 anni, si presenta come sofferente, debole, disperata e, fatto clinicamente significativo, soggetta a frequenti attacchi di panico "un po' strani: a volte mi assale una sensazione di soffocamento [Giulia porta le mani alla gola, abbassa la camicetta fino alla scollatura che scopre il reggiseno]. Altre volte, sento il cuore pulsare violento. Altre volte ancora è come se avessi le vertigini e la sensazione di svenire".*

*"Ha osservato in quali occasioni le capita di **vivere** tutto questo?"*

*"In situazioni diverse... in ufficio, con un **nuovo** cliente... nella stesura di una **conclusionale**... in tribunale [Giulia è una penalista] quando devo difendere un **cliente in cui non credo**, ma che ha possibilità di vedersi assolto o con pena ridotta... oppure col mio compagno, quando mi fa **serie proposte di vita assieme**... Vede... roba da matti"*

*E, quindi... che obiettivi si è data.. oggi... venendo qui.... So che è la prima volta che si rivolge ad una esperienza di psicoterapia....*

*Ecco, ecco... vorrei smettere di sentirmi così in ansia, così fuori controllo ... però...*

*"Però..."*

*"Ecco, **lei deve promettermi di non farmi innamorare di lei**..."*

*"?"*

*"Lo so, lo so. E' cosa folle. Ma vede... quando io comincio a sentire che qualcuno mi ascolta... ecco... io ci sto male... vorrei scappare... E anche rimanere lì..."*

*"(con tono leggero e con una leggera sfumatura di sorriso) e le è già successo?"*

*Il rapport come costruzione 'involontaria'  
tra paziente e terapeuta.  
Ovvero, come cogliere il transfert 'attorno' al rapport.*

Ivano  
Lanzini

“due o tre volte.... Ho avuto brevi relazioni extraconiugali... proprio con uomini che mi facevano sentire.... Importante.... E sexy..”

“Le pare che possa appartenere a quel genere di uomini...?”

“No. No. Assolutamente!”

“....”

“Ha ragione... eppure, sento che con lei potrei **aprirmi**...con desiderio... come se lei fosse qualcosa di **antico e cercato**...”

“Credo di comprendere qualcosa, sa... mi chiedo allora il perché si sia rivolta a me per 'ipnosi'...”

“Beh, perché **ho la sensazione di essere sotto un incantesimo, un delirio... un sogno... vorrei che lei mi risvegliasse...**”

“Capisco il desiderio di uscire da sogni e incantesimi... prima forse è opportuno avere qualche idea sulla loro origine...”

“**Ho totale fiducia** ... mi dica cosa fare e lo farò.... Non so perché, ma credo che lei in qualche modo non si approfitterà di me...”

“...cosa le fa pensare di evitare simile pericolo?...”

“Il fatto... che ne ho già fatto esperienza... nel senso anche che **già lo so**...come se **l'attrazione venisse contenuta dalla rassicurazione**...”

“Va bene. Allora ci vediamo, come lei ha chiesto, tutti i lunedì alle 14...”

“Con l'ipnosi?...”

“Con l'ipnosi delle parole... perché le parole potrebbero essere utili per andare nella giusta ipnosi...”

“Sarò cosciente allora?...”

“Sempre...e più di quanto immagini... a proposito... magari...la prossima volta...se lo vorrà, potrà raccontarmi le immagini più importanti della sua vita... quelle che l'hanno fatta star bene e quelle, se se la sentirà, quelle che le hanno recato qualche dolore...”

“E' così che comincia l'ipnosi...?”

“Certo: ci scambieremo immagini...e potremo osservarle con calma, con attenzione, con cura... un po' come si guarda un album di fotografie...”

“Mio Dio! Il mio album è tutto strappato....”

“Ecco un buon motivo... per ricomporlo...”

## 2. Il rapport nel transfert

Il resoconto clinico qui riportato (supportato da una sbobinatura parziale<sup>1</sup>) ha lo scopo di evidenziare l'importanza non solo della capacità diagnostica (Giulia pare rientrare quasi millimetri-cante, nella tipologia isterico/istrionica<sup>2</sup>), quanto e di più della importanza di comprendere e sentire il **clima relazionale** che, fin dalle prime sedute<sup>1</sup>, si viene a delineare tra paziente e terapeuta.

Con 'clima relazionale' intendo riferirmi alla tinteggiatura *emozionale/affettivo/erotica* che **sempre** viene a colorare ogni interazione interpersonale e, in specie, quella che mette in opera la differenza delle identità sessuali.<sup>2</sup>

E' nella specifica attenzione a questa tinteggiatura, che si nutre delle esperienze affettive cruciali del/della paziente e del/della terapeuta che si colloca l'orizzonte psicodinamico della transfera-lità. Orizzonte entro il quale viene a collocarsi – secondo modalità incredibilmente variabili – il 'sistema rapport' nella sua specifica funzionalità induttiva della trance come spazio-tempo durante il quale il/la paziente avrà modo di esperire le sue immagini, le sue risorse inibite e i suoi conflitti irrisolti.

L'obliterazione della dimensione transferale, e quindi del tempo necessario per accogliere la storia, i dolori, le angosce, i conflitti e le 'bruttore'<sup>3</sup> del paziente comporta da un lato il rischio di interventi direttivi, autoritari o semplificanti la ricchezza del paziente; dall'altro la riduzione dell'approccio ipnotico a puro supporto sintomatologico. Al recupero di risorse e capacità che, nel medio lungo periodo, vengono a sterilizzarsi se e quando il/la paziente non ha avuto modo di

Ivano  
Lanzini

*Il rapport come costruzione 'involontaria'  
tra paziente e terapeuta.  
Ovvero, come cogliere il transfert 'attorno' al rapport.*

ricontattare – restituite dalla/nella relazione 'affettuosa' col terapeuta – quei luoghi esperienziali dolorosi che hanno 'storicamente' inibito risorse, capacità e, soprattutto, libertà espressive, creative, trasgressive della sua personalità.

**3. La relazione nella comunicazione.**

E' un dato acquisito, dalla grande lezione di Palo Alto in poi, che 'non si può non comunicare'. E che la comunicazione, proprio per il suo esprimere un sottotesto classificatorio, determina la qualità sottomissiva, aggressiva, autoritaria o paritaria della relazione.

Oggi sappiamo che la comunicazione avviene a vari livelli ed è multi-veicolata. L'abito che indossiamo, l'ambiente dello studio, il modo in cui ci poniamo posturalmente [il 'ci' comprende paziente e terapeuta] ecc sono veri e propri asserti comunicativi, definizioni di ruolo che il nostro inconscio legge, comprende e 'deduce di conseguenza'.

Quello che in questa importante e meritoria tradizione clinico-retorica viene però a mancare - così influendo sulla qualità della stessa psicoterapia ipnotica, è che la comunicazione è l'espressione 'manifestata' (linguaggio+postura+prossemica) di un assetto intrapsichico (a sua volta deposito di complesse e sottilissime esperienze interpersonali collocate nelle memorie inconscie) di cui il/la paziente è inconsapevole e che, per questo, *fa della sua comunicazione la trasposizione linguistica di quel deposito.*

Non è qui il luogo di configurare quel 'deposito', le sue forme e contenuti ricorrendo ad una specifica teoria/modello epistemico-teoretico.

Fondamentale è esserne consapevoli. Al fine di dare la precedenza metodologica alla comprensione dei contenuti e delle forme che – negli snodi esistenziali della persona – quel deposito ha assunto, intervenendo vuoi nella costruzione di suoi tratti personologici, vuoi dei suoi sistemi di difesa, vuoi della peculiarità dei suoi sintomi.

E' la comprensione paziente e delicata di tutto questo che consente – quando necessario – l'avvio di una esperienza della modificazione dello stato di coscienza (ipnosi) capace di consentire il duplice complesso aspro 'risultato' di favorire da un lato la slatentizzazione di capacità e risorse implicite nella storia stessa del/la paziente; dall'altro di sciogliere i nodi conflittuali intrapsichici che la paralizzano e la mutilano esistenzialmente.

Nel 'caso' sopra 'scarabocchiato', sarà la capacità di paziente e terapeuta di cogliere tutta la storia e tutte le implicazioni (affettive, cognitive, emozionali, relazionali) incluse nella 'mossa d'apertura': "devo promettermi di non farmi innamorare di lei" il luogo-tempo strategico perché l'esperienza della psicoterapia (ipnotica e non) favorisca una 'crescita' nella consapevolezza di sé e nella costruzione di un percorso esistenziale autentico – nei limiti in cui l'autenticità è possibile in un sistema sociale, economico, culturale che tutto promuove se non il conformismo, l'ipocrisia moralistica, e una potente regressione narcisistica.

In quella 'mossa d'apertura' dotata - come spesso avviene nella fenomenologia detta isterica - di incredibile candore e totale inconsapevolezza della sua intima strutturale contraddittorietà [: impediscimi di fare quello che desidero fare.... E se non lo impedisce la responsabilità sarà tua] si condensa infatti la trama di conflitti relazionali divenuti intrapsichici al punto da incidere sulla logica della costruzione del desiderio erotico e, ancora più profondamente, sulle forme della sua espressione nei confronti di un sesso/altro, al tempo stesso temuto e voluto al servizio di un Sé ancora poco strutturato e forse ammassato da esperienze dolorose, di disconferma, inferiorizzazione, abbandono.

Ma di tutto questo, non è ovviamente possibile dare documentazione adeguata. Cercheremo di fornirla in un successivo lavoro.

**Note**

- 1) Questo proprio in ragione delle ragioni della privacy.
- 2) Era la seconda.
- 3) Ma che può verificarsi, sia pure con differenti sfumature, all'interno di una dinamica omosessuale.
- 4) Ognuno di noi è un brutto/bruto



## *La tecnica induttiva rapida di Spiegel: possibilita' applicative nel trattamento del dolore*

*De Benedetti M.  
Nobile E.  
Torielli L.  
Vighetti S.  
Cantafio P.*

### *Introduzione*

#### **Theodore Xenophon Barber**

Theodore Xenophon Barber (1927–2005) è stato uno psicologo americano che ha svolto ricerche e scritto sul tema dell'ipnosi, pubblicando oltre 200 articoli e otto libri su questo e argomenti correlati. È stato il capo psicologo del Cushing Hospital, Framingham, Massachusetts, dal 1978 al 1986. Barber è stato un noto critico del campo dell'ipnosi, mettendo in discussione i modi in cui il concetto di ipnosi era stato usato come termine generico per diversi fenomeni. Barber è stato uno dei primi due eminenti psicologi anglofoni, insieme a Theodore Sarbin, a mettere in discussione il "modello dello stato alterato" sostenendo che i vari fenomeni etichettati come "ipnosi" potrebbero essere spiegati senza ricorrere alla nozione di uno stato alterato di coscienza.

Nato nel 1927 da genitori immigrati greci a Martins Ferry, Ohio, Barber si diplomò presto al liceo e poi frequentò il St. John's College nel Maryland. Ha conseguito il dottorato in psicologia presso l'American University (1956) a Washington, DC, e poi si è trasferito a Boston per completare la ricerca post-dottorato presso il Department of Social Relations di Harvard con Clyde Kluckhohn e William A. Caudill. Dopo aver lavorato come ricercatore associato presso la Worcester Foundation for Experimental Biology, è entrato a far parte dello staff della Medfield Foundation nel 1961. Barber è stato direttore della ricerca per la Fondazione e ha servito come capo psicologo per l'ospedale. La sua ricerca è stata continuamente supportata durante questo periodo da sovvenzioni del National Institutes of Health. Nel 1978 divenne capo psicologo presso il Cushing Hospital di Framingham, Massachusetts, dove rimase fino al suo pensionamento nel 1986. A Medfield, Barber fondò uno dei centri più vitali e produttivi per la ricerca sull'ipnosi nel mondo. Ha ricoperto incarichi aggiuntivi presso la Harvard e la Boston University e ha attirato numerosi assistenti e collaboratori di ricerca, borsisti post-dottorato e studiosi in visita a Medfield. Con questi colleghi ha pubblicato più di 200 articoli accademici e 8 libri. *Hypnosis: A Scientific Approach* (1969) è diventato un classico e rimane il miglior riassunto del suo primo lavoro sperimentale per la comunità scientifica. Un volume successivo, coautore con Nicholas P. Spanos e John F. Chaves, *Hypnosis, Imagination, and Human Potentialities* (1974), ha portato gran parte di questo materiale a un pubblico più ampio.

Il libro più citato di Barber è *Hypnosis: A Scientific Approach* (1969, prefazione di Giampiero Mosconi nell'edizione italiana). Ha sostenuto in questo lavoro che l'ipnosi e i costrutti correlati sono "non necessari e fuorvianti e che i fenomeni che sono stati tradizionalmente descritti in questi termini possono essere meglio compresi utilizzando un diverso insieme di concetti che sono parte integrante dell'attuale psicologia". È stato recensito positivamente dalla comunità scientifica. Lo psicologo Theodore R. Sarbin ha osservato che il lavoro "demistifica e demitizza la procedura ipnotica" e che "la definizione dell'ipnosi come stato mentale speciale non ha basi ontologiche".

Nei suoi numerosi articoli e programmi di ricerca, Barber ha sostenuto che diverse variabili influenzano la reattività ipnotica e che l'ipnosi potrebbe essere provocata senza alcuna induzione ipnotica. Ha ipotizzato che le variabili contestuali, come la semplice definizione di una situazione come ipnotica o l'induzione di un comportamento diretto a un obiettivo, bastassero a determinare una condizione ipnotica. La sua ricerca ha mostrato che la semplice aspettativa di un soggetto di essere ipnotizzato potrebbe produrre risultati ipnotici, e ha scoperto che il punteggio di un soggetto su una scala di suggestionabilità ipnotica potrebbe essere aumentato sia attraverso la motivazione che l'aspettativa.

Sebbene inizialmente percepito come un iconoclasta o un "oppositore dell'ipnosi", Barber venne in seguito preso più sul serio dalla comunità psicologica. Coloro che abbracciavano le visioni tradizionali dell'ipnosi come uno stato alterato di coscienza erano scontenti dell'abitudine di Barber di apporre virgolette attorno al termine ipnosi per riflettere le sue preoccupazioni. Alcuni hanno interpretato questo come espressione di un atteggiamento sprezzante nei confronti dell'intero campo. Tale interpretazione divenne sempre più insostenibile quando Barber esaminò il com-

*De Benedetti M.  
Nobile E.  
Torielli L.  
Vighetti S.  
Cantafio P.*

## *La tecnica induttiva rapida di Spiegel: possibilità applicative nel trattamento del dolore*

portamento ipnotico con una cura senza precedenti e dimostrò che questi comportamenti non erano ciò che sembravano essere e che molte ipotesi ampiamente condivise sui fenomeni erano errate o incomplete. Barber e David Smith Calverley (1937–2008) hanno spesso lavorato e pubblicato insieme. Hanno lavorato sulla misurazione della suscettibilità o suggestionabilità ipnotica. Un risultato della loro ricerca ha dimostrato che l'induzione ipnotica non era superiore alle istruzioni motivazionali nel produrre uno stato elevato di suggestionabilità. La Barber Suggestibility Scale, un prodotto della loro ricerca, misura la suscettibilità ipnotica con o senza l'uso dell'induzione ipnotica.

Sulla base delle teorie di Barber, perché un'induzione ipnotica possa avere successo, è necessario siano simultaneamente presenti:

1. Aspettative adeguate
2. Contesto adeguato
3. Motivazioni adeguate

Le aspettative "adeguate" richiedono che il soggetto abbia una chiara consapevolezza di ciò che realmente è l'ipnosi, scevra dai condizionamenti mediatici e letterari, che assimilano la trance ipnotica ad una sospensione della coscienza durante la quale la persona diviene acritica esecutrice dei comandi dell'ipnotista.

Le motivazioni, al contrario, sono quasi sempre adeguate fin dall'inizio. Il desiderio del paziente di risolvere una situazione di difficoltà è già più che sufficiente. Un esempio di motivazione inadeguata è il desiderio di sperimentare una trance ipnotica o il desiderio di dimostrare di non essere ipnotizzabile.

E' però il contesto che incide in modo determinante sulla riuscita di un'induzione ipnotica e sull'efficacia del trattamento. Si crea un contesto ipnotico adeguato quando il paziente attribuisce all'operatore – medico o psicologo – la capacità di indurre lo stato ipnotico. Gli studi condotti da Th. Xavier Barber negli anni 70 si sono soffermati su questo aspetto. Quando dei volontari sani (studenti universitari) venivano sottoposti ad una procedura di induzione ipnotica preliminarmente definita tale, rispondevano positivamente a molti item della Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility. Quando invece il contesto non era definito come ipnotico (utilizzando le stesse verbalizzazioni impiegate nel gruppo ipnotico, ma senza premettere che si stava effettuando un'induzione ipnotica: istruzioni motivanti al compito), le risposte positive agli item della scala di ipnotizzabilità decrescevano in modo statisticamente significativo.

Le procedure di induzione della trance non sono descritte in letteratura in termini univoci. Né esiste un'induzione standard. Nella pratica è scontato che ogni psicoterapeuta utilizzi un insieme di tecniche, apprese da altri, adattate, modificate, o che lui stesso ha messo a punto in base alla propria esperienza. E' tuttavia da rilevare che in nessuno studio è data alcuna indicazione relativa al tipo di tecnica impiegata per indurre lo stato ipnotico.

### **Hypnotic Induction Profile (HIP) di Spiegel**

In questo studio è stato utilizzato l'Hypnotic Induction Profile (HIP) di Spiegel. L'HIP è formalmente un test di ipnotizzabilità, che permette di quantificare sia la disposizione biologica all'ipnosi sia l'abilità del soggetto a realizzarla. Tuttavia, essendo possibile utilizzare il protocollo dell'HIP anche come procedura induttiva dello stato ipnotico, il test è stato somministrato sia ai soggetti del gruppo di controllo (in cui l'induzione non era contestualizzata come "ipnotica"), sia al gruppo sperimentale trattato con Ipnosi.

L'HIP fornisce informazioni utili sulla fattibilità dell'ipnosi e sul risultato che ci si può attendere in ogni paziente. Le due componenti dello score permettono una stima dell'abilità e della motivazione del soggetto, la quale, a sua volta, dipende da fattori biologici e psicologici; questi ultimi possono fortemente migliorare o diminuire l'ipnotizzabilità globale; questo ha implicazioni cliniche rilevanti, dato che la psicopatologia, come ad esempio in caso di depressione e psicosi, può diminuire l'abilità ipnotica portando il soggetto a perdere la concentrazione durante la seduta.

### **Scopo della ricerca.**

Questo studio, effettuato presso la Fondazione Carlo Molo ONLUS di Torino, si propone

## *La tecnica induttiva rapida di Spiegel: possibilità applicative nel trattamento del dolore*

*De Benedetti M.  
Nobile E.  
Torielli L.  
Vighetti S.  
Cantafio P.*

due obiettivi tra loro correlati:

1. Verificare la correttezza della teoria di Barber, cioè se l'induzione dello stato ipnotico ha luogo quando la situazione è contestualizzata come "ipnotica" e non ha luogo in caso contrario
2. Verificare l'attenuazione (o scomparsa) della percezione di uno stimolo (debolmente) algico durante la trance ipnotica e dopo suggestioni specifiche di analgesia.

### **Materiali e metodi.**

Sono stati reclutati 32 soggetti volontari, in cui è stata esclusa la presenza di disturbi neurologici e psichiatrici.

I soggetti sono stati suddivisi in due campioni: controllo (istruzioni motivanti al compito, ICM) e ipnotico (IPN).

Gruppo IMC: 16 soggetti, di cui 5 di sesso femminile e 11 di sesso maschile, età media 26.6 anni

Gruppo IPN: 16 soggetti, di cui 8 di sesso femminile e 8 di sesso maschile, età media: 32.3 anni

Ai soggetti del gruppo IMC sono state somministrate delle "istruzioni motivanti al compito", consistenti nelle stesse suggestioni utilizzate nell'induzione ipnotica del II gruppo, ma non contestualizzate come "ipnotiche". seguite da suggestioni di "raffreddamento" di mano e avambraccio dx., mentre nel gruppo IPN è stata effettuata l'induzione ipnotica di Spiegel e Spiegel seguita anche in questo caso da una suggestione ipnotica di raffreddamento di mano e avambraccio dx.

I soggetti di entrambi i gruppi sono inoltre stati sottoposti preliminarmente alla Hypnotic Induction Profile di Spiegel, con quantificazione sia della disposizione biologica all'ipnosi sia della abilità del soggetto a realizzarla (nei soggetti del gruppo IMC, il test è stato descritto come "test psicologico" generico, e non come test di ipnotizzabilità).

Sia prima che dopo le istruzioni motivanti al compito (nel gruppo IMC) o l'induzione ipnotica (nel gruppo IPN), è stata inviata, attraverso un elettrodo, una debole scarica elettrica al polso dx. del soggetto. Al termine dell'esperimento ad ogni soggetto è stato richiesto di indicare su una scala lickert 0-10 l'intensità della sensazione percepita (0: assenza di percezione, 10: percezione estremamente fastidiosa)

### **Risultati.**

L'Hypnotic Induction Profile di Spiegel (HIP) è stato dunque somministrato ad entrambi i gruppi (controllo/ICM e ipnotico), descrivendolo come solo "test psicologico" ai soggetti del gruppo di controllo e per ciò che effettivamente è (test finalizzato a misurare la suscettibilità ipnotica) ai soggetti del gruppo ipnotico.

Ci siamo soffermati in particolare su due subtest dell'HIP. La "rotazione oculare" (ER, che misura la disposizione biologica all'ipnosi) e la levitazione dell'arto (Lev, che misura la disposizione psicologica individuale). I punteggi sono stati attribuiti secondo i seguenti scores:

ER: da 1 (assenza di movimento oculare) a 4 (scomparsa completa o quasi completa della pupilla con piena visibilità della sclera)

Lev: da 1 (assenza completa di risposta alla suggestione di levitazione) a 4 (levitazione non supportata al primo tentativo di suggestione)

Per quanto riguarda l'ER, abbiamo rilevato nel gruppo di controllo uno score medio di 2.25 e nel gruppo ipnotico di 2.56 (differenza statisticamente non significativa)

La risposta alla suggestione di levitazione dell'arto (Lev) è stata abbastanza simile all'ER: abbiamo rilevato un score medio di 2.69 nel gruppo di controllo e di 2.87 nel gruppo ipnotico (differenza statisticamente non significativa)

La percezione del debole stimolo elettrico inviato al polso dx. prima dell'induzione ipnotica, misurata attraverso una scala Lickert 0-10, è stata in media pari a 5.37 nel gruppo di controllo e a 4.62 nel gruppo ipnotico.

Dopo la somministrazione di suggestioni non contestualizzate come ipnotiche nel gruppo di controllo, la percezione dello stimolo si è abbassata a 4.00. Nel gruppo ipnotico, dopo l'induzione ipnotica, si è abbassata a 3.56 (risultati statisticamente significativi)

Se poi consideriamo solo i soggetti che alla HIP hanno manifestato un'elevata disposizione

*De Benedetti M.  
Nobile E.  
Torielli L.  
Vighetti S.  
Cantafio P.*

### *La tecnica induttiva rapida di Spiegel: possibilità applicative nel trattamento del dolore*

biologica all'Ipnosi (ES 3-4), la percezione dello stimolo passa da 4.86 (prima delle suggestioni) a 2.71 (dopo le suggestioni) nel gruppo di controllo. Nel gruppo ipnotico, da 5.11 (prima dell'induzione ipnotica) a 3.44. (valori statisticamente significativi)

#### **Discussione e conclusioni**

I risultati ottenuti (pur necessitanti di conferma su un campione più rappresentativo) consentono la formulazione di due conclusioni.

Sembra smentita l'ipotesi di Barber, relativa all'importanza della contestualizzazione nel determinare l'insorgenza di uno stato modificato di coscienza (trance ipnotica). L'HIP non ha fornito differenze significative negli scores di ES e Lev nei due gruppi di controllo e ipnotico. Così come l'effetto antalgico delle suggestioni dirette ha determinato risultati statisticamente significativi sia nel gruppo di controllo (dove le suggestioni non erano descritte come "ipnotiche") sia nel gruppo ipnotico (dove le stesse suggestioni erano esplicitamente descritte come "ipnotiche")

E' confermato il possibile effetto antalgico di suggestioni ipnotiche dirette, come d'altra parte il frequente impiego dell'Ipnosi in odontoiatria e (meno frequente) in chirurgia già dimostrano da parecchio tempo.

#### **Bibliografia**

- 1) The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: experimental and clinical applications. Barber TX, Wilson SC. *Am J Clin Hypn.* 1978 Oct-1979 Jan;21(2-3):84-108
- 2) Psychometric Analysis of the Barber Suggestibility Scale in a Clinical Population. Pellicer Asensio X, Fusté Escolano A, Ruiz Rodríguez J. *Am J Clin Hypn.* 2018 Apr; 60(4): 386-402
- 3) Hypnosis and eye movements. Tebécis AK, Provins KA. *Biol Psychol.* 1975 Jul;3(1):31-47
- 4) Barber Th. X., Ipnosi: un approccio scientifico, Roma, Astrolabio, 1972
- 5) Barber Th. X., Spanos N.P., Chaves J.F.: Hypnosis, imagination, and human potentialities New York : Pergamon Press; 1974
- 6) The Hypnotic Induction Profile (HIP) in Clinical Practice and Research. Alexander JE, Stimpson KH, Kittle J, Spiegel D. *Int J Clin Exp Hypn.* 2021 Jan-Mar; 69 (1):72-82.
- 7) Empirical assessment of Spiegel's Hypnotic Induction Profile and eye-roll hypothesis. Sheehan DV, Latta WD, Regina EG, Smith GM. *Int J Clin Exp Hypn.* 1979 Apr; 27(2):103-10
- 8) Psychometric analysis of the Hypnotic Induction Profile. Spiegel H, Aronson M, Fleiss JL, Haber J. *Int J Clin Exp Hypn.* 1976 Jul;24(3):300-15
- 9) The hypnotic induction profile (HIP): a review of its development. Spiegel H. *Ann N Y Acad Sci.* 1977 Oct 7;296:129-42
- 10) A historical context for understanding "an eye roll test for hypnotizability" by herbert spiegel, m.d. Frischholz EJ, Nichols LE. *Am J Clin Hypn.* 2015;57(2):175-86.
- 11) Neurophysiology of hypnosis in chronic pain: A review of recent literature. Bicego A, Rousseaux F, Faymonville ME, Nyssen AS, Vanhaudenhuyse A. *Am J Clin Hypn.* 2022 Aug; 64(1): 62-80
- 12) Hypnosis and clinical pain. Patterson DR, Jensen MP. *Psychol Bull.* 2003 Jul;129(4): 495-521
- 13) Hypnosis and the Alleviation of Clinical Pain: A Comprehensive Meta-Analysis. Milling LS, Valentine KE, LoStimolo LM, Nett AM, McCarley HS. *Int J Clin Exp Hypn.* 2021 Jul-Sep; 69(3): 297-322
- 14) Hypnosis for Acute Procedural Pain: A Critical Review. Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, Johnson A, Fisher W, Kekecs Z, Elkins G. *Int J Clin Exp Hypn.* 2016;64 (1): 75-115. doi
- 15) The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. *Prog Brain Res.* 2005;150:251-69.

## Analisi della fase induttiva di una prima induzione

Settimo  
Catalano

Psicologo,  
Psicoterapeuta,  
Docente AMISI

### Premessa

Con questo secondo articolo cominceremo ad analizzare la verbalizzazione che trovate trascritta integralmente sul numero precedente della rivista. È una verbalizzazione particolare in quanto prima di un percorso di psicoterapia registrata nello studio di Silvia Giacosa, lei nel ruolo di psicoterapeuta, io di paziente. Era l'anno 2017 ed ero in un momento della mia vita segnato da grandi cambiamenti. Si è trattato per me di una vera e propria psicoterapia, motivata, però, anche dal desiderio di sperimentare questo particolare approccio che utilizza la *trance ipnotica*. Terminata la terapia, durata all'incirca sedici sedute, motivato dai benefici ottenuti a livello personale, meravigliato per l'efficacia del processo terapeutico, interessato professionalmente a studiare il metodo, ho riascoltato e trascritto le audio-registrazioni delle verbalizzazioni.

Nel trascrivere ero sempre più incuriosito dal modo speciale di articolare ad arte le parole, dove ogni piccola interruzione lasciava un sospeso e invogliava ad ascoltare il seguito. Quelle parole risuonavano come i versi di una poesia, capaci di portarmi oltre il significato, verso un senso nascosto e mi accompagnavano nella trance come il suono di un torrente di montagna accompagna il fluire dell'acqua. Le frasi di Silvia durante le induzioni mi erano parse piuttosto particolari, e mai mi avevano suscitato fastidio o mi avevano messo in una situazione di difesa, o mi erano apparse incongrue e fuori luogo; di contro le sue parole erano state sempre piacevoli, accettabili, semplici, e spesso mi sorprendevo positivamente.

Più leggevo le trascrizioni, più mi rendevo conto che Silvia aveva seguito un percorso esemplare di *rinforzo dell'io*, che, pur essendo su misura per me, poteva andare bene anche per molte altre persone; bastava tralasciare le frasi focalizzate sul mio obiettivo particolare, poche peraltro, e la verbalizzazione sembrava poter essere 'indossata bene' da tante altre persone per diversi obiettivi.

Nacque così l'idea della sperimentazione (di cui tratterò in altra sede), col fine di verificare se effettivamente anche solo l'ascolto di queste parole registrate potesse dare dei benefici, come ad esempio nel sentirsi meno ansiosi e più capaci di affrontare le difficoltà della vita.

I buoni risultati ottenuti con la sperimentazione mi hanno poi motivato a fare un lavoro di analisi che via via mi ha appassionato sempre di più. Così, nella mia tesi di specializzazione, alla parte sperimentale e ai casi clinici ho affiancato, dandole maggior importanza, questa analisi approfondita delle trascrizioni. In questo lavoro durato tre anni sono stato assistito dalla stessa dott.ssa Giacosa attraverso la revisione e la discussione dei miei appunti.

Come psicoterapeuta anziano che fa questa professione da ormai quarantacinque anni ho apprezzato fin da subito questo approccio che richiede allo psicoterapeuta di affinare sempre più l'abilità nel comunicare, anche sul piano dell'inconscio, utilizzando uno stato creativo di trance. Un approccio capace di accogliere il paziente nella sua totalità e di coinvolgerlo così pienamente nel processo terapeutico. Con l'insegnamento è nata l'idea di utilizzare questa tesi di specializzazione per trarne degli articoli didattici, in grado di dare agli psicoterapeuti in formazione degli strumenti concettuali utili per poter lavorare.

### Parte induttiva e passi induttivi

In questo articolo prenderò in considerazione la parte induttiva della verbalizzazione, ossia quella che aiuta il paziente a modificare la sua coscienza nel senso voluto. Lo scopo è quindi quello di analizzare quelle parole pronunciate ad arte capaci di accompagnare il paziente nel disattivare la parte razionale della mente legata alla percezione del mondo esterno e, nel contempo, nell'attivare sempre più la capacità di lasciarsi trasportare in quel mondo interiore che dà senso di fatto alla nostra stessa esistenza. Vedremo come e con quali parole la psicoterapeuta libera gradualmente la

**Settimo  
Catalano**

*Analisi della fase induttiva  
di una prima induzione*

mente del paziente dagli schemi della *mente razionale* e lo avvia ad entrare in *trance*.

Prima di cominciare qualche puntualizzazione sulla trascrizione.

***Versi, pause, ritmo e tono della voce***

Ho scelto di trascrivere la verbalizzazione andando a capo ad ogni *interruzione della voce* così da mettere in luce il ritmo delle frasi, pertanto la trascrizione appare scritta in versi come una poesia. Ogni verso è composto mediamente da poche parole, più raramente da una sola parola o da una serie di puntini (...) che stanno ad indicare una *pausa*.

Poiché la voce ad ogni *pausa* lascia un sospeso come in attesa di un prosieguo, per dare questo senso di continuità non ci sono punti al termine delle frasi, neanche dopo lunghe pause, se non il punto finale al termine della trascrizione.

Il *ritmo* della verbalizzazione da normale si fa leggermente più lento fin dalle prime battute, quel tanto che favorisce un ascolto e una dizione migliore, mentre si fa leggermente più spedito nella fase finale del risveglio ma rimane sempre naturale e non impostato.

Nell'ascoltare le audio-registrazioni (il tono della voce, le espressioni verbali e anche i rumori di fondo) tutto lascia pensare che non stia succedendo niente di particolare, ma anzi qualcosa di completamente naturale e spontaneo. Tuttavia le parole seguono vie più libere nella costruzione della frase, nei ritmi e nelle pause, senza la fretta di raggiungere un risultato e tali da rendere piacevole ogni passo del percorso.

Negli articoli a seguire ci occuperemo della parte terapeutica di questa prima verbalizzazione mentre ora approfondiremo la fase iniziale che conduce alla *trance* e che chiamiamo *parte induttiva*. A scopo didattico, divideremo questa parte induttiva in una serie di *passi induttivi*.

***1. Prendersi il ruolo di guida***

Durante il primo incontro, come abbiamo detto nell'articolo precedente, attraverso il colloquio, il paziente, con l'aiuto dello psicoterapeuta, ha avuto modo di esprimere il motivo della sua richiesta d'aiuto, di dare alcune informazioni anamnestiche e di concordare l'obiettivo che vorrebbe raggiungere con la psicoterapia.

Nel mio caso l'obiettivo concordato era quello di liberarmi di qualche kilo di troppo e soprattutto di qualche peso psicologico accumulato negli anni di ruoli di responsabilità in diversi contesti e raggiungere una condizione psicofisica di benessere che mi facesse sentire in forma sotto tutti i punti di vista. Parallelamente c'era l'obiettivo di approfondire l'approccio psicoterapeutico visto che nel frattempo stavo frequentando la scuola.

La psicoterapeuta, sapendo che avevo familiarità con l'ipnosi decise di utilizzare la *trance* fin dal primo incontro, cosa inusuale, e così dopo la prima mezz'ora mi disse di alzarmi dalla sedia e di distendermi sulla poltrona. A quel punto cominciai l'induzione dicendo:

***1. Mettiti completamente a tuo agio***

***2....(pausa lunga)***

*Analisi dei versi* (ad ogni gruppo di versi seguirà un'analisi dettagliata e un commento):

1. *Al paziente viene dato il compito di mettersi 'completamente a proprio agio', questo comando suona paradossale, perché presuppone che il paziente sappia creare una sensazione di agio a comando e sappia farlo 'completamente'. L'effetto della paradossalità e quello di attirare l'attenzione del paziente. L'effetto del comando e quello di sottolineare il ruolo di guida del terapeuta.*
2. *(...) La pausa aumenta l'effetto del comando-paradosso e l'attenzione del paziente viene attirata maggiormente.*

Commento

Con questa frase il terapeuta si prende il ruolo di guida.

Una guida che il paziente desidera, una guida per poter andare là dove lui chiede di andare, una guida di cui in effetti ha bisogno anche per poter modificare il suo stato di coscienza. Una guida a cui si può affidare con fiducia perché sa prendersi questo ruolo.

Se immaginiamo un percorso graduale fatto di piccoli passi che porta piacevolmente a quello

## Analisi della fase induttiva di una prima induzione

Settimo  
Catalano

stato di *trance naturale* che ogni cervello è capace di realizzare, potremo chiamare questo primo passo, pensando all'obiettivo delle parole usate dallo psicoterapeuta, *Prendersi il ruolo di guida*.

Sicuramente è il modo migliore per iniziare un'induzione perché chiarisce i ruoli ed è un invito ad affidarsi al terapeuta. Naturalmente il terapeuta deve essere pronto ad assumere questo ruolo, deve desiderare, e sentirsi in grado, di farlo.

*“Questo è un momento soddisfacente per il paziente, soprattutto se ha già avuto altre esperienze di psicoterapia dove è stato nella condizione di essere sempre lui a dover parlare. Questa volta finalmente il paziente può lasciar parlare l'altro”*, dice Silvia

Ovviamente questo primo passo può essere fatto con altre parole, ma l'obiettivo sotteso è quello di rassicurare il paziente sul fatto che avrà una guida sicura che lo accompagnerà lungo tutto il percorso.

### 2. Mettere il paziente a proprio agio

**3. e prendendo una posizione comoda**

**4. stiamo già dando un segnale alla tua mente**

**5. che ci conferma**

3. *È un chiaro invito a mettersi a proprio agio dando per certo che il paziente lo stia già facendo. Inoltre in questa frase è sottinteso il 'noi', questo stempera il comando iniziale e apre a un contesto di alleanza terapeutica.*
4. *“(Noi due) stiamo già dando un segnale alla tua mente”. Sorprende la dissociazione: noi due da una parte e la tua mente dall'altra. È vero poi che anche la mente può assumere una posizione comoda, ma meravaglia il passaggio veloce dall'agio fisico a quello mentale.*
5. *“Cosa ci conferma?”. Aumenta l'interesse del paziente.*

In questo secondo passo l'obiettivo è quello di far sentire comodo il paziente. In passato si dedicava molto tempo al rilassamento fisico, guidando l'attenzione del paziente alle vari parti del corpo e chiedendo un'osservazione passiva o un rilassamento attivo della parte osservata. Considerando però che lo stato di trance lo può ottenere in qualsiasi posizione, in effetti il rilassamento non sarebbe necessario. Quello che invece è necessario è non sentire il corpo come un ostacolo, e andare oltre a qualsiasi fastidio esso possa dare in quel momento, in modo da potersene dimenticare. Alcune volte però il corpo fa parte del problema psicologico da superare, in tal caso il rilassamento prenderà necessariamente più spazio.

“Il rilassamento può in effetti essere talvolta necessario, ma solo se posto come un elemento in qualche modo di terapia, per esempio nella preparazione al parto o, magari, in qualche tentativo di ovviare delle particolari situazioni di sofferenza o di alterata funzionalità somatica.” (Mosconi 2008)

Questo passo è l'anticipazione di un processo graduale di dissociazione che vede il corpo disteso piacevolmente da una parte e la mente libera dalle preoccupazioni dall'altra; il corpo con la mente razionale su un piano e la mente inconscia su un altro piano. La psicoterapeuta la genera questa dissociazione gradualmente. Silvia dice: *“Di fatto se io penso a come avviene l'ingresso nel sonno, se è un sonno naturale che non è prodotto da uno psicofarmaco, questo ingresso nel sonno avviene gradualmente...”*

Il paziente è libero di prendere la posizione del corpo che vuole perché quello di cui c'è bisogno è solo una posizione mentale.

### 3. Coinvolgere il paziente nella terapia

**6. che questo spazio di tempo è dedicato alla tua persona,**

**7. completamente mirato al tuo interesse;**

**8. ...**

6. *‘Spazio di tempo’ è un modo elegante, che attira l'attenzione, per dire ‘questa seduta’. Il termine ‘questo’ indica che il tempo passato in trance è particolare, non a caso la trance viene ratificata proprio da una alterata percezione del tempo che passa.*
7. *Il paziente viene rassicurato che tutto ciò che si farà, sarà nel suo interesse. Rinforzo dell'Io: il*

**Settimo  
Catalano**

*Analisi della fase induttiva  
di una prima induzione*

8. *paziente merita tutto l'interesse del suo terapeuta.  
La pausa lascia aperta la possibilità di un cambiamento.*

La terapeuta dichiara fin da subito che l'obiettivo del lavoro è l'interesse del paziente, e che ci si dedicherà esclusivamente ad esso. Paziente e terapeuta, anche se con ruoli diversi, sono chiamati a lavorare insieme in un clima emotivo positivo di alleanza terapeutica.

Queste frasi coinvolgono il paziente nella terapia e contemporaneamente spostano il focus sulla sua persona, distaccando l'attenzione da tutto il resto.

“Alla base delle diverse procedure, il denominatore comune che accompagna ancora oggi l'avvio verso la trance è l'obiettivo, più o meno riconosciuto e intenzionale, di restringere il campo della coscienza del soggetto e di far perdere il loro significato agli stimoli esterni, ad eccezione di quelli prodotti dall'ipnotista, che rimane così il solo e valido tramite con la realtà dalla quale l'ipnotizzato via via si allontana.” (Mosconi 2008)

**4. Attivare lo stato crepuscolare**

**9. e tu sai che**

**10. io ti suggerisco**

**11. di poter simulare con la mente**

**12. quella posizione che tu assumi**

**13. quando ti stai avviando verso il sonno**

**14. o stai per riemergere da un sonno,**

9. *Cattura l'attenzione con una sfida, poiché il paziente potrebbe chiedersi: “Come fa il terapeuta a sapere quello che so?”*
10. *Effettivamente è quello che succede, il terapeuta sta suggerendo.*
11. *È vero: il paziente può simulare con la mente.*
12. *Sì, il paziente per addormentarsi, dopo vari movimenti di assestamento, assume una certa posizione psicofisica.*
13. *Si può riportare alla mente il processo dell'addormentamento che è un andare verso il sonno con una certa gradualità.*
14. *Oppure, si può riportare alla mente il processo naturale del risveglio che, nella fase iniziale, è un riemergere graduale dal sonno.*

Una 'sfida' iniziale seguita da alcune frasi a cui non si può che acconsentire, che confermano il terapeuta e quanto sta avvenendo. Senza imposizioni il paziente rimane attratto alle parole del terapeuta.

Più l'attenzione si concentra interiormente, più gli elementi della realtà esterna vanno sullo sfondo: lo stato mentale diventa simile a quello dell'addormentamento (o del risveglio) che il paziente sperimenta ogni giorno e che quindi può essere richiamato facilmente alla memoria.

Uno stato naturale quindi, che non ha nulla di magico, ma che non è né veglia né sonno.

“Il punto importante è determinare il distacco dell'attenzione dell'ipnotizzando, rafforzare il suo stato di concentrazione, mettere in atto quell'insieme di circostanze abbastanza simili a quelle che ogni persona ricerca quando vuole spontaneamente avviarsi verso uno stato di sonno fisiologico, e che rappresentano materialmente l'intenzione di isolarsi dalla realtà esterna per calarsi in quella del sonno.” (Mosconi 2008)

**5. Attivare la consapevolezza del pensare crepuscolare**

**15. quel momento in cui i pensieri si fanno**

**16. semplici e lineari**

**17. e tu li riesci a seguire,**

**18. lasciandoli poi scivolare,**

**19. senza neppure preoccuparti di doverli ricordare;**

15. *“Come sa il terapeuta come si fanno i miei pensieri?”. Continua a suscitare interesse e a tenere concentrata l'attenzione del paziente sul processo.*
16. *Così succede prima di addormentarsi. Il terapeuta ‘semina’ i concetti di “semplice” e “lineare” applicabili ai pensieri ma anche alle parole dello stesso terapeuta.*



## Analisi della fase induttiva di una prima induzione

Settimo  
Catalano

17. È così: prima di addormentarsi si è comunque consapevoli di quello che passa per la mente. Inoltre, su un altro livello di comunicazione, si semina il concetto di **riuscire a seguire** il terapeuta.
18. È così: prima di addormentarsi quello che passa per la mente sfugge via. Si semina il concetto di **"lasciarsi scivolare"**, lasciarsi portar via da qualche forza, come succede quando si scivola dove il corpo va un po' da sé.
19. È così: prima di addormentarsi non ci si ricorda di quello che passa per la mente. Si semina il concetto di **non preoccuparsi di dover ricordare** quello che succede durante l'induzione.

La comunicazione del terapeuta entra nel dettaglio del processo di addormentamento perché analogo al processo di entrata in ipnosi. Il paziente accetta facilmente questi riferimenti familiari e accettando la descrizione di questo processo, tende a rievocarlo con la mente.

Ma c'è anche un secondo livello di comunicazione, che dice al paziente di prendere le parole del terapeuta con la massima semplicità e libertà, di seguirle e poi lasciarle scivolare via senza preoccuparsi di niente, neanche di doverle ricordare.

**20. e magari si presentano e si ripresentano**

**21. e tu ancora**

**22. rimani poco interessato**

**23. a doverli registrare;**

20. **'Magari'** copre anche altre possibilità. Il **Presentarsi e ripresentarsi** pone l'accento sul processo del movimento libero dei pensieri caratteristico dell'addormentamento. Questo richiamo ai processi è ricorrente in tutte le verbalizzazioni.
21. **'E tu ancora':** "Cosa fa ancora il paziente, e come fa il terapeuta a saperlo?". Incuriosisce
22. Sì, è vero, nell'addormentarsi si è sempre meno **interessati** ai propri pensieri.
23. Sì è vero, a maggior ragione, si è sempre meno interessati a sentirsi in **dovere di registrarli**.

Le affermazioni del terapeuta continuano a risultare vere, confermando sempre più il processo in corso e aprendo sempre più la disponibilità del paziente ad accogliere i suggerimenti del terapeuta. Su un secondo livello di comunicazione quello che si ripete è il ritrovarsi d'accordo con le affermazioni del terapeuta e la necessità sempre minore di dover utilizzare la razionalità per vagliare quello che dice, perché ora, più si va avanti, più ci si aspetta di continuare a trovare accettabili le sue affermazioni, ed è sempre meno necessario registrare e controllare quello che il terapeuta dice. L'attività cosciente della mente non è più necessaria per rassicurare il paziente, e la mente può aprirsi ad altre modalità di funzionamento, più creative e divergenti. L'analogia dello stato ipnotico col sonno si ferma comunque al dormiveglia, perché il sonno fisiologico interromperebbe il rapporto col terapeuta.

"...sappiamo che, semmai, è solo uno stato crepuscolare che caratterizza la possibilità di instaurare la trance ipnotica, e non solo non è necessario che il paziente entri nel sonno naturale, ma anzi questa evenienza vanificherebbe l'azione terapeutica. "(Mosconi 2008)

**24. ma tutto questo permette alla tua mente**

**25. di liberarsi**

**26. da tutte le scorie**

**27. che hai accumulato durante la veglia,**

**28. e rendere i pensieri così semplici**

**29. da poterli semplicemente osservare;**

24. Lo stacco col verso che segue, anche se breve, stimola la curiosità perché può nascere la domanda: "Cosa **permette alla mente**, il processo in corso?"
25. La mente si dà il permesso **di liberarsi**. "Sì, ma da che cosa?". Tiene viva la curiosità.
26. **Liberarsi dalle scorie!** La parola 'scorie' sorprende sembra fuori contesto perché richiama alle scorie radioattive, ma l'analogia indica l'urgenza di conoscerne la quantità che si accumula col tempo perché più è grande più è pericolosa per la salute.
27. Si tratta di un **'cumulo ammassato nello stato di veglia'** di preoccupazioni, aspettative

Settimo  
Catalano

*Analisi della fase induttiva  
di una prima induzione*

- deluse, imprevisti, ecc.*
28. *Lo stato si sta modificando e i pensieri tendono a staccarsi dalle preoccupazioni quotidiane, e comunque perdono quella carica emotiva che li rende pesanti.*
29. *Come succede nel processo dell'addormentamento ad un certo punto la mente **può semplicemente osservare** i pensieri, libera dalla necessità di doverli prendere in considerazione o di analizzarli.*

È data alla mente inconscia del paziente, in maniera indiretta, la suggestione di vuotare la mente da tutto ciò che fa male (*scorie*) e di osservare con semplicità i suoi stessi processi.

- 30. e con curiosità accorgerti che**  
**31. la tua mente è capace di pensare**  
**32. a tante cose differenti**  
**33. che apparentemente**  
**34. sembra non abbiano alcun legame l'una con l'altra;**

30-34. *Questa capacità di pensare in libertà, creativamente, senza nessi causali, ma per analogia, simpatia, similitudine e richiami di sapore emozionale è proprio il funzionamento mentale inconscio che si sta cercando di evocare, caratteristico dello stato ipnotico.*

Si dà al paziente, in maniera indiretta, la suggestione di essere capace di funzionare in maniera inconscia e anche di essere consapevole di questo processo.

In questo passo la psicoterapeuta rende consapevole al paziente il processo della mente quando entra nello stato crepuscolare e si avvia verso il sonno semplicemente descrivendolo cosa fa la mente con i contenuti mentali. Dapprima i pensieri si fanno semplici, lineari, si allineano uno dopo l'altro, la mente non si preoccupa di ricordarli, li lascia fluire liberamente, e anche se si dovessero ripetere non ha bisogno di registrarli, di analizzarli, li lascia scivolar via, e così le preoccupazioni del quotidiano lasciano il posto ad un semplice fluire di pensieri che possono essere semplicemente osservati con un certo distacco, senza coinvolgimento emotivo e la mente si libera dalle solite cose del giorno per aprirsi su un altro livello. A questo punto i contenuti mentali si liberano dai vincoli delle parole e cominciano a prendere la forma di immagini, sensazioni, stati d'animo, ricordi ecc. Ma tutto ciò può apparire come una perdita di controllo della mente razionale.

**6. Disattivare la mente razionale e attivare la mente inconscia**

- 35. ma decidere di**  
**36. lasciarli affiorare**  
**37. assume un significato così importante**  
**38. perché ti permette**  
**39. di modificare la tua coscienza**  
**40. in quel senso in cui noi sappiamo che tu la vuoi modificare:**  
**41. lasciando sempre più addormentare la mente razionale**  
**42. e attivare sempre più**  
**43. la fantasia e l'immaginazione;**
35. ***Decidere** è una funzione della mente conscia, dipende dalla volontà. Ci si può chiedere: "In questo momento di abbandono psicofisico, cosa dovrà mai decidere il paziente?"*
36. *Suggestione indiretta a **lasciar affiorare i pensieri**, così come vengono senza analizzare o criticare.*
37. *Sostiene la suggestione, **sottolineando l'importanza del processo del lasciar andare i pensieri.***
38. *Sostiene la suggestione, dando una motivazione: **perché ti permette.***
39. *Sostiene la suggestione, definendo la motivazione: **per modificare la coscienza.***
40. *Sostiene la suggestione, **dando il verso della modificazione, e cioè quella voluta dal paziente.** Questo rafforza l'alleanza terapeutica.*
41. *Ridefinisce la suggestione come **lasciar addormentare la mente razionale.** 'Sempre di più',*

## Analisi della fase induttiva di una prima induzione

Settimo  
Catalano

*è un modo per dar forza a qualsiasi incremento, anche se piccolo. Qui favorisce l'assopimento della parte razionale.*

42. *Mentre qui favorisce l'attivazione graduale della parte inconscia.*  
43. *Per attivare la parte inconscia è sufficiente dare **sempre più** spazio mentale **alla fantasia e all'immaginazione.***

Permettere ai propri pensieri di vagare in libertà ha un grande valore perché consente alla persona di uscire da stati mentali rigidi e fissi che fanno soffrire, modificare il proprio stato di coscienza e sperimentare il cambiamento terapeutico desiderato, grazie alla guida del terapeuta e alla creatività dell'inconscio. Il terapeuta guida il paziente passo passo suggerendo a quali processi interiori dare spazio.

“L'ipnosi moderna, che è particolarmente un genere di comunicazione, necessita egualmente di manovre induttive, ma esse, che sono finalizzate a modificare lo stato di coscienza, impiegano tutt'altri percorsi, completamente differenti da quelli antichi, con il fine di ottenere in modo indiretto, persuasivo e quasi spontaneo, la capacità di staccarsi dalla realtà... L'accompagnamento di una certa presenza logica via via si rarefa, e il tutto finisce per confondersi creativamente in una realtà virtuale nella quale vivere i suggerimenti dell'ipnotista.” (Mosconi 2008)

44. *un po' come quando*  
45. *ascolti la musica*  
46. *e ti lasci coinvolgere dall'armonia,*  
47. *e non hai più alcun bisogno di pensare*  
48. *quali siano gli strumenti che la vogliono formare*  
49. *perché quello che t'importa*  
50. *è proprio quell'armonia*  
51. *che ti permette un po' di sognare*  
52. *un po' di fantasticare,*  
53. *chissà magari immaginare di poter danzare*  
54. *o veder danzare,*

44. *'Un po' come quando' è una formula introduttiva di una metafora o analogia o di una comune esperienza che, conoscendo il background del paziente, ci si può aspettare lui abbia fatto. Stimola la curiosità.*  
45. *Definisce il tema dell'esperienza: ascoltare la musica.*  
46. *Definisce il tipo di esperienza emotiva: lasciarsi coinvolgere dall'armonia.*  
47. *Descrive il processo del lasciarsi cullare dall'armonia, nominando quegli aspetti che lo rendono analogo all'entrare in trance. Il primo aspetto è "non aver bisogno di pensare"*  
48. *Nomina un secondo aspetto il non analizzare e in questo caso specifico, quali strumenti formano la musica.*  
49. *Nomina un terzo aspetto, l'aderire a quello che importa in quel momento, che è anche a quello che suggerisce il terapeuta. Ma come fa il terapeuta a conoscere quello che importa al paziente?*  
50. *È vero: chi si sta rilassando ascoltando la musica si lascia trasportare dall'armonia. Ogni conferma rafforza il 'rapport' e l'alleanza terapeutica.*  
51. *suggerisce in maniera indiretta: permettiti di sognare*  
52. *Suggerisce in maniera indiretta: permettiti di fantasticare*  
53-54. *La prima parte del verso, 'chissà magari immaginare...', stimola la curiosità. La seconda parte può incontrare un paziente che non riesca in quel momento ad immaginare di danzare o di veder danzare. Se questo succede, quel 'chissà, magari...', essenziale in questo caso, non farà perdere credibilità al terapeuta.*

Descrive nei particolari l'esperienza comune dell'abbandonarsi alla musica lasciandosi cullare dall'armonia. Trattandosi della prima induzione, un certo tempo viene speso per educare il paziente allo stato ipnotico. Un modo è quello di richiamare alla mente un'esperienza comune di trance naturale, come, in questo caso, l'esperienza di ascoltare la musica facendosi lentamente portare dal

Settimo  
Catalano

*Analisi della fase induttiva  
di una prima induzione*

fluire dei suoni nel mondo dell'immaginazione e del sogno.

**7. Invitare ad entrare nel mondo interiore**

55. *o chissà che cosa d'altro ora tu puoi immaginare,*  
56. *che ti renda così piacevole*  
57. *poter entrare semplicemente*  
58. *in questa realtà virtuale*  
59. *che la tua mente ora organizza per te stesso/a;*  
60. *e tu ci puoi entrare*  
61. *partecipando attivamente*  
62. *a questo sogno,*  
63. *...*  
64. *assumendo il ruolo che maggiormente ti può interessare;*
55. Questa frase riapre le possibilità: se il paziente non fosse riuscito a immaginare di danzare può comunque trovare **qualsiasi altra cosa da immaginare**, non è quindi vincolato a quello che gli sta dicendo il terapeuta. Qualsiasi flessione nel rapport abbiano causato i versi precedenti, nel caso il paziente non fosse riuscito ad immaginare di danzare, è qui pienamente recuperata.
56. Si suggerisce che il processo in corso, e cioè quello dell'entrare in trance, è **un processo piacevole**. Bisogna però dire che affinché questo sia vero è fondamentale che il paziente sia stato preparato adeguatamente all'esperienza della trance e rassicurato con un contratto terapeutico che autorizzi pienamente l'utilizzo di questo strumento.
57. Si suggerisce anche che questo processo **sarà semplice**.
58. Viene preferita alla parola **trance**, che può avere le associazioni più varie, l'espressione '**realtà virtuale**', più attuale e comprensibile perché indica il processo interiore al quale si vuole arrivare.
59. Si suggerisce la dissociazione: **da una parte la mente che organizza** una realtà virtuale, **dall'altra la persona** a cui è destinata questa organizzazione.
60. Continuando a favorire la dissociazione si suggerisce in maniera paradossale alla persona che **può entrare** in questo stato modificato della coscienza. Il paradosso riguarda la mente razionale, perché per fare bene quello che il terapeuta chiede non dovrebbe far niente. Lo stesso paradosso che rende vani gli sforzi di chi cerca di addormentarsi impegnandosi nel compito.
- 61-62. Continua a suggerire la dissociazione. Da una parte la mente conscia che può decidere di entrare in questo mondo virtuale non facendo niente, dall'altra la mente inconscia che organizza una realtà virtuale nella quale il soggetto può entrare attivamente, alla stessa maniera in cui si può essere attivi **in un sogno**
63. (...) Si lascia il tempo per approfondire lo stato dissociativo
64. Altra frase paradossale per cui nel sogno creato dalla mente inconscia, la persona assumerà il ruolo maggiormente interessante per lei. La paradosalità della frase spiazza la mente conscia e favorisce un ulteriore approfondimento dello stato.

A questo punto dell'induzione il discorso si fa sottilmente paradossale, e sarebbe proprio difficile per la mente razionale orientarsi. La tendenza naturale è quella di lasciar scorrere le parole. Questo stimola la mente inconscia ad aprirsi, e prepara il soggetto a partecipare attivamente alla propria realtà interiore, esattamente come succede quando si sogna. Si crea quindi una certa dissociazione fra chi è dormiente e chi partecipa attivamente al processo; fra chi dorme e chi sogna.

**8. Confermare lo stato di trance**

65. *e intanto il tuo corpo si distende*  
66. *abbandona ogni tensione*  
67. *e invoglia così la mente*  
68. *ad abbandonare ogni preoccupazione,*  
69. *tutto diventa così semplice,*  
70. *così lineare, così facile...*

## Analisi della fase induttiva di una prima induzione

Settimo  
Catalano

65. *'E intanto...'* dà il senso di un processo che continua anche al di là della consapevolezza, come il processo della respirazione. Il **'tuo corpo si distende'** è confermato dai fatti: il corpo è già **disteso** fisicamente dall'inizio dell'induzione, ma l'implicazione è che **la distensione** continui incrementandosi nel tempo e che riguardi anche la mente.
66. La suggestione riguarda il corpo, ed è accettata facilmente perché segue la frase precedente che è vera.  
Su un secondo livello suona come suggestione diretta: **'Abbandona ogni tensione!'**
67. L'espressione **'Il corpo invoglia la mente'**, suggerisce indirettamente ad attuare una buona comunicazione fra corpo e mente.  
Su un altro livello suona come suggestione diretta: **"Invoglia così la mente!"**
68. Il corpo continua a parlare alla mente invogliata ad ascoltare e le chiede di **abbandonare ogni preoccupazione**.  
Su un secondo livello suona come suggestione diretta: **"Abbandonare ogni preoccupazione!"**
69. Suggestione indiretta che contiene un comando pienamente accettabile: **"diventa semplice!"**  
Inoltre **'tutto'** implica corpo e mente uniti, e anticipa il discorso terapeutico che seguirà.
70. Suggestione indiretta per: sii **lineare!** sii **semplice**. **"Così"** amplifica i concetti in modo che riverberino come un'eco nell'inconscio.

Senza aver proposto al paziente alcun tipo di rilassamento muscolare iniziale, perché non necessario per l'induzione, il terapeuta nomina il corpo dopo diversi minuti, e solo per renderlo il soggetto che invoglia la mente a liberarsi dalle preoccupazioni **confermando indirettamente lo stato di trance**. L'arte è quella di evitare il più possibile di rivolgersi direttamente al paziente per dirgli cosa fare, perché questo attiverebbe lo stato di vigilanza. E il terapeuta riesce a evitare questo, cambiando continuamente l'agente, che ora è il corpo, ora è la mente, ora è il tutto, eccetera. Così, non sollecitando l'io cosciente, le suggestioni del terapeuta arrivano alla mente inconscia senza interferenze. Il terapeuta anticipa poi l'argomento suggestivo della totalità della persona: la mente e il corpo come un tutto unico, tema che farà parte del primo momento terapeutico di questa prima induzione e oggetto del prossimo articolo.

Premessa	1
Parte induttiva e passi induttivi	1
Versi, pause, ritmo e audio-registrazioni	2
1. Il primo passo. Prendersi il ruolo di guida	3
2. Mettere il paziente a proprio agio	3
3. Coinvolgere il paziente nella terapia	4
4. Attivare lo stato crepuscolare	4
5. Attivare la consapevolezza del pensare crepuscolare	5
6. Disattivare la mente razionale e attivare la mente inconscia	7
7. Invitare ad entrare nel mondo interiore	8
8. Confermare lo stato di trance	9

In questo stato di trance il paziente arriverà gradualmente a perdere il senso della separazione fra dentro e fuori cosicché la voce del terapeuta verrà incorporata nel suo mondo inconscio. Questo stato di trance sarà poi utilizzato per ricevere la parte terapeutica. Si genererà così una consapevolezza speciale di tipo quella che si può avere durante il sogno e il paziente, guidato dalle parole dello psicoterapeuta, scoprirà di essere molto più di quello che pensa di essere.

Incontro dopo incontro, accompagnato dal terapeuta che crede in lui, si riapproprierà gradualmente di quel patrimonio di apprendimenti accumulato in una vita di esperienze di ogni genere, e si sentirà sempre più capace di poter utilizzare questo patrimonio di risorse, che già possiede, per procedere verso quello che desidera raggiungere.

**a cura di:**  
**I. Lanzini**

**L'esperienza dell'ipnosi**  
**Approcci terapeutici agli stati alterati**

Questo libro, pubblicato per la prima volta nel 1981, è il terzo di tre opere di Erickson e Rossi, che così lo descrivono: “Continua in questo volume l’approccio aperto nelle nostre precedenti opere *Tecniche di suggestione ipnotica* (Astrolabio, Roma, 1979) e *Ipnoterapia: una ricerca clinica* (Astrolabio, Roma, 1982) nelle quali è esposto l’addestramento all’ipnosi clinica impartito dall’autore più anziano, Milton H. Erickson, al più giovane Ernest L. Rossi. Nel loro complesso questi tre volumi presentano un approfondito quadro di ciò che è l’ipnosi, e dei modi in cui è possibile creare un creativo processo di ipnoterapia”. (op. cit. pag. 7)

Vediamo innanzi tutto come gli autori spiegano il concetto di stato alterato di coscienza:

E. : “E’ una mancanza di reazione a stimoli esterni irrilevanti.”

R: “E’ questo lo stato alterato di coscienza che costituisce la trance: profonda concentrazione su pochi punti focali di esperienza interna con l’esclusione degli stimoli esterni”.

E. : “E per poterla impiegare a scopi terapeutici deve essere mantenuta”. (op. cit. pag. 211)

Erickson e Rossi discutono delle difficoltà che si possono incontrare nell’apprendimento delle tecniche ipnotiche, e quest’ultimo si rivolge al vecchio di Phoenix: “Nei seminari della American Society of Clinical Hipnosis dici sempre agli studenti alle prime armi che l’ipnosi è molto facile. E’ molto facile da imparare finché si rimane a taluni approcci meccanici all’induzione ipnotica, ma imparare a riconoscere e capire le peculiari manifestazioni di trance in ciascun individuo richiede molta pazienza e sforzi”. (op. cit. pag. 270)

Parlando degli scritti precedenti di Erickson, pubblicati tra il 1939 e il 1948, gli autori spiegano che: “Il pericolo più grande della lettura di questi primi scritti di Erickson è che essi fanno sembrare il lavoro alquanto scorrevole e facile, cosicché il lettore si sente uno stupido e prova frustrazione se non riesce a riprodurre immediatamente e con successo le tecniche. In questi primi scritti, però, non si parla dei molti anni di paziente studio e sforzi compiuti da Erickson poco prima e dopo dei vent’anni, per imparare a potenziare le proprie percezioni psicologiche, sensoriali e cenestesiche. I suoi sforzi erano motivati da ragioni del tutto personali, poiché egli cercava di imparare da solo a rimettersi dagli invalidanti effetti della poliomielite - malgrado i medici avessero valutata senza speranze la sua condizione (Si veda ‘Esperienze autoipnotiche di Milton H. Erickson’, Erickson & Rossi, 1977, riprodotto nel vol. I delle *Opere*).

In queste prime presentazioni di casi di solito Erickson non parlava delle molte ore di diligenti sforzi dedicate a studiare e valutare il problema di un paziente prima di procedere con quella che sembrava una guarigione rapida e brillante. Spesso Erickson vedeva il paziente per una o due sedute, e poi gli chiedeva di tornare dopo alcune settimane. Quel periodo di tempo, lo utilizzava per ponderare ciò che sapeva della persona e in che modo avrebbe potuto utilizzare efficacemente queste conoscenze per facilitare una guarigione che apparentemente era spettacolare e sorprendente, ma in realtà era basata su molte ore di pianificazione attenta e spesso tediosa”. (op. cit. pag. 201-202)

Rossi parla della sua difficoltà nel comprendere la comunicazione ipnotica e delle difficoltà che ha incontrato all’inizio, data la sua formazione psicodinamica, e dice: “Per me è difficile cambiare marcia rispetto alla formazione psicoanalitica, nella quale ho imparato solo a ricevere messaggi, e passare al tuo approccio in cui si comunica attivamente con gli altri a livello indiretto. ... Quando aiuti il paziente a ristrutturare il contenuto della sua coscienza, tu operi sempre a livello indiretto. Di solito il terapeuta convenzionale affronta solo il contenuto della coscienza, piuttosto che i procedimenti atti a ristrutturare questi contenuti. Chiede e risponde alle domande in modo del tutto diretto, a livello obiettivo, invece di passare al metalivello, per rendere maggiormente disponibile al paziente il potenziale che ha in sé. L’efficacia di questo approccio dipende moltissimo dalla tua sottigliezza. Non funzionerebbe se il paziente sapesse cosa stai facendo. Nei miei primi tentativi d’impiegare questo approccio, ci sono andato piuttosto male, perché non mi veniva spontaneo. Il paziente si accorgeva immediatamente che non stavo rispondendo alle sue domande. Capiva che, per una ragione o per l’altra, stavo proponendo indovinelli, parlando per metafore, ecc., ma invece di ristrutturare il contenuto della sua coscienza, non facevo che ottenere il contrario: il paziente diventava prevenuto (qualcuno anche allarmato), chiedendosi che cosa stava succedendo”. (op. cit. pag. 123)

Ancora, Rossi spiega che: “... l’ipnoterapia comporta qualcosa di più del semplice discorso a un solo, obiettivo livello. Il messaggio immediatamente apparente, manifesto, è simile alla punta di un iceberg. Il destinatario della comunicazione indiretta di solito non è consapevole di quanto i suoi

a cura di:  
**I. Lanzini**

processi associativi siano stati automaticamente fatti scattare in molteplici direzioni. La suggestione ipnotica così recepita si traduce nell'evocazione e utilizzazione automatiche della gamma di potenzialità di reazione propria e peculiare al paziente, permettendo così di raggiungere alcuni obiettivi terapeutici che altrimenti non sarebbero stati ottenibili. (op. cit. pag. 7)

Erickson, parlando della sua relazione con i pazienti, spiega come lui ama pensare a loro mentre sono con lui nello studio: "A me piace considerare che i miei pazienti abbiano una mente conscia e una mente inconscia, o subconscia. Io considero che entrambe siano insieme nella stessa persona, e considero che entrambe siano lì nel mio studio. *Quando parlo a una persona a livello conscio, considero che essa mi stia ascoltando a livello inconscio, oltre che conscio.* Pertanto non mi interessa molto la profondità di trance alla quale si trova il paziente, perché secondo me si può fare psicoterapia in modo esteso e profondo sia nella trance leggera che nella più profonda trance media. Per garantire un esito terapeutico, basta sapere come parlare al paziente". (op. cit. pag. 10-11)

Erickson non ama gli approcci impositivi, che considera un impoverimento delle possibilità di miglioramento del paziente: "... non mi piace quando si dice al paziente 'Voglio che ti senta stanco, che tu abbia sonno, più stanco, più sonno'. Questo è un tentativo di imporre i vostri desideri al paziente. E' un tentativo di dominare il paziente. E' molto meglio suggerirgli che *può* sentirsi stanco, che può avere sonno, che può entrare in trance. Perché si tratta sempre di offrirgli la possibilità di reagire a un'idea". (op. cit. pag. 11-12)

E infatti spiega ancora: "Io non dico mai a un paziente che deve andare in trance profonda, o in trance media, e neppure in trance leggera. Inoltre suggerisco sempre di non dirmi nulla di più di ciò che vuole davvero dirmi. Dico sempre al mio paziente che può *tenere per sé tutto ciò che vuole*, e di assicurarsi di tenere per sé tutto ciò che vuole ... Dire a un paziente: 'ora mi dica *tutto*', significa fare una richiesta alquanto minacciosa, persino pericolosa. Dovete invece volere che il paziente sia disposto a dirvi questo, sia disposto a dirvi quello, cosicché, via via che cominciano a dirvi questo e quello, cominciano anche ad avere una certa sensazione di fiducia". (op. cit. pag. 12)

Infine sottolinea che nel suo approccio al paziente: "Di solito, preliminarmente spiego sempre che rimarranno consapevoli. Ma faccio loro notare che il fatto che possano sentire l'orologio a muro, che possano vedere gli scaffali nella mia stanza, che sentano qualsiasi suono estraneo, non ha molta importanza. Il punto essenziale è che prestino attenzione non necessariamente a me, ma ai loro propri pensieri - specialmente i pensieri che balenano loro in mente, e al modo e alla sequenza in cui questi pensieri attraversano la mente. [La suggestione ipnotica utilizza sempre tali modi naturali di funzionamento: non impone mai nulla di estraneo al paziente]". (op. cit. pag. 13)

Rossi commenta l'approccio all'*apprendimento esperienziale dei fenomeni ipnotici* di Erickson, e dice: "Tu non cerchi di programmare direttamente i fenomeni ipnotici; disponi semplicemente le circostanze in modo che il paziente impari attraverso le proprie esperienze". (op. cit. pag. 242)

Erickson e Rossi parlano anche degli schemi di riferimento dei pazienti e di come utilizzarli in terapia:

E. : "Quando fai psicoterapia, ascolti quello che ti dice il paziente, usi le sue stesse parole, e puoi capirle queste parole. Puoi anche appiccicarci i tuoi significati, ma la vera questione è sapere qual è il significato che a queste parole attribuisce il paziente. E tu non puoi saperlo perché non conosci gli schemi di riferimento del paziente.

Un ragazzo dice: 'bella giornata oggi'. Il suo quadro di riferimento è una gita con la sua bella. Un agricoltore dice 'bella giornata oggi'. Il suo quadro di riferimento è che è una giornata buona per falciare il fieno. Il quadro di riferimento del ragazzo è il suo piacere soggettivo, quello del contadino il lavoro che può fare in una concreta realtà".

R. : "Hanno impiegato parole identiche con un significato del tutto diverso, con quadri di riferimento del tutto diversi".

E. : "Significati del tutto diversi, e tuttavia, conoscendo i quadri di riferimento, potevi capirli".

R. : "Dunque più che con le effettive parole, il terapeuta lavora sempre su un quadro di riferimento. In ipnoterapia, quando parli a un paziente, in realtà ti rivolgi al suo quadro di riferimento."

E. : "E' con quadri di riferimento che hai a che fare".

R. : "Le tue parole cambiano il quadro di riferimento?"

E. : "Impieghi le sue stesse parole per alterare il modo in cui il paziente accede ai suoi svariati quadri di riferimento".

R. : "La risposta terapeutica è questa: avere accesso a un nuovo quadro di riferimento".

E. : "Sì, raggiungere un nuovo quadro di riferimento". (op. cit. pag. 276-277)

**a cura di:  
I. Lanzini**

Gli autori commentano una procedura usata da Erickson per facilitare in una paziente la reattività ipnotica:

R. : “ ... la sfida paradossale a fermare un comportamento ipnotico che è sul punto d’aver luogo in realtà è un mezzo per facilitarlo e potenziarlo”.

E. : “Sì, puoi anche dire al paziente ‘Cerca in tutti i modi di star sveglio’.

R. : “Con ciò stesso metti in moto il processo d’addormentarsi”.

E. : “Sì, e lei lo sa, che ha cercato di rimanere sveglia! E’ stato difficile, rimanere sveglia. Pertanto, per implicazione, è facile abbandonarsi al sonno o alla trance”. (op. cit. pag. 183-184)

Rossi, parlando con Erickson spiega come lui concepisce la resistenza del paziente: “Secondo me la cosiddetta resistenza è un meccanismo innato, naturale, attraverso il quale la mente conscia si protegge continuamente dall’essere sopraffatta dall’inconscio. E’ questa barriera naturale che i tuoi approcci indiretti sono intesi a superare”. (op. cit. pag. 236)

Erickson e Rossi discutono della resistenza del paziente e dei truismi che Erickson inserisce nell’eloquio per abbassarla:

E. : “Io non so quanta resistenza ha una persona, ma posso sempre parlare come se ne avesse molta. Aggiungere poche parole superflue non altera il significato di quello che dico. Sono troppo poche per curarsene”.

R. : “E’ questa un’altra tecnica per spostare e disattivare la resistenza: aggiungere semplicemente delle parole superflue? Applichi un truisimo superfluo a una forte suggestione diretta, e questo distrae l’attenzione e tende a scaricare la resistenza”.

E. : “Sì, e fa sì che il soggetto sia d’accordo con te. Le tue tecniche, le devi formulare in modo tale che ci siano delle uscite di sicurezza per tutte le resistenze - d’indole intellettuale, emotiva, situazionale”. (op. cit. pag. 243)

Erickson spiega che l’ipnosi può essere usata per dividere le componenti di un problema del paziente, con lo scopo di permettergli di gestirle meglio: “L’ipnosi può anche permettervi di scindere i problemi dei vostri pazienti ... Una volta ho dato dimostrazione di questo fenomeno facendo recuperare a uno dei miei soggetti tutto il divertimento dato da una barzelletta, senza sapere qual era la barzelletta. Eppure il soggetto rise e rise nel modo più divertito a quella barzelletta, chiedendosi contemporaneamente qual era! Successivamente lasciai che il soggetto ricordasse effettivamente la barzelletta. In altre parole si possono scindere a favore del paziente gli aspetti intellettuali di un problema e lasciare da affrontare solo gli aspetti emotivi ... Oppure si può andare a zig-zag – vale a dire recuperare una piccola parte del contenuto intellettuale dell’esperienza traumatica del passato, poi una piccola parte del contenuto emotivo - e questi aspetti diversi non devono necessariamente essere connessi”. (op. cit. pag. 15)

Rossi parla della coscienza e della scarsa conoscenza che ha di sé stessa, dato che tende a concentrarsi verso l’esterno: “Che la coscienza, essenza del sapere, non conosca sé stessa molto bene è una verità bizzarra e tuttavia innegabile. Nel proprio corso l’evoluzione ha privilegiato lo sviluppo della coscienza focalizzata all’esterno, mentre poco sviluppata è la capacità di rivolgersi all’interno e considerare sé stessa - l’esame di sé (Rossi, 1972 a e b). La più peculiare lacuna della coscienza è la sua incapacità a rendersi conto dei propri limiti e stati alterati nel momento in cui li esperisce; la coscienza ci appare impegnata a mantenere una concezione fissa, stabile di sé stessa. In che misura limitata la coscienza si rende conto di stare sognando piuttosto che di essere in stato di veglia; di essere influenzata, secondo modalità che non comprende appieno, dal proprio passato e dalle attuali, mutevoli, esperienze e motivazioni? ... Così nel corso di una normale giornata la persona media non si rende conto delle molteplici minime alterazioni che hanno costantemente luogo in seno alla sua coscienza”. (op. cit. pag. 285)

Erickson parla dell’opportunità di usare, nella relazione terapeutica con il paziente, qualunque cosa che questi porti, e dice: “*Tutto ciò che il paziente vi presenta in studio va impiegato*. Se vi impedisce di ipnotizzarlo sbadigliando, o ridacchiando, o dimenandosi nella sedia o facendo qualsiasi altra cosa, *ebbene utilizzatela!*”. (op. cit. pag. 26)

E ancora, parla dell’opportunità di sfruttare l’orientamento spaziale del paziente per favorire quello psicologico: “... qualsiasi cosa possiate fare per alterare l’orientamento spaziale del paziente nello studio gli è di enorme aiuto per comunicare con voi ed esaminare i suoi problemi. [Il riorientamento fisico e spaziale di un paziente spesso contribuisce a riorientarlo psicologicamente. La sedia nella vecchia posizione rappresenta i vecchi schemi di pensiero e di comportamento del paziente. Lo spostare la sedia in una nuova posizione rappresenta la disponibilità del paziente a guardare sé stesso in modo nuovo, e gli dà, in senso letterale e psicologico, un nuovo modo di vedere



le cose]”. (op. cit. pag. 18)

Vediamo ora come gli autori spiegano cosa sia effettivamente lo stato di trance: “La trance può essere molto generalmente definita come uno stato o periodo di intenso assorbimento interno. Il concetto di profondità di trance è molto relativo. A Erickson piace sempre dire che una trance può essere sia profonda che leggera nello stesso tempo. Può essere profonda nel senso che la persona è talmente assorbita da non notare gli stimoli non pertinenti, quali il traffico fuori, o un oggetto metallico che cade a poche decine di centimetri di distanza. La trance è leggera nel senso che sono facilmente recepiti stimoli importanti e pertinenti quali la voce del terapeuta.

Vi sono tuttavia dei soggetti che hanno particolari esigenze riguardo alla natura della trance che desiderano provare. Sono contrari all’esperienza della trance che considerano una specie di sonno o di distoglimento dalla realtà esterna. Non gli piace chiudere gli occhi o affidarsi a risposte automatiche quali la levitazione della mano. Molti soggetti d’oggi vogliono sapere continuamente cosa sta succedendo. In tali casi Erickson ratifica la trance per mezzo di attente domande che acquiscono la consapevolezza del soggetto a qualsiasi minima alterazione dell’abituale modo di esperire le cose, proprio della vita di tutti i giorni. ...

Erickson accetta qualsiasi schema inusuale di esperienza soggettiva o di reattività come indicazione come minimo dei primi stadi di apprendimento dell’esperienza di trance.

... innanzi tutto terapeuta e paziente devono imparare a riconoscere le minime indicazioni di stato alterato attraverso le quali può essere facilitato il processo”. (op. cit. pag. 204-205)

Durante la conferenza tenuta da Erickson ad un gruppo di colleghi (op cit. cap. 1) gli viene fatta una domanda sulla durata della suggestione postipnotica:

d. : “Quanto dura, in media, una suggestione postipnotica?”

r. : “dipende dalla suggestione postipnotica”.

A questo punto Erickson descrive il caso di una donna, Harriet, con cui aveva fatto un lavoro sperimentale agli inizi degli anni Trenta, e dice: “Quando per Harriet venne il momento di partire per un’altra parte degli Stati Uniti, le chiesi se potevamo fare una ricerca su quest’argomento della persistenza della suggestione postipnotica ... le spiegai che non sapevo quando ci saremmo rivisti: ‘Potrebbe essere l’anno prossimo, potrebbe essere tra cinque anni, oppure dieci, quindici, venti o venticinque. Ma questa è la suggestione postipnotica che vorrei darti. Quando ci rincontreremo, se la situazione e le circostanze sono adatte, dopo avermi salutato, dovrai cadere in un profondo sonno ipnotico”.

Erickson racconta che quindici anni dopo, incontrò per caso Harriet in un ristorante. I due non si erano più rivisti dal giorno in cui lui le aveva dato il comando postipnotico; dice anche che: “La situazione e le circostanze erano adatte ... Harriet entrò in trance ... Chiaramente la suggestione ipnotica era durata quindici anni! E io sono certo che se la incontro di nuovo, dopo un bel po’ che non la vedo, e se la situazione è adatta, lei entrerà in trance”. (op. cit. pag. 33-34)

Viene anche chiesto a Erickson come possa essere spiegata l’induzione di trance, e lui risponde: “Ho spesso constatato che quando ascoltano una conferenza sull’ipnosi, molte persone entrano in trance per ascoltare meglio, sentire meglio, capire meglio ... Quando per esempio ascoltate della musica alla radio, se volete seguire meglio gli strumenti non guardate una luce vivida, né sfogliate un libro. Chiudete invece gli occhi, volgete inconsciamente l’attenzione verso la musica, ed escludete attentamente gli stimoli visivi. Se avete in mano un bicchiere ghiacciato, lo posate, in modo che la sensazione di freddo non vi distolga dalla musica. Non siete necessariamente consapevoli di compiere questi atti, perché sono stati diretti dalla vostra mente inconscia. Lei conosce il modo migliore per farvi ascoltare la musica. Allo stesso modo durante una conferenza sull’ipnosi, le persone escludono la propria mente conscia in modo da poter ascoltare meglio con la mente inconscia”. (op. cit. pag. 34-35)

Rossi dice che: “ ... qui stiamo toccando il problema fondamentale della coscienza moderna: come può la coscienza osservare e mantenere un certo controllo, e tuttavia contemporaneamente lasciare spazio perché prendano il sopravvento i processi creativi autonomi - l’inconscio - quando essa si è resa conto di essere arrivata ai propri limiti? Come può la coscienza partecipare, e in qualche misura dirigere questi processi creativi, che di solito sono autonomi e inconsci? Dopo secoli in cui ha lottato per sviluppare le funzioni razionali dell’emisfero sinistro e rifiutare i processi irrazionali dell’emisfero destro, l’uomo si trova impoverito. Nella nostra attuale ricerca di liberazione dalla razionalità (attraverso le droghe psichedeliche, le religioni orientali, lo yoga, il misticismo, ecc.) stiamo disperatamente cercando il modo di raggiungere quelle potenzialità interne che talvolta sono fatte emergere dai riti, dal culto, dalle pratiche confessionali e dalle guarigioni miracolose.

a cura di:  
**I. Lanzini**

**a cura di:**  
**I. Lanzini**

Un tentativo attuale e interessante per capire e integrare le funzioni razionali e irrazionali è l'approccio olografico di Pribram (1971, 1978) e di Bohm (1977 in Weber, 1978). (Si veda anche Jung, *Opere complete*, voll VI e VIII), in particolare 'La funzione trascendente'). Da questo nuovo punto di vista l'ipnosi può dar modo di ottenere un accesso esperienziale all'inconscio e all'irrazionale, nonché la possibilità di integrarlo alla coscienza."

E ancora spiega che: "La moderna mente scientifica non crede proprio nell'inconscio e nella possibilità di dissociazione perché è talmente prigioniera della propria convinzione della propria unicità, e del predominio dell'Io e della coscienza. La mente moderna ha una convinzione pericolosa; non crede di potere essere divisa, dissociata. E tuttavia questo è quanto succede alle coscienze moderne quando l'individuo è preso in movimenti di massa e sistemi di credenze che lo alienano dalla propria natura fondamentale e dal proprio retroterra personale. Secondo Jung (*Opere complete*, voll. VIII, IX, XVIII) questo è il fondamento della psicopatologia, sia negli individui, sia nei movimenti di massa, sia in tutti quegli *ismi* che sono causa di conflitti e guerre". (op. cit. pag. 248-249)

A questo primo articolo, data la ricchezza del materiale, ne seguiranno altri tre, nei quali verranno illustrati in maniera più approfondita altri aspetti della psicoterapia ericksoniana e della sua peculiare relazione con il paziente

*Vittorio Serpieri*

# avviso per gli associati

Questo è l'avviso per  
gli Associati che  
desiderano versare  
la quota associativa  
per il 2023.

Qui allegato un  
modello da poter  
utilizzare per il  
versamento.

La quota associativa  
per il 2023 è di:

**Euro 100,00**

Quota Associativa annuale  
con diritti già noti

In caso di bonifico  
bancario il codice  
IBAN è:

**IT62 X033 5901 6001  
0000 0116 815**

**BANCA INTESA  
SAN PAOLO**

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Versamento

BancoPosta

€ sul C/C n. 44247203 di Euro

IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA PER LO  
STUDIO DELL'IPNOSI A.M.I.S.I

CAUSALE  
QUOTA ASSOCIATIVA 2023

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITÀ

**AVVERTENZE**  
Il Bollettino deve essere compilato in ogni sua parte (con  
numero o blu) e non deve recare abrasioni, correzioni o  
cancellature.  
La causale è obbligatoria per i versamenti a favore delle  
Pubbliche Amministrazioni. Le informazioni richieste vanno  
riportate in modo identico in ciascuna delle parti di cui si  
compongono il bollettino.

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito

BancoPosta

€ sul C/C n. 44247203 di Euro

TD 451 IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA PER LO  
STUDIO DELL'IPNOSI A.M.I.S.I

CAUSALE  
QUOTA ASSOCIATIVA 2023

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

C.A.P.

LOCALITÀ

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE  
codice banco posta

**IMPORTANTE NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE**  
numero conto tipo documento

44247203 < 451 >

# XVIII CONGRESSO A.M.I.S.I. 2023

## PSICOTERAPIA IPNOTICA: ESPERIENZA E APPRENDIMENTO

Università degli Studi di Milano BICOCCA  
26, 27 e 28 maggio 2023

Caro Associato,

abbiamo il piacere di informarti che il **XVIII Congresso Nazionale di Psicoterapia Ipnotica** si terrà nei giorni 26, 27 e 28 maggio 2023 presso l'Università degli Studi di Milano BICOCCA. Il Congresso è organizzato da AMISI, Associazione Medica Italiana per lo Studio della Ipnosi e SEPI, Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica.

Un congresso speciale perché purtroppo forzatamente rimandato per le cause a tutti note e che vuole commemorare il centenario della nascita del Fondatore Prof. Giampiero Mosconi.

Il titolo del Congresso "Psicoterapia Ipnotica: esperienza ed apprendimento" apre la possibilità a coloro che lo desiderano di partecipare con lavori e comunicazioni inerenti le tematiche proposte.

La **presentazione dei lavori** per partecipare sarà possibile fino al **30 aprile 2023** alla mail **congressoamisi2023@gmail.com**.

### PREMIO GIAMPIERO MOSCONI

Nel centenario della nascita del suo fondatore, la Associazione Medica Italiana per lo Studio della Ipnosi – AMISI – e la Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica – SEPI – istituiscono un Premio dedicato alla memoria di Giampiero Mosconi, per un lavoro scientifico di carattere clinico da autore laureato in medicina e chirurgia e/o in psicologia.

Il lavoro deve essere attinente all'area clinica della Psicoterapia Ipnotica all'interno di un profilo neo-ericksonianesimo di tale attività. Deve inoltre essere originale e inedito e l'autore (o gli autori) di età non superiore ai 36 anni.

Il lavoro nel complesso deve occupare non più di 25mila caratteri, spazi compresi, ed essere prodotto su carta e in formato elettronico editabile.

Il Premio consiste in una quantità d'oro pari alla somma di **1.500,00** euro e il lavoro verrà pubblicato sulla Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, organo ufficiale della AMISI.

La Commissione valutatrice è formata dal Presidente della AMISI, dai Vice Presidenti, dal Presidente del Comitato Scientifico e da un docente della SEPI.

L'autore deve provvedere a far pervenire alla Segreteria dell'Associazione, entro il **30 aprile 2023**, quattro copie del lavoro su carta, ogni copia contraddistinta solo da un motto che viene a sua volta riportato in una busta chiusa allegata contenente anche il supporto informatico relativo, oltre alle generalità dell'autore, le qualifiche professionali e i suoi recapiti.

La consegna del Premio avverrà presso l'Aula Martini dell'Università degli Studi di Milano BICOCCA, il 28 maggio 2023, prima della chiusura dei lavori del XVIII Congresso Nazionale.

Gli interessati possono richiedere l'invio del presente documento alla Segreteria di AMISI, oppure richiederlo via mail ad **amisi@virgilio.it**.

### PREMIO SEPI - AMISI

La Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica – SEPI – già Scuola Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale e AMISI istituiscono un **Premio Commemorativo in memoria di Alessandro Calzeroni, Carlo Cristini, Laura Galimberti e Silvana Marchini** per un lavoro scientifico originale di carattere clinico effettuato da autori laureati in medicina e chirurgia e/o psicologia.

Il lavoro deve essere attinente all'area della Psicoterapia Ipnotica nell'apprendimento con riferimento allo stato dissociativo come via per il recupero delle capacità.

Deve essere inoltre originale e inedito e l'autore (o gli autori) di età non superiore ai 46 anni. Il lavoro complessivamente deve occupare non più di 25mila caratteri, spazi compresi, ed essere prodotto su carta e in formato elettronico editabile.

Il Premio consiste in una quantità d'oro pari alla somma di **1.500,00** euro e il lavoro verrà pubblicato sulla Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, organo ufficiale della AMISI.

A parere insindacabile della Commissione giudicatrice, qualora ne sussistano i presupposti, potrà essere emesso un giudizio ex-aequo sui primi due lavori, e in tal caso il premio sarà diviso.

La Commissione valutatrice è formata dal Presidente della AMISI, dai Vice Presidenti, dal Presidente del Comitato Scientifico e da un docente della SEPI.

L'autore deve provvedere a far pervenire alla Segreteria dell'Associazione, entro il **30 aprile 2023**, quattro copie del lavoro su carta, ogni copia contraddistinta solo da un motto che viene a sua volta riportato in una busta chiusa allegata contenente anche il supporto informatico relativo, oltre alle generalità dell'autore, le qualifiche professionali e i suoi recapiti.

La consegna del Premio avverrà presso l'**Aula Martini dell'Università degli Studi di Milano BICOCCA**, il 28 maggio 2023, prima della chiusura dei lavori del XVIII Congresso Nazionale.

Gli interessati possono richiedere l'invio del presente documento alla Segreteria di AMISI, oppure richiederlo via mail ad **amisi@virgilio.it**.