



RIVISTA ITALIANA DI IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA

ANNO 45 - N. 2 • MAGGIO 2025

**DIRETTORE
RESPONSABILE**
Ivano Lanzini

**SEGRETARIA
DI REDAZIONE**
Silvia Giacosa

A.M.I.S.I.

CONSIGLIO DIRETTIVO

S. Giacosa *Presidente*
S. Laurini *Vice Presidente*
E. Paglialunga *Vice Presidente*
C.F. Licari *Segretario*
S. Catalano *Consigliere*
M. Cigada *Consigliere*
G.M. Ideo *Consigliere*
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.

Questa testata è associata a



EDITORIALE

Diventare grandi.
Un appello trasversale e multidisciplinare
(Ivano Lanzini) 26

LAVORI ORIGINALI

Dalle illusioni alla speranza:
il potere trasformativo della psicoterapia ipnotica
(Giuseppina Carrera, Enrico Paglialunga) 28

Il rapport dentro il transfert nella prospettiva della psicodinamica
della psicoterapia ipnotica. 2^a parte.
(Ivano Lanzini) 33

Una porta chiusa: un trauma... in relazione
(Andrea Nava) 36

La costruzione dell'oggettività clinica e la commissione
Franklin-Lavoisier
(Luca Salvador) 41

Ipnosi e Mindfulness
(Francesco Malvasi) 47

SOMMARIO

Ivano
Lanzini

Diventare grandi. Un appello trasversale e multidisciplinare



“... e poi, sullo sfondo di una montagna, un’immagine umbratile, una voce che dice quasi cantilenando: ‘abitare il mondo dei grandi, abitare il mondo dei grandi...’”. Ancora una volta i pazienti sembrano ‘buttare lì’ frasi, parole, talvolta anche interiezioni, che ci colpiscono, facendo risuonare in noi una sensazione di ‘avvertimento’, come se ci dicessero: ‘guarda che ti sto dicendo qualcosa di importante, che merita ascolto!’. Ovviamente, si tratta di fenomeni proiettivi. Siamo noi ad essere sorpresi dall’emozione che ci provocano queste parole. Emozione che ci spinge, a sua volta, a pensare, a ripensare, a rielaborare e, talvolta, espandere queste parole.

In questo caso, è stata l’espressione – riportata da una voce in un sogno di un paziente - ‘abitare il mondo dei grandi’ - che ci ha sorpresi in tutta la sua composizione verbale, sostantivale e aggettivale. L’abbiamo sentita come un appello, un invito e, parzialmente, anche come un monito e poi, in fondo in fondo, anche come un grido di aiuto.

Così che ci siamo chiesti: ma che significa davvero ‘essere grandi’?; in cosa consiste il loro “mondo”?; e come “abitarlo?” giacché non si tratta di un luogo, ma di un modo di essere. Ma soprattutto: esiste davvero un mondo dei grandi? un mondo popolato solo da ‘grandi’?

E quindi, ecco l’intreccio associativo, che si è venuto srotolando nei sogni notturni, e nei risvegli e nelle distrazioni sovrappensiero dei giorni seguenti. Lo riporto dandogli una struttura formale, così da renderlo di auspicabile utilità anche per il lettore. Specie se ‘appassionato’ del mondo onirico e della incredibile polisemia delle parole.

Dunque: i primi ‘grandi’ che incontriamo e che pensiamo tali sono di certo i nostri genitori. Appunto: sono i genitori così come noi (bimbi/e) li sentiamo e immaginiamo avendo bisogno della loro protezione, del loro amore, del loro riconoscimento. Appunto: della loro grandezza. Ma, ecco una prima illuminazione, essere grandi probabilmente rimanda al superamento di questo ... bisogno dei grandi. Dal momento che nutrire quel bisogno significa, appunto, essere bambini. Ma, allora, essere grandi dovrebbe anche implicare l’essere in grado di proteggersi, di cavarsela senza ricorrere a protettori. E poi, riuscire a trasformare il bisogno di essere amati nella capacità di amare. Il freudiano che c’è in me subito si attiva: “... ma non lo sapevi già? Non stai forse parlando dell’uscire dal nostro strutturato/strutturale narcisismo?”. Sì certo. Mi dico.

E aggiungo: significa anche e, per me, soprattutto, riconoscere l’altro per quello che è: un altro, non una parte di noi. I grandi - ecco allora, formarsi una prima approssimazione definitoria – sono quelli capaci di costruire legami e relazioni basate sul rispetto reciproco e sull’accettazione delle inevitabili differenze di gusto, opinione, stile di vita ecc.

Ma non basta, mi trovai a pensare...sovrappensiero: da piccolo facevo fatica a scegliere un po’ perché perdevi tempo in complesse considerazioni sui pro e i contro e un po’ perché sentivo che talvolta una scelta era un che di irrevocabile: “Allora, preferisci per merenda un gelato o una brioche con coca-cola?”. Era dura rinunciare ad una sola delle alternative... I grandi sanno scegliere. E assumersi la responsabilità delle scelte e delle loro conseguenze. Sanno anche elaborare le rinunce. Anzi rinunciano a volere tutto, in pro’ di quello che ritengono essere migliore per loro. Insomma, essere grandi significa accogliere i propri limiti, intendendoli non come difetti, ma come loro caratteristiche. I grandi – ecco un’immagine che mi ha visitato di notte – non si vergognano (più) se sono spilungoni o bassetti, se non hanno gli occhi verdi o i capelli ondulati o mossi; soprattutto non si vergognano più della loro storia: delle costellazioni di errori e ferite che l’hanno composta. Questo perché ne hanno capito senso e ragioni.

Ricordo di un leggero compiacimento che mi prese per questa ricognizione concettuale – per immagini e pensieri. E che, in parte, mi tornò di aiuto nella comprensione delle diffi-

Diventare grandi. Un appello trasversale e multidisciplinare



coltà del mio paziente. Ma, come spesso capita, fu lui a concludere la polifonia dei significati, quando se ne uscì dicendo, qualche giorno dopo, a commento del suo sogno: "...sa in fondo in fondo, quella voce conteneva un piccolo incoraggiamento: mi invitava a smetterla di portare avanti tutte quelle bugie e autoinganni che avevo imparato ad usare per sentirmi grande... insomma, credo che il sogno mi dicesse di essere più vera... con me e con gli altri". E quindi, aggiunsi, "come intende allora il mondo di questi grandi?". "Beh, direi, come il mondo di persone vere... che guardano in faccia alle cose... che...ecco... che non siano fake, e che amino la verità...".

Lascio al lettore giudicare se il mondo reale che ci circonda sia all'altezza di questa conclusione psicologica, non priva di implicazioni sociali, culturali e persino politiche.

Di qui, mi viene da 'concludere' con l'auspicio che diventino 'grandi' anche le psicoterapie e le loro scuole: che sappiano conoscere i propri limiti, scegliere i campi applicativi ad esse più coerenti; che sappiano mantenere quello che sinceramente promettono; che non abbiano bisogno di 'Maestri illustri' e che non si appellino a Tradizioni blasonate, sottoponendosi al vaglio concreto delle loro ipotesi e teorie; soprattutto, che aiutino i loro pazienti a diventare 'grandi' senza confinarli nella condizione di bambini; e che sappiano formare i loro allievi favorendone autonomia intellettuale e riconoscendone in spirito di verità eventuali sopravvivenze infantili (come il bisogno di avere dei genitori nei docenti) unitamente a progressi emancipativi (come il bisogno di pensare criticamente e liberamente, senza timori per l'Autorità).

Mi rendo conto di quanto tutto questo sia difficile, in un contesto culturale e socio-politico ove 'i grandi' ai vertici istituzionali (governativi e non, nazionali e internazionali) paiono agire e comunicare troppo spesso come persone irresponsabili e egocentriche. Ma tant'è. Ci sono momenti storici in cui occorre coraggio da 'grandi'. Momenti in cui è necessario 'Acheronta movere' fare affidamento sulle nostre risorse e capacità visto che risulta impossibile "Superos flectere"¹ – appunto, piegare gli dei (i potenti), appoggiarsi ai Rappresentanti istituzionali.

Una buona estate!

I.L.

1) Ho qui rivisitato, dissociandolo, l'esergo della Interpretazione dei sogni: "Flectere si nequeo, Acheronta movebo" che Freud riprende dall'Eneide: «Se non mi è possibile piegare gli dei, allora muoverò l'Acheronte», un po' come dire "se non posso appoggiarmi all'aiuto e alle forze superiori (qui intese probabilmente come l'insieme delle conoscenze che provengono dalla filosofia, dalla religione e dalla coscienza) allora mi toccherà spostarmi verso i piani inferiori e oscuri dell'inconscio". E questo al fine ultimo di raggiungere quella 'verità' su di sé che Nietzsche riteneva quasi insopportabile per l'uomo mediocre e conformista.

**Giuseppina
Carrera**

Psicologa,
Psicoterapeuta

**Enrico
Paglialunga**

Medico,
Psicoterapeuta,
Docente AMISI

Dalle illusioni alla speranza: il potere trasformativo della psicoterapia ipnotica

Il 2025 è stato dichiarato l'anno santo della speranza. Quando si parla di speranza, dice Papa Francesco, possiamo essere portati a intenderla in riferimento a qualcosa di bello che desideriamo, ma che può realizzarsi oppure no. "Speriamo che succeda" è come un desiderio: si dice, ad esempio, "spero che domani faccia bel tempo", ma sappiamo che il giorno dopo può fare invece brutto tempo. La speranza cristiana è l'attesa di qualcosa che è già stato compiuto: il Verbo eterno si è incarnato, Maria l'ha partorito, gli uomini l'hanno ucciso, ma il Padre l'ha fatto risorgere, e ora il Figlio, con il suo corpo risorto, è in Dio e ci attende. Sperare, quindi, significa imparare a viverne l'attesa, imparare a vivere nell'attesa e trovare la vita. Così anche noi dobbiamo vivere e imparare da queste attese umane.



Già in precedenza, il Santo Padre, nell'udienza generale del mercoledì 1° febbraio 2017, ha ricordato questi concetti, e poi ancora, per la 38ª Giornata Mondiale della Gioventù, il 26 novembre 2003, citando la Lettera ai Romani (Rm 12,12) "lieti nella speranza", ci ha ricordato che sperare significa imparare a vivere nell'attesa, imparare a vivere nell'attesa e trovare la vita.

Quando una donna si accorge di essere incinta, ogni giorno impara a vivere nell'attesa di vedere lo sguardo di quel bambino che verrà. Così anche noi dobbiamo vivere e imparare da queste attese umane. Questo non è facile, ma si impara: vivere nell'attesa, sperare, significa e implica un cuore umile, un cuore povero. Solo un povero che ha fede sa attendere; chi è già pieno di sé e dei suoi averi, non sa riporre la propria fiducia in nessun altro se non in sé stesso.

In realtà, noi chiamiamo tutto questo "rinforzo dell'io". Un Io forte è capace di rimandare gioie e dolori, è capace di attendere nella speranza.

Su questo stesso tema, ancor prima di sapere che l'Anno Santo sarebbe stato dichiarato l'Anno della Speranza, Giuseppina ha elaborato il tema della propria tesi di specialità: *"Tra illusioni e dati di realtà: il contributo della psicoterapia ipnotica alla promozione della speranza"*. Questo articolo, ricco di citazioni bibliografiche, ci riporta all'interno del tema e ci permette di farlo nostro.

Questa riflessione di Enrico mi offre da subito l'opportunità di evidenziare come attesa e speranza rappresentino le due posizioni esistenziali su cui ho concentrato il mio lavoro. Si tratta di esperienze che emergono frequentemente nel contesto di un percorso psicoterapeutico e che, come vedremo, hanno implicazioni profonde: mentre l'**attesa illusoria** tende a interrompere il flusso del tempo, bloccando la vita in una sospensione sterile, la **vera speranza** – radicata in obiettivi realistici, come l'attesa di un bambino che deve nascere – si configura come una forza vitale. Essa non solo permette di vivere pienamente il presente, ma dona anche un senso profondo al futuro, trasformando l'attesa in un motore di crescita e trasformazione. Nella vera speranza è possibile attendere ed è possibile essere attivi, nell'attesa illusoria l'obiettivo è irraggiungibile e l'azione inutile.

Nel mio studio di consultazione vedo emergere spesso nei racconti di alcuni pazienti il vissuto di **speranza illusoria**: l'attesa di un evento specifico, quasi miracoloso, che potrebbe risolvere il loro disagio esistenziale e che, nella loro immaginazione, assume diverse forme a seconda della storia di vita: attendono il pentimento di chi ha loro fatto un torto, una manifestazione d'amore incondizionato da parte di un genitore, un gesto eclatante d'affetto da parte del partner, o l'attenzione speciale di un amico. In ogni caso, si tratta di un desiderio intenso e irrealistico, che li tiene ancorati a un'aspettativa vaga e lontana.

In questa situazione due sono i comportamenti più frequenti che ho osservato: da un lato tenta-

Dalle illusioni alla speranza: il potere trasformativo della psicoterapia ipnotica

**Giuseppina
Carrera**

**Enrico
Paglialunga**

tivi ripetuti e inefficaci di ottenere il risultato desiderato, un fenomeno descritto da Polivy e Herman (1999) come la *Sindrome della falsa speranza*. Questa sindrome si manifesta quando le persone si illudono di poter raggiungere obiettivi ambiziosi ma irrealistici, sopravvalutando le proprie capacità e sottovalutando le difficoltà. Credono che il successo porterà a un miglioramento globale della loro vita, con un aumento della felicità, dell'autostima e del successo sociale. Tuttavia, il ciclo perpetuo di fallimenti genera sentimenti di vergogna, colpa, bassa autostima e impotenza appresa: un esempio di questo comportamento è il compiacere attivamente un partner distaccato nella speranza che cambi atteggiamento o persino personalità e diventi affettuoso e romantico. Dall'altro lato vedo il comportamento di attesa passiva: un immobilismo totale, in cui la persona non agisce, sperando che l'evento desiderato si realizzi da solo, rappresentato da un pensiero come: «un giorno mio padre mi dirà che sono stato bravo...». Entrambi i comportamenti portano a uno stallo esistenziale, caratterizzato da ansia e angoscia, in cui il tempo sembra fermarsi e la vita rimane sospesa in un limbo di inazione e frustrazione.

In un'attesa di questo tipo, il futuro sembra non arrivare mai e questo crea un senso di paralisi, in cui l'azione e la volontà si bloccano. Diventa difficile anche portare a termine le attività quotidiane, poiché sono vissute con un senso di passività e impotenza, il tempo sembra sospeso, e ogni slancio verso sogni, progetti o obiettivi si affievolisce. L'attesa diventa un vuoto in cui la persona affida il proprio futuro a mani altrui. Una paziente ha descritto questa condizione con parole emblematiche: «*Sto aspettando lui e sono ferma. Mi sembra che lui vada avanti con la sua vita, mentre io sono bloccata. Non è che non faccio le cose della mia vita: vado a lavorare, mi prendo cura di mio figlio, esco con le amiche, lo vedo... ma io non sono veramente lì. Per me, il tempo si è fermato*».

Cosa c'è alla base di un'attesa illusoria? Seguendo la lezione di Mosconi, possiamo dire: una carenza di esame di realtà radicata in una fragilità dell'Io, che non ha sviluppato la forza interiore necessaria per affrontare le difficoltà e accettare i limiti imposti dalla realtà, da cui deriva l'incapacità di valutare realisticamente le proprie possibilità e le circostanze esterne.

Nella psicoterapia neo-ericksoniana, l'attitudine da "bravo genitore" del IV manifesto implica orientare il paziente all'interno della realtà in cui è inserito, aiutandolo a valutare i limiti e le circostanze insieme alle risorse e le capacità. La difficoltà consiste nel promuovere un esame di realtà avendo aiutato prima il paziente a sviluppare la forza interiore e la maturità sufficienti a sostenere il dolore di non poter ottenere quel risultato immaginato, e riorientarlo verso obiettivi realistici e raggiungibili, riattivando il senso del tempo interiore e la progettualità.

Se la falsa speranza rappresenta un rischio, infatti, la sua demolizione troppo precoce può rivelarsi ancora più dannosa. Alla base della necessità di mantenere un'illusione vi sono problematiche profonde, come il deficit di potere, la debolezza dell'Io e un Es sovrachiantante. Questi elementi rendono l'illusione non solo un rifugio, ma anche una difesa psicologica necessaria per affrontare la realtà. In ambito medico e psicologico, il dibattito su come gestire la falsa speranza è complesso: gli "eticisti" ritengono che mantenere una speranza distorta non sia etico, ma posizioni più flessibili, come quella dell'oncologo Jerome Groopman (2004), suggeriscono che un atteggiamento mentale positivo influisca positivamente sulla biochimica cerebrale, alleviando il dolore e migliorando funzioni fisiologiche come respirazione e circolazione. In psicoterapia, la letteratura è scarsa, ma studi sul realismo depressivo e sul *bias* ottimistico indicano che un "margine ottimale dell'illusione" può favorire la salute mentale, mentre il realismo crudo è spesso associato a depressione lieve o moderata. Justine Dembo e Norman Clemens (2013) sostengono che, in alcuni casi, incoraggiare un *bias* ottimistico o una lieve illusione possa essere etico, purché l'approccio sia fortemente personalizzato e adattato alle circostanze del paziente. La speranza, anche se non sempre realistica, può essere un potente motore di cambiamento. Demolirla anzitempo rischia di essere più dannoso che mantenerla, ma è essenziale bilanciare tra illusione e realismo.

La psicoterapia neo-ericksoniana si rivela particolarmente adatta per affrontare i casi di questi pazienti per la sua capacità di adattarsi alle esigenze uniche di ciascun paziente e gestire il passaggio dall'attesa illusoria all'esame di realtà e da lì a una nuova progettualità sostenuta da una vera speranza. Ogni intervento è fortemente personalizzato, tenendo conto delle preferenze, delle risorse e del contesto culturale del paziente. Questo approccio è fondamentale quando si lavora con pazienti che nutrono false speranze, poiché permette di costruire un percorso terapeutico che rispetti i loro tempi e le loro fragilità, senza imporre soluzioni standardizzate.

Il rinforzo dell'Io promosso attraverso metafore, suggestioni ipnotiche e narrazioni terapeutiche aiuta il paziente a sviluppare un senso di autoefficacia e fiducia in sé stesso, essenziali per affrontare la realtà senza crollare, trasformando l'illusione in una speranza realistica e sostenibile. Le metafore emozionali permettono di comunicare con la mente inconscia del paziente, superando le resistenze razio-

Giuseppina
Carrera

Enrico
Paglialunga

Dalle illusioni alla speranza: il potere trasformativo della psicoterapia ipnotica

nali e facilitando un cambiamento profondo. Ad esempio, una metafora come quella della “stanza scura” che è in calce a questo scritto può aiutare il paziente a visualizzare il proprio stato di attesa illusoria legato a esperienze passate e a immaginare un percorso verso la luce e il movimento. L’ipnosi, d’altra parte, favorisce uno stato di trance in cui il paziente può accedere a risorse interne dimenticate o sottoutilizzate, trovando nuove strade per affrontare i propri problemi. La terapia neo-ericksoniana, poi, lavora su due livelli di elaborazione dell’informazione: il sistema razionale e il sistema esperienziale (Aldredge & Elkins 2023). Mentre il sistema razionale è lento e analitico, il sistema esperienziale è guidato dalle emozioni e dall’intuizione. Attraverso l’ipnosi e le metafore, la terapia stimola il sistema esperienziale, permettendo al paziente di elaborare informazioni in modo più fluido e creativo e con minor dispendio di energia cognitiva. Questo è particolarmente utile per i pazienti bloccati in schemi di pensiero rigidi, come quelli che caratterizzano la falsa speranza.

La promozione della vera speranza è essenziale in psicoterapia perché svolge funzioni difensive e funzioni protettive. Dal punto di vista psicologico, la speranza funziona da difesa dalle conseguenze psicopatologiche derivanti dalle frustrazioni e dalle disillusioni. Quando una persona sviluppa speranza, questa diventa un potente meccanismo di *coping*, proteggendo la mente dalle delusioni e dai fallimenti. La speranza permette di mantenere una visione positiva del futuro, aiutando a superare momenti difficili e ad affrontare le sfide con maggiore resilienza.

La speranza, poi, è un fattore protettivo cruciale quando si valutano le condizioni biopsicosociali di un paziente in medicina (Everson et al. 1996). Essa concorre alla buona *compliance* alle cure, poiché i pazienti che mantengono una visione speranzosa del futuro sono più propensi a seguire le indicazioni terapeutiche e a impegnarsi nel processo di guarigione.

Infine, la speranza agisce “come un farmaco”, influenzando positivamente i sistemi fisiologici. Studi hanno dimostrato che la speranza attiva le stesse vie biochimiche di sostanze come la morfina e i cannabinoidi, riducendo la percezione del dolore e migliorando parametri fisiologici come la respirazione, la circolazione sanguigna e la locomozione (Benedetti 2018). Questo effetto non solo allevia i sintomi fisici, ma migliora anche la qualità della vita dei pazienti, specialmente in contesti di malattia cronica o terminale.

Negli ultimi anni, numerosi studi hanno esplorato il ruolo dell’ipnosi nel potenziare la speranza durante le psicoterapie, qui ne riassumo alcuni.

Handel & Néron (2017) hanno esplorato il ruolo dell’ipnosi nel trattamento palliativo del cancro avanzato, dove i pazienti spesso soffrono di sintomi significativi come dolore e ansia. Gli autori hanno descritto come l’ipnosi può alleviare questi sintomi e allo stesso tempo aumentare la speranza, utilizzando suggerimenti integrati che mirano a modificare i sintomi fisici e a promuovere un’alterata percezione del tempo, offrendo opportunità di crescita e cambiamento anche in una fase avanzata della malattia.

Friedrichsdorf e Kohen (2018) hanno integrato l’ipnosi nelle cure palliative pediatriche, mostrando come l’ipnosi possa ridurre i sintomi angoscianti e la sofferenza nei bambini con malattie gravi. L’ipnosi aiuta i bambini a mantenere la speranza e vivere pienamente fino alla fine, offrendo un supporto significativo durante l’anticipazione della perdita.

Milling et al. (2019) hanno condotto una metanalisi sull’efficacia dell’ipnosi per il trattamento della depressione, dimostrando che l’ipnosi può ridurre significativamente i sintomi depressivi. I risultati hanno mostrato che i partecipanti trattati con ipnosi hanno riportato un miglioramento maggiore rispetto ai gruppi di controllo, suggerendo che l’ipnosi è un metodo molto efficace per alleviare la depressione e potrebbe essere considerato seriamente dai clinici come opzione terapeutica.

Mendoza et al. (2022) hanno descritto l’uso delle suggestioni riguardanti il passare del tempo nell’ipnosi, per gestire il dolore cronico e la fatica in persone con disabilità. Le sessioni di ipnosi che includevano queste suggestioni hanno portato a significative e immediate riduzioni dell’intensità del dolore e della fatica, evidenziando l’importanza di interventi ipnotici che aumentano la speranza e l’ottimismo per il futuro.

Torem (2024) ha esaminato strategie focalizzate sul futuro nel trattamento della depressione, dove la speranza e la capacità di immaginare un futuro positivo sono spesso compromesse. Il metodo descritto guida i pazienti a sperimentare un risultato terapeutico positivo durante l’ipnosi e a interiorizzare questa esperienza, influenzando positivamente il loro comportamento quotidiano e ripristinando la speranza.

Merita una citazione a parte George W. Burns (2024) psicologo clinico, psicoterapeuta e autore australiano, noto per il suo lavoro nell’uso delle metafore e delle tecniche ipnotiche in terapia; in particolare Burns ha esplorato l’uso di metafore terapeutiche per costruire speranza nei pazienti depressi, una condizione spesso caratterizzata da impotenza e disperazione. Burns ha utilizzato la *Teoria della*

Dalle illusioni alla speranza: il potere trasformativo della psicoterapia ipnotica

**Giuseppina
Carrera**

**Enrico
Paglialunga**

Speranza di Charles R. Snyder (2002) come base per facilitare l'ottimismo e migliorare gli esiti terapeutici, proponendo di costruire metafore che migliorano la speranza.

Secondo Snyder, la speranza non è un'emozione vaga o passiva, ma uno stato psicologico dinamico che influenza pensieri, emozioni e azioni. Essa è definita come la combinazione di tre componenti fondamentali: la capacità di superare gli ostacoli, la progettualità e il senso di autoefficacia.

Al cuore della teoria c'è l'idea che tutte le azioni umane siano dirette verso uno scopo. La speranza, quindi, non è semplicemente un desiderio, ma una **forza motivazionale** che spinge le persone a perseguire obiettivi significativi, anche di fronte alle difficoltà. Gli obiettivi possono essere a medio o lungo termine, ma devono essere percepiti come raggiungibili, pur contenendo una certa dose di incertezza. La speranza rimane viva grazie alla capacità della persona di riconoscere i progressi intermedi e di adattarsi agli imprevisti.

Uno degli aspetti chiave della teoria è il pensiero orientato ai percorsi, ovvero la capacità di generare percorsi creativi e praticabili per raggiungere gli obiettivi desiderati. Le persone speranzose sono consapevoli della loro abilità nel trovare soluzioni alternative quando incontrano ostacoli. Questo pensiero flessibile permette di creare una mappa mentale che dà un senso di controllo e direzione, aiutando a superare le difficoltà con maggiore resilienza.

La componente motivazionale della speranza è definita come *agency*, ovvero il percepirsi gli autori in controllo delle proprie azioni. L'*agency* è alimentata da un dialogo interno positivo, come frasi del tipo «posso farcela» o «nessuno mi fermerà». Questo senso di autoefficacia è fondamentale per mantenere alta la motivazione, sia all'inizio del percorso che durante il suo svolgimento. Snyder descrive l'*agency* come una forza che spinge le persone a perseverare, anche quando le circostanze sembrano sfavorevoli.

Quando una persona riesce a immaginare percorsi alternativi e a mantenere alta la motivazione, sperimenta emozioni positive che rafforzano ulteriormente la sua capacità di affrontare le sfide. Al contrario, il perseguimento di obiettivi irrealistici o l'incapacità di superare gli ostacoli possono generare emozioni negative, come frustrazione e disperazione.

Durante il lavoro psicoterapeutico tenere presente questi punti di riferimento, inclusa l'importante valorizzazione di ogni passo positivo in avanti, ha aiutato questi miei pazienti ad abbandonare le aspettative illusorie e rimettere in moto una vera progettualità con la ritrovata sensazione di vivere il proprio tempo.

Non potevo concludere senza proporre una delle induzioni utilizzate per promuovere una nuova percezione del tempo nella mia paziente, cui ho dato, significativamente, il nome di Alba.

E io approfitterei di questa occasione per aggiungere qualche frase alla metafora di Giusi in modo che anche in questa "puntata" della rivista sia compresa la presenza di una metafora che potremo utilizzare per il nostro paziente quando si trovava nella nebbia, sul suo sentiero durante la notte e non trova una via d'uscita, allora la speranza sicuramente è qualcosa di positivo da prendere e fare proprio:

Bene, Alba, prendi quella posizione comoda che ben conosci e sai di poter aggiustare in ogni momento, porta la tua attenzione sul tuo respiro ... e poi sul battito del tuo cuore e lasciati guidare dalle mie parole in questa concentrazione che vai via via facendo tua, lontana dagli stimoli esterni e mentre sei così accomodata, con gli occhi chiusi, mentre le palpebre si fanno più pesanti e creano una sorta di schermo sul quale proiettare le immagini, senti queste mie parole che ti accompagnano così insieme potremo tornare *in quella stanza... grande... scura... dove non c'è niente... tu la conosci... sai che lì aspetti qualcosa... qualcosa che non arriverà... tutto è fermo... immobile... l'aria sembra densa... come se anche il tempo fosse fermo... come se niente si può modificare... è una strana sensazione... quella di stare in un tempo fermo... mentre senti che il tempo dentro di te continua a scorrere... fuori è tutto fermo... e dentro continui a muoverti... nel tuo tempo interno... qualcosa non torna in questa sensazione... c'è qualcosa di irreali... tu lo senti... e senti che la mia voce che ti accompagna comprende questa strana sensazione... questa differenza tra un tempo che corre dentro di te... e un tempo fermo fuori da te... in quest'aria densa... nella penombra... di questa stanza... tu sai che sei pronta a scoprire qualcosa di nuovo... qualcosa di antico... qualcosa che sai... e qualcosa che non sai... sei pronta ad una scoperta... una scoperta che le tue mani faranno... che faranno i tuoi occhi... che farà la tua mente... che farà ogni parte di te che vorrà... sei sempre stata curiosa... capace di guardare il mondo... e te stessa... guarda questo tempo fermo... questo tempo immobile... fatto di un'attesa che non finisce... e scopri di cosa è fatto... ... tu lo sai che è fatto anche di cose passate... è fatto di ciò che è stato... è fatto di ciò che non è più... è fatto di quelle impressioni di allora... di quei momenti sottili come carta... pesanti come sassi... di quei momenti incomprensibili... assoluti... memorie... impressioni... decisioni... un passato che è passato... che sembra solido... ma non è più... è ancora reale questa stanza?... questi muri sono davvero solidi?... questo soffitto è proprio un soffitto?... ti sposti nella stanza... ti sporgi... e con una mano tocchi una*

Giuseppina
Carrera

Enrico
Paglialonga

Dalle illusioni alla speranza: il potere trasformativo della psicoterapia ipnotica

parete... con la voglia di scoprire una cosa nuova... con la saggezza dell'esperienza... con la tua capacità... che hai usato tante volte... di guardare le cose per quello che sono davvero... e al tocco succede qualcosa... la parete comincia a cambiare colore... tutte le pareti cominciano lentamente a cambiare colore... erano nere e poi si fanno di color bistro... e poi marrone... poi color ruggine... poi beige... bianco... perdono consistenza... sembrano fatte di fumo... il fumo delle cose passate... come un fuoco che ha smesso di bruciare tempo fa... e ora è rimasto solo un filo di fumo... che piano piano svanisce... si perde nell'aria... le pareti svaniscono... puoi soffiare via con un semplice soffio... come facevi da bambina con le bolle di sapone... fffffff... il soffio del tuo presente... del tuo presente... e la stanza svanisce nell'aria... anche il soffitto non c'è più... si è dissolto... ha lasciato lo spazio al cielo stellato... il cielo che scandisce il tempo vero... il tempo che scorre... l'alternarsi delle stagioni... i solstizi... gli equinozi... le stelle brillano luminose... ti dicono quando è inverno... quando è estate... sono amiche del tuo tempo interno... amichevoli come piccoli fari di futuro... il cielo aperto ti abbraccia... sei parte di qualcosa di più grande... l'hai sempre saputo... qualcosa che va avanti... e che è sempre andato avanti... dentro di te... anche quando ti sembrava di essere in una stanza ferma... la stanza è svanita... il passato è passato... e tu lo puoi lasciare andare... puoi cominciare a camminare su quella strada sterrata che ha preso il posto del pavimento... cammini nell'aria fresca e pulita... di fianco c'è il torrente... senti il rumore dell'acqua... ed è come se ti parlasse... un mormorio che ti invita a seguire quella strada... appoggia una mano per terra... ecco... questa è terra... questo è presente... è solido... con le mani prendi un poco d'acqua... ecco questo ti disseta... ora... questo è reale... non c'è più nulla da aspettare... perché qualcosa di nuovo... ha già preso il posto del fantasma del passato... e il tempo dentro di te scorre insieme al tempo fuori da te... e sei in armonia con l'universo... e puoi andare avanti... dove tu desideri andare...

In conclusione, la speranza, una volta radicata in una visione equilibrata della realtà, non solo contribuisce al benessere psicologico del paziente ma diviene anche un motore per il cambiamento e la crescita personale. In un mondo complesso e spesso imprevedibile, la capacità di mantenere una speranza realistica, supportata da un saldo esame di realtà, rappresenta una risorsa inestimabile per il raggiungimento di un equilibrio psicologico duraturo.

Bibliografia

- 1) Allredge C.T., Elkins G.R. (2023) Adaptive Experiential Theory of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2023 Jul-Sep;71(3):165-175. doi: 10.1080/00207144.2023.2226178.
- 2) Benedetti, F. (2018). *La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*. Milano : Mondadori.
- 3) Burns, G.W. (2024). Using metaphors to build hope and hopefulness from depression. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2024 Mar; 66(1) : 48-60. doi: 10.1080/00029157.2023.2210178.
- 4) Dembo, J.S. & Clemens, N.A. (2013). The ethics of providing hope in psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*. 2013 Jul;19 (4):316-22. doi: 10.1097/01.pra.0000432602.17137.87.
- 5) Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Cohen R.D., Pukkala, E., Tuomilehto J., & Salonen J.T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58, 113-121.
- 6) Friedrichsdorf, S.J. & Kohen, D.P. (2018). Integration of hypnosis into pediatric palliative care. *Annals of Palliative Medicine*. 2018 Jan;7(1):136-150. doi: 10.21037/apm.2017.05.02.
- 7) Groopman, J. (2004). *Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia*. Milano : Vita e Pensiero.
- 8) Handel, D.L. & Néron, S. (2017). Cancer Palliation: Layered Hypnotic Approaches Mending Symptoms, Minding Hope, and Meaning. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2017 Jul;60(1):33-49. doi: 10.1080/00029157.2017.1299678.
- 9) Mendoza, M.E., Sakulsriprasert, P. & Jensen, M.P. (2022). Age progression in hypnosis for pain and fatigue in individuals with disabilities. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2022 Jul;65(1):45-59. doi: 10.1080/00029157.2022.2060063.
- 10) Milling, L.S., Valentine, K.E., Mccarley, H.S. & Lostimolo, L.M. A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2019 Jan;61(3):227-243. doi: 10.1080/00029157.2018.1489777.
- 11) Polivy, J. & Herman, C.P. (1999). The effects of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: the "false hope syndrome". *International Journal of Eating Disorders*. 1999 Dec;26(4):434-47. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199912)26:4<434::aid-eat9>3.0.co;2-0.
- 12) Snyder, C.R., Rand, K.L. and Sigmon, D.R. (2002). *Hope theory: A member of the positive psychology family*. In Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Eds.) *The Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). New York, USA: Oxford University Press.
- 13) Torem, M.S. (2024). Future focused strategies in treating depression. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2024 Jun; 66(2): 108-124. doi: 10.1080/00029157.2023.2289657.

Il rapport dentro il transfert nella prospettiva della psicodinamica della psicoterapia ipnotica. 2^a parte.¹

Ivano
Lanzini

Psicoterapeuta,
Epistemologo,
Psicanalista,
Docente AMISI

“La seduta è terminata. Giulia si avvicina alla scrivania dove io sto sfogliando l’agenda per fissare l’appuntamento successivo. Con fare molto delicato, allunga la mano e accarezza la mia che stava scrivendo, e dice: ‘...sapevo di potermi fidare di lei’”.

Così terminava il resoconto della ‘conclusione’ della terza seduta con Giulia, la giovane avvocatessa che si era rivolta a noi per via di crisi di angoscia, attacchi di panico e vertigini. E che, nel corso di quella stessa seduta, aveva recuperato il ricordo doloroso di un padre squalificante le sue prime ‘mosse estetiche’ (il primo truccarsi gli occhi, il viso, le labbra) di adolescente che si apre, timida e curiosa, al mondo delle relazioni interpersonali delicatamente connotate in senso erotico-affettivo. A quel mondo ove iniziamo a fare l’esperienza del *commento* che il nostro *corpo* e, per il suo tramite, la nostra *persona* riceve dall’altro sesso. Da quell’Altro da noi che nella sua alterità ci attira e spaventa.

Proprio in aggiunta a questo resoconto, ci eravamo impegnati a tracciare una analisi più approfondita e puntuale di questo finale ‘*acting out*’ che Giulia esprime accarezzando delicatamente la mano del suo analista. E questo al fine di mostrare alcune fondamentali caratteristiche di quella che abbiamo (provvisoriamente) chiamato ‘*fenomenologia co-transferale*’. Con tale categoria intendendo, in prima approssimazione, le dinamiche emotivo-affettivo-erotiche¹¹ che si delineano nella relazione paziente/analista(terapeuta) così *riattivando*, in entrambi, esperienze di notevole significato psicologico (intrapsichico e inter-psichico).

Già avevamo avuto modo di notare la problematicità, nell’esperienza esistenziale di Giulia, delle tematiche della *fiducia*¹² e del sentirsi accolti dall’altro e quindi della possibilità di lasciarsi andare senza bisogno di difendersi da giudizi e atteggiamenti aggressivi (perché) squalificanti.

Alla luce di tale problematicità, appare abbastanza chiaro e relativamente trasparente il significato della comunicazione linguistica di Giulia: in essa ella dichiara di aver avuto modo di verificare nelle sedute con il terapeuta (“... sapevo di...”) la sua affidabilità e quindi la possibilità di ‘potersi fidare’. Ove ‘fidare’, per Giulia, significa non temere atteggiamenti ritorsivi sia sul piano linguistico che comportamentale. Del resto, già nella prima seduta, Giulia aveva dichiarato di avvertire “da come mi [l’analista] ha guardato appena sono entrata... un senso di protezione”.

Che dire, allora, di quell’*accarezzare* la mano del suo terapeuta? E che dire, di come quest’ultimo ha vissuto e, inevitabilmente, dotato di significato quel gesto? Giacché è proprio nelle risposte a queste domande che diviene possibile cogliere quella co-transferalità che ci sta a cuore sia compresa e consapevolmente ‘utilizzata’ in psicoterapia analitica e ipnotica.

Iniziamo dal secondo quesito, poiché è da questo vertice prospettico che sarà possibile rispondere anche al primo.

Ovviamente, il vissuto del terapeuta si presenta come risultato ‘finale’ di a) una percezione sensoriale *significativa*; b) d’un ascolto *emozionale* di a); c) di una interpretazione di a+b conseguente all’output finale di quanto cognitivamente compreso delle proprie tematiche psicologiche; d) di una provvisoria attribuzione di significato al gesto della paziente. Sulla base di questo vissuto, come si può intuire, già ricco di dati interpretativi, il terapeuta arriverà a darsi una risposta ancora provvisoria, ma già strutturata, al primo quesito.

Procediamo allora con ordine. Avvisando il lettore del carattere inevitabilmente schematico e incompleto di questa ricostruzione², nonché del suo mettere capo ad una ipotesi di carattere *abduittivo*¹³. Del suo procedere cioè per sottrazioni e correzioni alla luce dei ‘dati’ che emergeranno nel corso della relazione interpersonale con la paziente. E quindi anche alla luce della storia relazionale del *terapeuta*¹⁴.

Circa a): la sensazione carezzevole della mano della paziente innesta una risposta percettiva di delicatezza e gradevolezza – in cui traspare, più profondamente, l’eco di un *piacere da contatto* che ‘sa’ di intimità improvvisa: a metà tra un senso di stupore per l’inaspettato e un leggero senso di invasione.

Circa b) l’ascolto emozionale di quanto sopra percepito produce: 1) una sfumata consapevolezza di *tracce*¹⁵ di ricordi di contatto e di intimità affettiva e blandamente erotica, connotati di tenerezza e senso di fusione; 2) una consapevolezza più marcata di una alterità storico-esistenziale: come se quanto avvertito in 1. paradossalmente mettesse in forte evidenza lo *scarto* tra l’equilibrio affettivo del terapeuta e il carattere ingenuo, quasi candido del modo di porsi della paziente; un po’ come se quella carezza esprimesse simbolicamente la tenerezza di una *relazione adulto-bambino/a*; 3) una *iniziale*¹⁶ attribuzione di intenzione e finalità *richiedente* iscritta in quella mano che tocca.

Circa c) la consapevolezza di sentirsi sollecitato in una posizione di accoglienza gentile e ‘muta’, come se le parole fossero inadatte o inquinanti o pregiudizievoli. Appunto, come se i *gesti*¹⁷ e *soltanto i gesti* dovessero parlare.

Circa d) l’elaborazione di un costrutto interpretativo che senza rimuovere le implicazioni erotiche del gesto della paziente, ne coglie il carattere inconsapevole e relativamente ‘infantile’, ponendo in primo piano la loro forte connotazione richiedente sia sul piano affettivo sia sul piano cognitivo. Un po’ come se in quella ‘toccante carezza’ fosse possibile e credibile cogliere un bisogno di validazione dell’atto di abbandono indifeso e della conferma di

Ivano
Lanzini

Il rapport dentro il transfert nella prospettiva della psicodinamica della psicoterapia ipnotica. 2^a parte.¹

‘essere a posto’ agli occhi del terapeuta.

Alla luce di quanto sin qui visto, parrebbe allora sensato intendere il *sensu complessivo* dell’allungare la mano per accarezzare la mano del terapeuta come espressione simbolica di un duplice movimento intrapsichico³ della paziente: per un verso come manifestazione di un *bisogno edipico di contatto con un maschile-paterno non squalificante ma benevolo e accogliente*; dall’altro come mossa, scatto in avanti di un femminile che ‘osa’ *agire*^{il8}. Un po’ come se la Giulia adolescente, squalificata come volgare dal padre e schernita sessualmente dai compagni liceali, trovasse ora e qui modo di porsi, di *stare di fronte* allo sguardo *maschile*^{il9} nel momento stesso in cui quello sguardo non è più vissuto come un ‘guardare giudicante e autoritario’, bensì come un vedere affettuoso, curioso, desideroso di conoscere.

Sarebbe pertanto un errore, non di poco conto, leggere in chiave primariamente seduttiva e quindi erotica il *sensu* di quella carezza. Ci troveremmo di fronte alla confusione delle lingue ben evidenziata da Ferenczi.⁴ E questo non per una rimozione delle implicazioni anche erotiche dell’accarezzare. Quanto per il loro carattere periferico rispetto all’esigenza più ‘antica’ ed ‘essenziale’ dell’essere accolti e riconosciuti nella propria specificità e alterità.

Chiarito tutto questo, ecco allora la risposta del terapeuta alle parole della paziente e al suo gesto:

“(guardandola negli occhi, con lievissimo cenno di sorriso, senza spostare la propria mano e con tono pacato e gentile)... la ringrazio... sa, aver fiducia è sempre un atto di coraggio che esprime anche una nostra sicurezza”

“(sollevando la mano e con un leggero sorriso)... sì, esatto... non so bene perché, ma oggi mi sento più sicura... più salda... allora... al nostro prossimo appuntamento”.

“Arrivederci...”

Giulia si avvia alla porta d’ingresso dello studio, con un passo piuttosto lento. E mentre esce, si sofferma un attimo sull’uscio: “...allora, arrivederci”.

Il pomeriggio del giorno seguente, Giulia mi chiama per chiedere di spostare l’appuntamento programmato a seguito di un improvviso impegno di lavoro. Concordiamo di spostare l’appuntamento di tre giorni. Alla seduta successiva, Giulia entra in studio con passo un po’ incerto. Si distende sul lettino e dopo una pausa piuttosto lunga, seguita da un raccontare di piccoli eventi quotidiani e lavorativi, Giulia rivolgendolo lo sguardo verso di me:

“... devo dirle che, per quanto l’impegno lavorativo fosse davvero giunto inaspettatamente, avrei, volendo, avuto modo di gestirlo senza modificare la data del nostro appuntamento... Il fatto è che quella nostra seduta è stata per me *intensa*... come ha detto anche lei... ‘coraggiosa’... Non so nemmeno io, ancora adesso, come abbia potuto sentirmi *così emotivamente coinvolta*... È stato come se sentimenti *diversi* mi occupassero... Mentre parlavamo... sentivo solo un forte bisogno di contatto, quasi fisico...”

“... in effetti, *abbiamo*^{il10} avuto un contatto fisico...”

“... Sì, certo, rammento bene... e... sa una cosa?... non so come ringraziarla...”

“?”

“... sì, per me è *stato importante che lei non togliesse subito la sua mano da sotto la mia*... che mi lasciasse lì... qualche istante... temevo... di essere respinta... o che lei si sarebbe *offeso*... al tempo stesso, qualcosa mi diceva che lei in qualche modo avrebbe capito...”

Ancora una volta, ci fermiamo su questo passaggio, per alcune brevi annotazioni, utili per l’elucidazione della nostra tematica sulle dinamiche co-transferali.

Ancora una volta, procedendo per schematiche approssimazioni, possiamo notare:

- Anzitutto, come parole e comportamento di Giulia – dal suo modo di uscire al bisogno di spostare l’appuntamento, alle comunicazioni che subito offre all’inizio della seduta, dimostrino la *densità emotivo-affettiva* dell’esperienza vissuta da Giulia nella seduta in cui ha accarezzato la mano dell’analista; Densità che spinge Giulia ad una momentanea presa di *distanza*^{il11} dall’analista al fine di acquietare quell’intreccio di emozioni e sentimenti che l’hanno avvolta e transitoriamente disorientata;
- Altresì la significatività intrapsichica e interpersonale di quell’accarezzare una mano che non si sottrae ma ‘consente’ di essere accarezzata: di un ‘contatto fisico’ che è soprattutto l’agito di un:

Testare: posso davvero *essere sicura* di essere accettata e riconosciuta nel mio bisogno-desiderio di un ‘contatto-con-l’Altro-desiderato-temuto’?

Esporsi: posso consentirmi un ‘osare’ verso l’Altro che è un ‘farmi vedere’ nella forma del sentire?

Ricercare una validazione ‘edipica’ [nel suo rivolgersi ad un Altro-più-grande!] di quell’osare.
- Infine, la validità dell’intuizione dell’analista di accogliere la mano della paziente esattamente *per il tempo da lei voluto, al fine di impedire che la paziente vivesse come colpevole o ‘inadeguato’ l’osare quel contatto. Un contatto*
- Inteso dall’analista come rivolto, in forza delle inconscie dinamiche transferali di Giulia, non solo a lui, ma, per il suo tramite, simbolicamente, all’Altro maschile.** A quel maschile squalificante che aveva interiorizzato – e non solo, come vedremo, dalle lontane esperienze infantili-adolescenziali, col padre e i compagni di liceo – e di fronte al quale aveva ‘imparato’ a ‘non sentirsi a posto’.

Ci pare, alla luce di quanto sin qui visto, di aver documentato a sufficienza come la dimensione co-transferale del setting terapeutico si presenti come espressione di un trasferimento, osiamo dire, come meta-fora⁵, di una relazione pre-cedente e collocata in tempi psicologicamente significativi tra il/la paziente ed uno o più ‘personaggi’ del suo universo relazionale ad una relazione attuale col terapeuta in cui sono presenti tracce analogiche dell’antica relazione.

Aggiungiamo – integrando alcune delle più recenti acquisizioni della svolta relazionale in psicoanalisi – che l’attualità relazionale terapeuta-paziente può svolgere la sua ‘involontaria’ funzione di occasionare la riedizione di un passato significativo del paziente nella misura in cui il terapeuta risulti *capace*^{il12} di accogliere nell’*hic et nunc*

Il rapporto dentro il transfert nella prospettiva della psicodinamica della psicoterapia ipnotica. 2^a parte.¹

Ivano
Lanzini

del suo rapportarsi al/la paziente tanto il sottotesto delle comunicazioni di quest'ultimo/a, quanto il proprio sommovimento emozionale sollecitato (inconsiamente) da quel sottotesto.

Si comprende quindi il perché l'ascolto in psicoterapia svolga una funzione **strumentale strategica rispetto al comunicare**, rendendo quest'ultimo significativo *in quanto e se espressione del primo* (secondo una logica inversa al lascito palaoaltiano della centralità del comunicare).

Altresì si dovrebbe anche comprendere meglio perché quell'ascolto implichi un co-sentire *alla luce del sentirsi dell'analista*. Ovvero del suo saper accogliere le *risonanze* emozionali, affettive, erotiche (nonché cognitive: rammemorazioni, ricordi, sogni) che gli 'accadono' nell'attività di ascolto o nei momenti di apparente distrazione. In quelle modalità di funzionamento **pre-conscie** della mente che, a nostro avviso, molto hanno in comune con i processi **transderivazionali** inconsci⁶ ipotizzati da Milton H. Erickson.

Una volta chiariti gli aspetti dinamici e co-transferali di queste sedute, diviene però importante chiarire da un lato, la loro utilità terapeutica: ovvero la loro funzionalità a risolvere il quadro sintomatologico (attacchi di panico, crisi d'ansia, vertigini) della paziente; dall'altro chiarire come sia possibile 'transitare' da questo contesto 'classicamente' psicodinamico del setting a quello 'ipnotico' connotato da procedure induttive della trance e quindi dal 'rapport'.

E' a questo duplice obiettivo che sarà dedicato il nostro prossimo lavoro. Qui ci basta anticipare come non di transizione vera e proprio si tratti, bensì come **sviluppo per implicazione**.

Note

- 1) La prima parte è reperibile nel n. 4 del 2024 della nostra Rivista. E come nella prima parte, anche qui riportiamo le integrazioni scaturite da richieste di chiarimento avanzate nel corso dell'esposizione del caso clinico.
- 2) Ovviamente la schematizzazione è un artificio 'didattico-espositivo': nella realtà fenomenica i processi qui delineati sono intimamente intrecciati e quindi dotati di margini di sovrapposizione. Essi inoltre avvengono 'sul limitare della consapevolezza' per cui la 'chiarezza' con cui vengono riportate è un effetto ottico.
- 3) E' quasi pleonastico rammentare come questa dinamica intrapsichica sia l'effetto 'finale' delle antiche esperienze relazionali di Giulia nel contesto delle attuali esperienze relazionali esperite nel setting analitico.
- 4) Ci riferiamo al fondamentale lavoro: "confusione delle lingue tra gli adulti e il bambino" che Ferenczi tentò di presentare nel 1932 al XII congresso della Soc.Psicoanalitica Internazionale e che venne pubblicato postumo solo nel 1949.
- 5) Non dimentichiamo che metafora è termine che implica un trasferimento di significato, anzi di una analogia di rapporto tra due termini ad altri due, come insegnato da Aristotele e ben chiarito da Umberto Eco nella voce Metafora della celebre Enciclopedia Einaudi - Torino 1994.
- 6) Si guardi Erickson-Rossi. Vol. IV. PA.123-125

Commenti

- il1) Ovviamente, la stratificazione emotivo-affettivo-erotico si presenta sempre in forme e scansioni e 'impasti' molto differenziati, e ondulatori, ovvero espressivi del procedere inevitabilmente non lineare del percorso terapeutico.
- il2) Fondamentale rammentare come questa duplice tematica stia alla base tanto della sicurezza di sé quanto dell'acquisizione del proprio valore come persone.
- il3) Nel senso peirciano, per cui le ipotesi vanno saggiate primariamente alla luce di ciò che le disconferma. Sono cioè, popperianamente, congetture.
- il4) E' questo il contributo più importante della 'scelta relazionale' in psicoanalisi, quella che ha consentito non solo il rilevamento del coinvolgimento del terapeuta nel prodursi della fenomenologia transferale; ma anche di utilizzare le risposte 'contro' transferali del terapeuta come opportunità 'diagnostica', come possibile strumento di comprensione del paziente.
- il5) Si tratta di memorie sfumate, echi di esperienze antiche, collegate a ricordi 'liquidi'.
- il6) Perché appena accennata, qualcosa che assomiglia all'ombra di un 'sospetto', meglio di un 'vuoi vedere che' appena sussurrato
- il7) Ed invero, accade non di rado che certe emozioni possano manifestarsi per lungo tempo solo nella dimensione gestuale. del resto, anche evolutivamente, il gesto, la sequenza motoria precedono la parola, pur possedendo già almeno una virtualità comunicativa.
- il8) Siamo del parere che l'intera dinamica edipica sia sempre un composto di richiesta e pretesa, di 'aggressività e seduzione; di desiderio e timore. e questo indipendentemente dalla sua tinteggiatura erotico-sessuale.
- il9) Non disutile è rammentare la lettura sartriana dello sguardo dell'altro-su-di-noi. in particolare, il suo svelare una virtualità giudicante che aliena l'osservato e che, per conseguenza, rende l'osservatore un persecutore potenziale. non è un caso che nella fenomenologia psicotica lo sguardo degli altri è letteralmente vissuto come infernale, persecutorio e alienante nel senso più profondo.
- il10) Il tono qui è leggermente accentuato, onde sottolineare la realtà dell'accaduto facendone oggetto parlabile, dicibile, commentabile.
- il11) La dialettica di distanza-avvicinamento e relativi 'passi' è un aspetto fondamentale e 'universale' della fenomenologia transferale. ne denota la sua vivacità ed il suo rappresentare anche un 'fare' nell'analisi.
- il12) E' proprio questa capacità che la psicoanalisi relazionale ha messo in rilievo, indicandola come fondamentale per consentire al paziente non un mero, intellettualistico ricordo del passato, una sua rivisitazione nell'attualità del rapporto col terapeuta. che a sua volta consente una 'saldatura' tra 'qui' e 'allora'.

*Andrea
Nava*

Psicologo,
Psicoterapeuta

Una porta chiusa: un trauma... in relazione

«Mi metterò dietro alle vostre poste
e v'indurrò per volte e giravolte,
per fossi, rovi, sassi, macchie e fratte.
Ora sarò un segugio, ora un cavallo,
ora un maiale, ora un orso che balla,
ora v'apparirò fatua fiammella,
or m'udrete latrare oppur nitrire
ad ogni svolta, e ruggire e grugnire
come un cane, un cavallo, un porcospino,
un orso, una fiammata, a voi vicino.»

W. Shakespeare,

Sogno di una notte di mezza estate,
Atto Terzo, Scena I

“Un’esperienza traumatica dimenticata è causa del mio disagio e continuerà ad avere effetti su di me sino a che qualcosa o qualcuno mi aiuterà a ricordare. Qualora le mie difficoltà rimarranno tali, vorrà dire che ancora quell’esperienza non sarà emersa alla memoria. Devo ricordarla anche se farlo mi fa molta paura”.

Quanto riportato è il tentativo di sintetizzare il pensiero che silenziosamente ha guidato alcune sedute di psicoterapia di una giovane donna, cominciata circa un anno dopo la nascita del suo primo figlio. Nei primi incontri aveva raccontato con grande angoscia l’esperienza del parto, ricordandone le varie fasi: la rottura delle acque, il procedere della dilatazione, il travaglio, la fase espulsiva. Ricordava la concitazione crescente degli operatori sanitari che la stavano assistendo, come un insieme di messaggi contrastanti e di scelte sbagliate, mentre lo sforzo ed il dolore si protraevano, fino allo sfinimento, fino al pensiero che né lei, né il bambino, ce l’avrebbero fatta. Sulla paura di impazzire, poi di morire, si era in seguito depositato un senso di svuotamento che nemmeno il bambino, sano e vitale, nonostante la ventosa, aveva al primo sguardo saputo riempire. Poi la rabbia, tanta da lasciare in silenzio chi, subentrato al turno precedente, aveva avuto il compito di ricucire.

Il racconto particolareggiato rimescolava gli elementi di un’esperienza traumatica che rimaneva viva nel senso di pericolo che si si impigliava, tramutandosi in panico, nei luoghi affollati, nel timore nei confronti di chi la avvicinasse nel suo spazio personale, sia fisico che affettivo. Un senso di fragilità che era il motivo della psicoterapia. La paziente chiedeva l’ipnosi per evitare altri approcci al suo problema, con i quali, a suo dire, avrebbe dovuto rivivere l’esperienza traumatica per superarla. Un’intenzione che comunicava quasi senza considerare di averla appena rivissuta con me, o con quanto di me si era potuto identificare. Una contraddizione? Era chiaro che la paziente aveva come obbiettivo di rielaborare le esperienze causa del suo disagio e per questo cercava un modo per riavere indietro sé stessa dopo ciò che l’aveva attraversata. Mostrava con preoccupazione la sua ferita cercando di accertarsi che chi l’avrebbe medicata e il modo in cui l’avrebbe fatto, fossero lontani da quelli che a suo dire gliel’avevano procurata.

Era invece la teoria implicita che la guidava ad apparire contraddittoria. Una teoria composta da due elementi portanti: per guarire devo rivivere il trauma (anche se non voglio); e - come compresi più avanti - l’evento traumatico di cui sono perfettamente cosciente è collegato ad un altro trauma, che evidentemente non ricordo, ma che, questo sì, dovrei ricordare, rivivere.

Chiedersi cosa motivasse il suo pensiero la portò a fare riferimenti alla personale interpretazione di un altro modello terapeutico, portandola ad un “proviamo prima con l’ipnosi...”, tanto

Una porta chiusa: un trauma... in relazione

*Andrea
Nava*

resistente ad ulteriori riflessioni, quanto rivelatore di una richiesta di aiuto finemente manipolatoria (“proviamo”) ma anche profonda come l'autenticità del dolore che la spingeva. Ripensandoci mi sembra che la paziente simbolicamente si proponesse di affrontare un altro parto, ora direi fantasmatico. Un nuovo parto in cui, con il bambino già nato nelle braccia, era la madre che stava cercando di sgravarsi da un incubo che galleggiava nella sua mente. Questa impressione è ancora più viva se penso a come si era avvicinata alla prima esperienza ipnotica, quando, non tollerando la comune posizione distesa, all'invito di sceglierne una lei più congeniale, decise di raccogliersi in posizione fetale aggrappata ad un grande ed avvolgente cuscino. Raggomitolata nel timore di ciò che sarebbe accaduto, al netto delle mie spiegazioni che cercavano di soccorrere e contenere la cieca determinazione della sua teoria chirurgica, sembrò consegnarsi all'anestesia ipnotica.

Le prime induzioni prodromiche, da lei approciate nel modo descritto, consentirono gradualmente esperienze più distese. Consideravo un progresso la fiducia con cui imparava ad affidarsi prima al lettino, poi alle parole dell'induzione. La relazione sembrava nascere da un rapport in prova, e dal successivo bisogno della paziente di raccontare i contenuti dell'esperienza ipnotica, senza curarsi molto delle premesse secondo le quali “l'esperienza ipnotica libera non richiede necessariamente di essere raccontata ed analizzata”. Parlarne - compresi - assunse la funzione di rassicurarla, mentre lei verificava quanto le angosce che stava vivendo potessero essere legate a quello che si confermava essere la seconda parte della sua teoria: quella di un trauma sopra un altro trauma, e di un inconscio come “una stanza scura” dove si stava nascondendo qualcos'altro, una “violenza dimenticata”, forse.

Questa idea sembrava talmente pervasiva da assumere la forma dell'autosuggestione negativa di un inconscio contenitore di pericoli, di ricordi da estirpare, anzi da conoscere per individuarne le cause, i responsabili. Una psiche cloaca dove farsi aiutare in una “caccia al topo uscito da un tombino di scarico al centro del nuovo pavimento di casa”, come era stata rappresentata in un successivo sogno. Il suo voler sapere se qualcuno, in un momento preciso della sua infanzia, le avesse fatto del male alimentava il senso di fragilità e di esposizione ad un pericolo indefinito. L'immagine della stanza buia, che inaugurava la sequenza di simboli a comporre l'immaginario descritto, era invece angosciosamente comparsa, durante un'induzione ipnotica. Nella ricostruzione della paziente emerse nella parte induttiva dedicata ad una libera distensione: “più sentivo di poter rilassare la mente ed il corpo, più mi sentivo trascinare verso quella stanza buia”. Di certo il terapeuta faceva parte di coloro i quali erano chiamati ad avvicinarsi alla dimensione della sua intima fragilità e quindi al timore di essere nuovamente ferita, violata. Tradita come diceva di essersi sentita in sala parto dove, dopo tanto tempo, si era concessa “di mettersi nelle mani di qualcun altro”.

“Ho avuto l'impressione che durante l'induzione lei si avvicinasse a me, ma sono certa che non è così...” furono però le parole attraverso le quali la paziente mi riconosceva di saper mantenere la giusta distanza, accordandomi la fiducia con la quale comprendere che il filo spinato della sua diffidenza fosse un tentativo legittimo di proteggersi dalla paura di una terapia pensata come una violazione. D'altro canto, “mettersi nelle mani” di altri aveva una storia travagliata.

La prima “seduta” della sua vita - ricordava - era stata sul lettino del pediatra. In quella posizione aveva ascoltato le raccomandazioni del medico alla madre secondo le quali “una bambina non avrebbe dovuto rimanere molto tempo seduta sul bancone di un'osteria dove tutti fumano”. Al tempo si fumava nei locali pubblici belgi, e quello gestito dai genitori era fra i più frequentati. Un clima tossico a cui molto presto era stata esposta, nell'aria e nei rapporti familiari “alcolici”. Il ricordo del primo curante, che aveva saputo riconoscere i suoi bisogni di bambina, compariva - qualcuno direbbe - nel campo della relazione terapeutica, sfuggendo al controllo del rituale riabilitativo che la paziente si era imposto, e con lui la prima possibilità di accostarsi alla cornice affettiva che ospitava il trauma.

Fu comunque necessario assecondare il suo copione terapeutico ed accompagnarla nella sua ricerca, che la portò a dilatare i propri ricordi cercando di cogliere i particolari sospetti, gli indizi utili per risolvere il caso, mentre era la stessa teoria dell'angoscioso sospetto ad apparire significativa. Una teoria che non teneva ancora conto di quanto si stava indirettamente per chiarire, cioè che il senso di fragilità patito dalla paziente in seguito al parto, protratto oltre il periodo in cui poteva essere fisiologico, e divenuto uno stato di allerta costante, con alternanza di rabbia e sconforto, parlava (più che di un ulteriore trauma puntuale dimenticato), di vissuti riferibili alla sua storia per-

Andrea
Nava

Una porta chiusa: un trauma... in relazione

sonale, alle esperienze di accudimento che avevano segnato la sua crescita, e che avevano formato il suo modo di approcciare la vita, quindi il parto e le sue conseguenze.

Di contro, nel dialogo emergente dalle prime induzioni ipnotiche, che si arricchiva sempre di più del contributo del ricordo e del sogno, si andò chiarendo quanto il parto fosse stato la somma perfetta di tutto ciò che nella sua crescita le aveva fatto male. Tutto condensato in un momento - è facile comprenderlo - altamente significativo dove si mischiavano desideri e paure e dove era già cominciato un "dipende da me" che costituiva un mandato che la esponeva all'incertezza di un "ce la farò?", del tutto inedito per ciò che le veniva chiesto.

Sentire di essere "nelle mani di altri... esposta nella mia intimità..., forzata da indicazioni che non capivo... che non dividevo..., fraintesa nella mia sofferenza..., incalzata..., manipolata..., messa in pericolo da chi ormai mi aveva dimostrato di non potermi fidare... e a cui dovevo affidarmi", che affrontava nel parto, coincideva perfettamente con quanto le capitò di fronteggiare nella sua crescita. Una riproposizione delle stesse caratteristiche iatrogene dell'ambiente, della rete familiare e del "paesino" chiuso nell'osteria di famiglia, dalla quale, raccontò, si era emancipata con le proprie forze attraverso un'autonomia basata sull'autosufficienza, tanto da diventare una consulente di successo.

La paziente riconosceva a sé stessa una roduta capacità di cavarsela, di ricostruire equilibri in situazioni disorganizzate, da sola, con il lavoro indefesso, fino a riprendere il controllo. Qualcosa che invece, nel parto, considerato come "la prima volta" in cui accettava con fiducia di affidarsi, non poté esplicarsi, portandola all'assurda e pericolosa impotenza di sentire di non poter far nulla per sopravvivere con il bambino, allo scacco delle sue capacità di fare e di pensare, vero punto traumatico della vicenda. Riporto, nella forma semplificata dei miei appunti, il sogno della paziente, che fra gli altri apparve particolarmente significativo proprio nel chiarire la con-fusione di elementi esperienziali provenienti della sua storia personale, con gli elementi del trauma recente: "Entro in quella casa passando per il garage. La casa a cui i miei genitori mi affidavano quando lavoravano... , guardo il pavimento, è diverso da quello che ricordavo, intravedo il marito della donna che mi teneva dopo la scuola, anche lui beveva, non mi piaceva. Proseguo fino a raggiungere la porta sul retro. Prima di uscire vedo la lavatrice. C'è dell'acqua per terra. La lavatrice mi ricorda il parto. Esco nel giardino sul retro, mi trovo davanti due buche profonde, due voragini. Cerco di superarle camminando sulla striscia di terra che le divide. Non riesco. Torno indietro e mi siedo sui gradini dell'uscita sul retro. Sono sconvolta. Alzo lo sguardo e vedo in lontananza un gruppo di ragazzi... sembrano sbandati, mi fanno molta paura perché sembrano venire verso di me... per farmi del male, ma deviano all'ultimo ed attraversano il muro come fantasmi... Tanta angoscia".

Lasciando al sogno e ai suoi segreti il loro potere evocativo, vorrei limitarmi a segnalare solo due elementi simbolici che hanno catturato la nostra attenzione: pavimento e voragini. Alle voragini vorrei accennare brevemente, soltanto per suggerire di coglierne, come ci capitò nella terapia, l'allusione alla paura mortifera provata dalla paziente nel parto, nonché il suo tentativo di lasciarsi alle spalle il trauma, cercando di attraversarlo in un solitario equilibrismo. Uno scenario in cui doversela cavare da sola sembrava il lascito della mancanza di riferimenti sicuri, del senso di abbandono, che in quella casa aveva sperimentato, e dove, allo stesso modo, finiva nuovamente per trovarsi, sentendosi disperatamente in trappola. Di conseguenza, potevamo cogliere lo sforzo di realizzare la propria genitorialità camminando tra le assenze della genitorialità mancata nella sua storia.

Il primo termine invece mi è utile come esempio della coazione a ripetere del trauma, nella quale era possibile osservare i tentativi inconsci della sua rielaborazione. Intendo dire che quasi tutti i sogni, o i resoconti immaginativi della paziente, contenevano un riferimento al pavimento. "Il pavimento pelvico è sottoposto a notevole stress durante il parto vaginale. Un pavimento pelvico tonico e flessibile può favorire un parto più agevole e ridurre il rischio di lesioni durante il parto. È importante valutare lo stato del pavimento pelvico dopo il parto per individuare eventuali disfunzioni e programmare una riabilitazione". Un esercizio utile per distendere e contrarre il pavimento pelvico consiste nell'assumere una posizione sdraiata e supina, piegando le ginocchia e poggiando i piedi poco distante dai glutei, per poi sollevare ripetutamente il bacino verso l'alto. Il solo pensare al pavimento pelvico, parte del corpo che aveva a lungo occupato le attenzioni della paziente prima del parto, la spingeva alle lacrime.

Una porta chiusa: un trauma... in relazione

Andrea
Nava

Se la gentilezza e la cura della riabilitatrice furono per lei i primi corrimano a cui aggrapparsi perché si riappropriasse del proprio corpo, il pavimento del sogno era, nello spostamento di senso della parola - come suggerisce anche l'etimo - "il suolo sul quale battevano" altre esperienze significative. Il punto su cui si posava il suo sguardo quando cercava di controllare i capogiri dello svenimento, dell'attacco di panico, dello sconforto, e dove molte volte, prima, si era posato, ma anche un insieme di pavimenti: uno trascurato, di servizio, uno composto da mattonelle tra loro differenti, il selciato di una via, fino a quello della sua casa recente, che appariva rinnovato con una inspiegabile apertura al centro. Un pavimento somatico che richiamava i pavimenti palcoscenico delle sue sofferenze e delle battaglie per superarle ed autodeterminarsi. Sia la parte del corpo realmente luogo del trauma, sia il luogo della riabilitazione, del tentativo di un lento riaprirsi alla vita: del ricostituirsi della sua capacità di riappropriarsi con fiducia del proprio futuro. Luogo di una femminilità da declinare nell'ambivalenza data da due versioni di sé, la prima sperimentata nell'essere forte, determinata, rigorosa, solida, ben difesa, "in un mondo di uomini"; l'altra desiderata ma fragile, d'essere accogliente, aperta, affettiva, appassionata, che l'instabilità delle sue esperienze di affidamento, rieditate nel parto, aveva complicato. Ed infine, anche il terreno sul quale approfondire le tensioni affettivo-relazionali del suo disagio, che il progetto coppia-maternità-famiglia aveva nuovamente sollecitato, e che fortunatamente consentiva.

Come suggerito dal sogno, avevamo il trauma ed accanto ad esso rispondevamo gradualmente al bisogno di ridare senso alla parola cura, dapprima confrontandoci con l'insieme di figure ambigue ed imprevedibili, reali o immaginarie, che popolavano i suoi racconti, rappresentanti ed artefici interiori di quella cultura affettiva del sospetto che la ostacolava, e che forse aveva partecipato a rendere quel parto difficile, così difficile da vivere e da digerire. Quindi ponendo l'attenzione sulla disponibilità del suo primo pediatra, di Amelie (l'amica affettuosa), degli zii accoglienti, del fratello con cui si poteva parlare, di quei momenti in cui il padre le faceva cucinare le torte, del marito e della tenerezza che aveva portato nella sua vita, e di tutti coloro che avevano saputo starle accanto.

Mancava qualcuno? La stanza buia, luogo del fantomatico rimosso, era una stanza che apparteneva proprio ai ricordi della casa di quella famiglia alla quale la donna, per un arco di tempo che copriva le scuole primarie di primo e di secondo grado, era stata affidata dai genitori. Una casa grande, con un numero di stanze adeguato ad una famiglia composta dai genitori e diversi figli di età differenti. Una casa/lavatrice in cui si rimescolavano gli abiti dei suoi occupanti e della loro vita caotica nella quale, per lei bambina, era davvero difficile trovare un posto. Un luogo in cui confondersi senza poterci essere, e quasi nascondersi per non correre l'imprevedibile rischio di essere messa "sottosopra".

Setacciare quella casa fu quello che spontaneamente la paziente accettò di fare, fra le parole di una induzione. L'indagine della paziente comprendeva il tornare nel ricordo di quegli ambienti nel tentativo di restituire ordine a quelle esperienze. Ci avvicinammo a quell'ultima stanza mossi, senza dircelo, da due teorie implicite differenti: lei per dare un volto al responsabile della sua fragilità; il terapeuta nella speranza di uno svelamento che desse alla paziente un'ulteriore occasione di riaversi, ovvero di riacquistare fiducia nel proprio mondo interno, di ricucire i lembi di una fiducia lacerata verso sé e verso gli altri.

"Mi sono trovata di fronte un *lutine*, un... come si dice in italiano? ... un folletto! una figura che non so dire se maschio o femmina con... delle foglie sugli occhi...". Nel sogno di una notte di mezza estate, Puck è protagonista della catena di errori e fraintendimenti della commedia, colui che la muove rendendo intricata la vicenda degli altri personaggi. Puck è il caos, è gioco, è la leggerezza nel dramma. È colui che sovverte e poi ricompone, riconcilia. È la confusione spensierata. È quello che fa esattamente quello che non deve fare, sorridendo. Simile all'ingenua vitalità di un bambino che gattona per casa: "ha completamente sfogliato la pianta del salotto (sorride)... ma lo so che non mi capisce se lo sgrido...".

Ci trovammo a confrontarci, non con una violenza da ricordare, ma con una figura nuovamente ambigua, depositaria di un'imprevedibilità che nei pensieri della paziente si faceva gradualmente meno pericolosa. Una figura interlocutoria che sembrava dare una possibilità all'incertezza di quello che poteva essere successo: "...volevano solo farmi dormire in quella stanza..., ma io non volevo...". Non potersi distendere in quello spazio così pieno di ombre, senza una presenza rassicurante, senza le parole che potessero accompagnarla nel buio, era una difficoltà che nel percorso

Andrea
Nava

Una porta chiusa: un trauma... in relazione

di terapia avevamo inizialmente conosciuto. Colpiva il sollievo che comunicò quando ormai eravamo persuasi che non ci sarebbe stata la scena di un abuso ad attenderci, e nemmeno un colpevole sul quale convogliare la rabbia delle sue delusioni e su cui rivalersi per il maltrattamento subito.

Faceva di contro capolino il suo bisogno di spensieratezza, che introduceva un nuovo tipo di rapporto con la confusione della crescita: “la stanza di mio figlio... tanti giochi sparsi... la tata in prova a volte la rimette in ordine ma io non voglio!”. Il bisogno di riscoprire il gioco, senza i limiti incontrati da bambina. Tornare a giocare come tornare a sognare. Sognare quei sogni che vengono dopo il gioco, nei quali il sovvertimento delle regole della realtà è serenamente e creativamente possibile e terapeutico.

La caccia al topo era terminata, e spuntava tra le ombre lo spirito di Puck, testimone dell'alternanza di illusioni e disillusioni della vicenda, rappresentante dell'importanza di sapersi perdere nella confusione delle vicissitudini interne del vivere e del patire, dell'amor perduto e ritrovato. Suggestore di ciò che mancava alla teoria del sospetto, e cioè la libertà di muoversi in una trama affettiva che andava attraversata (rivissuta e compresa) senza preassunzioni, nelle dimensioni comunicative transferali, difensive e simboliche con cui veniva via via narrata, fino al suo compimento.

Ripensando al percorso che ci aveva portati alla fantomatica stanza, ne rivivo oltre alla densità, l'impressione di uno cambio di ritmo non appena giunti a questo punto. Quasi come se la concitazione della caccia fosse stata spinta dal desiderio di rivalsa della donna, più volte dichiarata, nei confronti di chi, in definitiva, non era stato in grado di proteggerla ed accompagnarla. Rivalsa, risentimento, rancore che si ridimensionavano, dopo che quella porta venne aperta, nell'incontro liberatorio con le risorse inconsce condensate nella figura di Puck. Ogni ferita porta con sé una richiesta di risarcimento. Ed il risarcimento sembrava venire dai nuovi sapori, ancora da sperimentare nei loro possibili accostamenti, dell'ingrediente che inaspettatamente le veniva consegnato in quell'incontro, che sembrava poter amalgamare, legare insieme, anche quel che di più amaro aveva sperimentato. E tra gli ingredienti più amari, c'era la spersonalizzazione che la paziente aveva vissuto non solo in ambito medico, ma anche nei modi di pensarsi e di pensare al proprio disagio ed alle sue soluzioni.

Osservavamo insieme quanto il suo percorso di soggettivazione avesse attraversato ambienti che avevano continuato e continuavano (il contesto lavorativo in cui era appena rientrata) a non prevederla nella sua individualità. Ambienti a cui si era adattata ma che tralasciavano, nelle soluzioni cui sembrava costretta, un vivere incentrato su dimensioni più delicate e vitali del suo immaginario, escluse dalla pressione di fare, essere performante e all'altezza di un compito. Contesti che ritagliavano solamente la performance, dal quadro più ampio della sua soggettività, dalle parti che aspettavano di essere convocate per esprimersi e consolidarsi, ma che non avevano udienza.

Riprendo questo tema per concludere, forse sacrificando altre riflessioni possibili a commento di questo racconto clinico ed alla possibilità di una visione dall'alto che può consentire. Ritorno, per farlo, alla domanda di terapia iniziale della paziente, che nella sua legittima formulazione, riproponeva la medesima teoria del ritaglio, dal quadro della sua esperienza soggettiva, del vissuto di “maltrattamento” doloroso e limitante subito. Un'operazione che sembrava prevedere la stessa spersonalizzazione, la privazione cioè della possibilità di dare spazio a quella relazione di cura che in altri contesti era mancata, nelle sue componenti di vicinanza e di ascolto. Nel suo svolgimento, un'operazione non riuscita, perché lentamente scivolata verso una più naturale ricognizione proprio delle relazioni affettive che l'avevano formata, costitutive della persona e della sua sofferenza, nella sua interezza. Anche e soprattutto quelle disfunzionali.

Fino all'incontro con la più recente e con la sua essenza, quella di un'estroversione ribelle e creativa che forniva nuove letture possibili agli sforzi di riempire i vuoti e rielaborare le tensioni di ciò che non aveva funzionato prima e dentro l'esperienza traumatica in primo piano. È inevitabile, in ragione di quanto riportato, considerare come tra le relazioni affettive in causa ci fosse soprattutto quella terapeutica, coinvolta nella multiforme complessità di linguaggi utilizzati dalla paziente, per rappresentare ciò che cercava di nascere tra le ombre. Un setting che per questi motivi non poteva essere deciso a priori dall'uno o dall'altro, ma insieme, nelle aperture di senso che consentiva anche al terapeuta di trovare la sua posizione accanto a lei.

La costruzione dell'oggettività clinica e la commissione Franklin-Lavoisier

Luca
Salvador

Psicoterapeuta
in formazione

Nel 1784 Re Luigi XVI incarica due commissioni, quella dell'Accademia Reale di Scienze e quella della Società Reale di Medicina, di indagare sulla realtà del magnetismo animale, avvalendosi della collaborazione di Charles Deslon, allievo di Mesmer. Il risultato di queste indagini ha ricevuto, nei secoli successivi, valutazioni molto diverse e contrapposte: c'è chi vi ha visto la nascita della moderna logica sperimentale nella medicina scientifica e chi ha denunciato la presenza di un miope riduzionismo fiscalista.

Oggi, potendo osservare questi documenti con un occhio più distaccato, risulta evidente la ricchezza delle problematiche che il lavoro delle due commissioni si è trovata ad affrontare ed emerge anche l'attualità che, le stesse questioni, hanno ancora nella riflessione epistemologica sulle psicoterapie.

Poiché esistono numerose monografie che ne analizzano nel dettaglio la storia, i contenuti e la fortuna critica¹, questo breve contributo si soffermerà soprattutto sulle problematiche relative alla costruzione dell'oggettività nella pratica psicoterapeutica che sono tuttora rilevanti. Credo però sia necessario fare alcuni veloci riferimenti per richiamare alla memoria i fatti principali².

Mesmer arriva a Parigi nel 1778 e l'anno successivo pubblica *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*³ dove, anche in risposta al clamore che stava suscitando con le sue guarigioni che apparivano miracolose, cercava di fornire una spiegazione scientifica alla sua pratica usando le categorie scientifiche del suo tempo. In particolare presupponeva l'esistenza di un «un fluido universalmente diffuso e continuo, in modo da non ammettere alcun vuoto, la cui sottigliezza non consente alcuna comparazione, e che per sua natura è suscettibile di ricevere, propagare e comunicare tutte le impressioni del movimento⁴». Semplificando, Mesmer era riuscito a scoprire l'esistenza di tale fluido e ad utilizzarlo per fini medici. Vale la pena soffermarsi sul pensiero teorico di Mesmer sia perché rappresenta il tentativo di sistematizzare una pratica terapeutica che sembrava vantare un'efficacia empiricamente dimostrabile, sia perché costituirà il principale bersaglio delle due commissioni reali.

Selezionando alcune delle 27 proposizioni contenute nella memoria è possibile fornire una teoria del magnetismo animale che vede questo fluido come l'agente attraverso il quale i corpi sono in rapporto attivo tra loro:

8°. Il corpo animale sperimenta gli effetti alternanti di questo agente; ed è insinuandosi nella sostanza dei nervi che esso li influenza immediatamente.

9°. Nel corpo umano si manifestano in modo particolare proprietà analoghe a quelle del magnete; vi si distinguono poli ugualmente diversi e opposti, che possono essere trasmessi, cambiati, distrutti e rafforzati [...]

10°. La proprietà del corpo animale, che lo rende suscettibile all'influenza dei corpi celesti e all'azione reciproca di quelli che lo circondano, messa in luce dalla sua analogia con il magnete, mi ha indotto a chiamarla MAGNETISMO ANIMALE [sic!].

11°. L'azione e la virtù del Magnetismo animale, così caratterizzate, possono essere trasmesse ad altri corpi animati e inanimati. [...]

12°. Questa azione e questa virtù possono essere rafforzate e propagate dagli stessi corpi [...]

17°. Questa virtù magnetica può essere accumulata, concentrata e trasportata. [...]

21°. *Questo sistema fornirà nuovi chiarimenti sulla natura del Fuoco e della Luce, nonché sulla teoria dell'Attrazione, del Flusso e Riflusso, del Magnete e dell'Elettricità.*

22°. Dimostrerà che il magnete e l'elettricità artificiale, riguardo alle malattie, possiedono solo proprietà comuni a molti altri agenti che la Natura ci offre; e che, se dall'impiego di tali agenti sono

Luca
Salvador

La costruzione dell'oggettività clinica e la commissione Franklin-Lavoisier

derivati alcuni effetti benefici, essi sono dovuti al Magnetismo animale. [...]

25°. *Comunicando il mio metodo, mostrerò, mediante una nuova teoria delle malattie, l'utilità universale del principio che vi oppongo.*

26°. Con questa conoscenza, il medico giudicherà con certezza l'origine, la natura e il progresso delle malattie, anche delle più complesse; ne impedirà l'aggravarsi e giungerà alla loro guarigione, *senza mai esporre il malato a effetti pericolosi o a conseguenze dannose*, qualunque siano l'età, il temperamento o il sesso. [...]

27°. Infine, questa dottrina metterà il medico nella condizione di giudicare correttamente il grado di salute di ogni individuo, e di preservarlo dalle malattie a cui potrebbe essere esposto. *L'arte di guarire raggiungerà così la sua perfezione definitiva.*

Quantunque nessuna di queste Affermazioni, alla luce dell'osservazione costante che ho condotto per dodici anni, mi abbia lasciato incertezza, comprendo facilmente, secondo i principi accolti e le conoscenze consolidate, che il mio sistema, a prima vista, debba sembrare legato all'illusione tanto quanto alla verità. [...]

I Medici, in quanto depositari della fiducia pubblica su ciò che più da vicino concerne la conservazione e la felicità degli uomini, sono i soli in grado, per le conoscenze essenziali al loro stato, di giudicare appieno l'importanza della scoperta che ho appena annunciato e di illustrarne le conseguenze. Solo loro, in una parola, hanno la possibilità di metterla in pratica⁵.

Spero risulti chiaro come Mesmer non solo ritenesse di aver apportato un contributo risolutivo alla medicina, ma anche di aver fornito un principio esplicativo fondamentale per la conoscenza scientifica del mondo fisico, e naturalmente questo va detto senza ironia, anche se la sua teoria del magnetismo animale è ampiamente confutata. Anche chi vede in Mesmer il «precursore della psicoterapia moderna⁶», o il primo a sistematizzare l'uso dell'ipnosi a fini terapeutici trova la concezione del magnetismo animale del tutto inadeguata sia a livello clinico che teorico, anche se non è ben chiaro quale possa essere una teoria alternativa capace di dar conto di tutti i fenomeni osservati. Questo perché è ben possibile falsificare una teoria senza averne pronta una alternativa più valida. Vedremo infatti come la Commissione dell'Accademia Reale di Scienze, pur bocciando giustamente senza appello e giustamente la teoria del magnetismo animale non è veramente capace di fornire una teoria alternativa valida ai fenomeni che pure si osservano durante le sessioni di magnetizzazione.

È stato però giustamente sottolineato come, in special modo la relazione redatta sotto la guida di Lavoisier e Franklin è un «capolavoro di logica del ragionamento⁷» e, letta sotto una determinata prospettiva, ci consente di capire il modo in cui, il metodo sperimentale, organizza l'esperienza per mettere alla prova empirica le implicazioni di una teoria.

Nel *corpus* dei documenti richiesti dal Re consiste però ben quattro relazioni, tutte contenute nel volume *Histoire académique du magnétisme animal*, edita a Parigi nel 1841 a cura di Claude Burdin e Frédéric Dubois. Oltre alla sopra citata, probabilmente scritta da Lavoisier, ne esistono due relative alla Società Reale di Medicina, una collettiva e una di minoranza scritta dal botanico Antoine-Laurent de Jussieu a suo nome, dove assumeva una posizione critica rispetto al lavoro della commissione principale. Esiste poi un rapporto segreto, stilato da Jean Sylvain Bailly, dove emergeva la preoccupazione per le crisi, pervase di sensualità, delle donne mesmerizzate, che facevano temere per la perdita delle difese morali di quest'ultime⁸.

Nel loro interessante saggio Chertok e Stengers⁹ si soffermano soprattutto sulla diversità di prospettiva che è possibile individuare tra il rapporto Franklin-Lavoisier e quello di Jussieu, che rappresentano i due poli attraverso cui si orientano diverse problematiche relative alla costruzione dell'oggettività.

A partire dagli stessi fenomeni iniziali, ovvero le sessioni pubbliche condotte da Deslon attorno alla tinozza e a partire dalla stessa richiesta specifica, ovvero valutare la realtà del magnetismo animale, il modo in cui vengono condotte le indagini divergono profondamente.

Sin dall'inizio, due procedimenti, in altre parole due idee della ragione, si contrappongono: quella del "naturalista" e quella dello "sperimentatore". Per il primo, è proprio perché si può "vedere molto" durante il trattamento pubblico che val la pena soffermarsi su di esso, *imparare a osservare*,

La costruzione dell'oggettività clinica e la commissione Franklin-Lavoisier

*Luca
Salvador*

cogliere le sfumature, notare ciò che a uno sguardo non educato potrebbe sfuggire. Per il secondo, la molteplicità degli effetti è un ostacolo: per individuare il fenomeno, per “distrarne le cause”, per cercare le prove prima dell’esistenza e quindi dell’eventuale utilità del “fluido”, occorre esser liberi di intervenire, osservare attivamente, manipolare i differenti parametri della situazione. Insomma occorre, in termini moderni, sostituire alla scena pubblica, frequentata dai “malati di condizione distinta”, una scena sperimentale in cui è l’uomo di scienza che determina le questioni da porre, le esperienze da tentare, le prove e contro-prove alle quali sottoporre gli oggetti dell’inchiesta¹⁰.

Leggendo con attenzione i diversi esperimenti ideati da Lavoisier si rimane colpiti dalla loro ingegnosità, e soprattutto come essi rispondano a una logica sperimentale sistematica, come scrive Gould: «smontarono in modo conclusivo Mesmer applicando la standardizzazione di situazioni complesse per identificare possibili fattori causali, la ripetizione di esperimenti con controllo e variazione, e la separazione e verifica indipendente delle cause proposte¹¹». Progettarono quindi esperimenti specifici in cui separavano l’effetto dell’immaginazione da quelli della magnetizzazione, dimostrando come l’immaginazione fosse sempre, in tutti i casi osservati, la vera causa degli effetti, ovvero il potere attivo dietro tutte le manifestazioni usualmente attribuite al fluido magnetico. Questo elaborato dispositivo sperimentale può essere però istituito solo a condizione di decostruire il fenomeno iniziale eliminando tutto ciò che poteva esserci di superfluo all’indagine, che verteva sull’esistenza o meno del fluido magnetico. L’approccio di Jussieu, definito da Chertok e Stengers naturalistico, si concentra sull’osservazione di quanto accade nelle sessioni condotte da Deslon nell’effettivo trattamento dei malati. Anche in questo caso arriva a una condanna della teoria del magnetismo animale di Mesmer, considerandola non sufficientemente fondata e aleatoria. Però si guarda bene di buttare via il bambino con l’acqua sporca e infatti la sua valutazione del trattamento è assolutamente positiva:

“La medicina fondata sul tocco”, nota Jussieu, “è stata praticata in ogni tempo e in tutte le nazioni; ma abbandonata a mani poco indicate a gestirla, somministrata senza metodo, relegata tra i mezzi specifici e popolari, ha sempre languito nell’oscurità.” Si tratterebbe quindi, continua Jussieu, di toglierla da questa oscurità, di capire meglio l’azione simultanea o alternativa, e persino opposta, delle cause morali e delle fisiche, di sperimentare metodicamente, di riflettere e di divulgare, di guardarsi dallo spettacolare delle “grandi crisi”, la cui efficacia non è verificata ma che “hanno potuto sedurre perché offrivano grandi effetti e provavano meglio l’esistenza di un agente”. Si tratterebbe insomma di evitare il mistero, le speculazioni, le grandi esperienze di pura curiosità “che fanno la Magia del magnetismo”, per cercar di stabilire su una base solida e perfezionare questa “medicina del tocco, tanto utile in qualche caso e suscettibile di divenirlo ancor di più quando sarà meglio conosciuta”. [...] La medicina ufficiale ancora oggi non può definire quello che Jussieu nei suoi auspici chiamava un procedimento di investigazione metodico che assuma come oggetto positivo ciò che sembra sfuggire alle relazioni razionali di causa-effetto quali noi le concepiamo¹².

Nella proposta di Jussieu possiamo facilmente vedere una maggiore attenzione alla dimensione esperienziale e terapeutica che rivendica l’autonomia della dimensione clinica rispetto alle esigenze sperimentali ed esplicative, senza però rinunciare alla sua aspirazione razionale e sistematica. Questo apre un capitolo importante nella dimensione epistemologica della medicina e soprattutto della psicoterapia, che ne caratterizza la specificità e la complessità. Usualmente il rimprovero che viene rivolto alla commissione Franklin-Lavoisier è quello di non aver adeguatamente considerato le guarigioni come prova dell’esistenza della realtà del fluido magnetico di Mesmer, e di aver declassato a inesistenti, insieme al magnetismo animale, anche le possibili evidenze di fattori curativi reali che emergevano dalle guarigioni, come Jussieu rilevava.

La posizione scelta da Lavoisier e dai suoi colleghi era certamente sensata perché, dal momento in cui si trovavano a dover decidere sugli effetti di questo speciale fluido, era necessario in primo luogo isolarne gli effetti causali in modo che i fenomeni osservati non potessero essere imputati a principi esplicativi più semplici, prima di dover supporre l’esistenza del magnetismo animale. Si tratta di un’applicazione coerente del rasoio di Occam e che lo stesso Lavoisier aveva utilizzato anche nella fondazione della chimica presentandola come una scienza fisico-quantitativa che guarda alla fisica matematica come modello, che aspira allo stesso livello formale. I vecchi principi

Luca
Salvador

La costruzione dell'oggettività clinica e la commissione Franklin-Lavoisier

imponderabili ed inafferrabili, i processi oscuri, i procedimenti analitici inconcludenti sono banditi a favore di un complesso di teorie la cui chiarezza apparve evidente anche ai contemporanei.¹³

Se nella chimica questo lavoro di semplificazione e oggettivazione ha costituito un effettivo progresso dobbiamo chiederci se, nel caso della medicina e ancora di più della psicoterapia, un tale tipo di fondazione sia adeguatamente comprensiva dell'oggetto di studio, che non è più un corpo fisico, ma l'essere umano vivente in relazione complessa con un altro essere umano. Per quanto i membri della commissione avessero convenuto che fosse stata l'immaginazione – oggi si direbbe la suggestione – e non il fluido magnetico ad essere la causa dei fenomeni osservati (e comunque ritenuti reali perché estremamente pericolosi specie dal punto di vista morale e sociale) è interessante notare che questo fattore rimanesse comunque inspiegato e non fosse oggetto di ulteriori approfondimenti. Si potrebbe dire che non esistevano gli strumenti per farlo, eppure è evidente che nelle indicazioni di Jussieu fossero anticipate tutta una serie di indicazioni metodologiche che sono state poi riprese da altri studiosi, da Charcot a Erickson stesso. Vale la pena ricordare che l'ontologia necessaria per la medicina e la psicologia non coincide con quella adeguata a trattare i fenomeni della chimica o della fisica. Da questo punto di vista il lavoro della commissione Franklin-Lavoisier rappresenta veramente uno dei punti di consolidamento di quella che Husserl ha chiamato «crisi delle scienze europee» dove il mondo-della-vita veniva ridotto a ciò che la riduzione a fatto scientifico consentiva di dire su di lui. «Le mere scienze di fatti creano meri uomini di fatto¹⁴», ovvero esseri umani dove la dimensione della soggettività rischia di venir cancellata perché non catturabile dalle procedure sperimentali che servono a ricostruire il fatto dai dati osservati. L'attuale stato della medicina e della psicoterapia scientifica si muove all'interno delle due polarità, mondo-della-vita mondo-dei-fatti cercando di conciliarle salvaguardandole entrambe.

Tra i tanti aspetti che emergono dal quadro che ho tratteggiato vorrei brevemente considerarne due: il primo, generale, concerne la problematicità di costruire e validare una teoria della clinica in relazione agli *outcome* della terapia e dei dati sperimentali; il secondo, più specifico, riguarda l'emergenza e l'individuazione di un gruppo di fenomeni che potremmo chiamare ipnotici e che avrebbero richiesto una speciale elaborazione concettuale per essere compresi e studiati.

Riguardo il primo punto uno degli aspetti più problematici dell'ambito clinico deriva dal fatto che il miglioramento sintomatico o la guarigione non sono direttamente interpretabili come prove dirette dell'efficacia del trattamento effettuato, né come prova della validità del modello teorico sottostante al trattamento. Questo risulta evidente dal fatto che la teoria del magnetismo animale, che Mesmer considerava definitivamente corroborata e comprovata dai molteplici successi terapeutici, non solo fu falsificata dagli esperimenti, ma il suo abbandono non ha minimamente inficiato la comprensione effettiva degli stati ipnotici. Anzi, si potrebbe dire, che la comprensione reale è potuta avvenire *solo* con l'abbandono di quella teoria inutilmente feticista, e che ci si è potuti avvicinare alla comprensione reale dei fenomeni proprio nel momento in cui si è sostituita la teoria fisica con una psicologica¹⁵. Questo perché l'ambito terapeutico non nasce allo scopo di essere un esperimento, ma come luogo di confluenza di un'esperienza complessa dove viene messo in gioco il soggetto nella sua completezza. La manipolazione e il controllo completo delle variabili è impossibile nel contesto reale, non solo per la difficoltà di individuarle e controllarle con precisione, ma anche perché questo implicherebbe considerare gli esseri umani come oggetti, manipolandoli e anche ingannandoli. Diversi esperimenti descritti dalla commissione Franklin-Lavoisier richiedevano di ingannare i soggetti, facendo credere loro che un determinato oggetto fosse magnetizzato quando non lo era, o che lo non lo fosse quando lo era, per osservare come la loro reazione non dipendesse dallo stato di *magnetizzazione* ma dalle loro credenze. Un tale approccio, che oggi viene integrato nei protocolli in cieco, è molto utile a livello sperimentale, ma ingannare più o meno sistematicamente i pazienti compromette ogni rapporto terapeutico, sia esso medico o psicoterapeutico, oltre a non essere deontologicamente ammissibile.

Come ulteriore considerazione epistemologica è abbastanza importante sottolineare come, mentre per l'ipotesi del magnetismo animale venne organizzata una complessa procedura di falsificazione, l'ipotesi alternativa, legata al costruito teorico dell'immaginazione, venne accettata acriticamente benché, a ben vedere, non fosse meno misteriosa nella sua capacità esplicativa. Cos'è, infatti, questa fantomatica immaginazione? com'è possibile che produca o non produca certi effetti? attraverso quali meccanismi opera? È ben vero che l'oggettività delle guarigioni così come la vali-

La costruzione dell'oggettività clinica e la commissione Franklin-Lavoisier

Luca
Salvador

dità della teoria basata sull'immaginazione sarebbe stata molto difficile da studiare dalla commissione, ma questo non vuol dire che non sarebbe stato fondamentale farlo. Gli ispettori si erano trovati di fronte a fenomeni che avrebbero rivelato quelle che Moerman chiama risposte al significato¹⁶, ma non avevano modo di comprenderli perché per poterlo fare avrebbero dovuto costruire un modello teorico capace di esplicitare ipotesi da sottoporre a controllo. Dal punto di vista popperiano possiamo dire che la teoria di Mesmer era scientifica perché ha potuto essere efficacemente falsificata, mentre la loro teoria implicita *alternativa* di fatto non lo era.

Questo ci porta alla seconda riflessione, quella legata al riconoscimento della realtà dei fenomeni ipnotici, che ora riconosciamo come una descrizione più adeguata del mesmerismo. Lo snodo di questo percorso passa attraverso il lavoro svolto da diversi studiosi, fino ad arrivare al fondamentale lavoro di Erickson, e rappresenta abbastanza fedelmente la realizzazione dell'auspicio di Jussieu di un'esperienza metodica di investigazione. Un tale modo di procedere non smette di essere razionale solo perché non si lascia limitare dai vincoli del procedimento sperimentale *stricto sensu*. Un esempio estremamente interessante dal punto di vista epistemologico sono i lavori di Erickson degli anni '20, relazionati in un importante articolo del 1967, *Ulteriori indagini sperimentali sull'ipnosi: Realtà ipnotiche e non ipnotiche*¹⁷. Erickson non solo elabora una complessa serie di ipotesi interconnesse che non solo consentono di interrogare la realtà empirica tramite esperienze sperimentali capaci di dare una risposta osservabile, ma contemporaneamente mantiene un posizione critica sui limiti degli esperimenti stessi.

Furono svolti vari esperimenti con soggetti inesperti e venne ripetutamente confermata la conclusione che né il soggetto né lo sperimentatore potevano essere obiettivi in tali esperimenti, e che i tentativi di indagare sulla natura e sul carattere dei fenomeni ipnotici *dipendevano dalla limitazione di tali indagini a situazioni in cui si manifestava un comportamento ipnotico non guidato o suggerito*, completamente spontaneo, e in cui il soggetto non ipnotizzato poteva rispondere con un comportamento allo stato di veglia altrettanto spontaneo, senza alternativo di alterarlo o falsificarlo. Questa discussione spinse l'autore a numerosi tentativi sperimentali per scoprire una possibile situazione in cui si potesse effettuare una sperimentazione attendibile¹⁸.

Credo sia importante notare come Erickson ponga l'accento sulla *concreta* situazione sperimentale e su come le risposte che fornisce non vadano assunte in maniera acritica ma siano a loro volta suscettibili di errori interpretativi. Superando l'apparente dicotomia naturalista/sperimentatore Erickson cerca di mediare le due prospettive arrivando a esplicitare sempre meglio cosa il dispositivo sperimentale può dire e cosa non può dire di quello che vorremmo sapere.

Ci si rese conto finalmente che il problema fondamentale era imperniato sull'enigmatica questione *dei significati della situazione della realtà entro e fuori la trance ipnotica, e cioè: la persona ipnotizzata percepisce o sente ed elabora la realtà circostante nello stesso modo della persona che non è in stato di trance? [...]* I quesiti portarono inoltre al riconoscimento dell'importanza di una situazione sperimentale in cui il soggetto potesse reagire secondo se stesso, *non influenzato dal comportamento responsivo di altri soggetti sperimentali e senza divenire compiacente nelle sue risposte*. Solo così vi sarebbe stata una vera opportunità di scoprire le possibili differenze tra lo stato ipnotico di consapevolezza e lo stato di veglia, e non mediante imitazioni apprese o tentate¹⁹.

Senza entrare troppo nel dettaglio emerge chiaramente come la formulazione degli indicatori attraverso cui possiamo riconoscere lo stato di *trance*, è ben diverso dalla determinazione dell'oggettività dello stato in sé stesso, e pertanto la difficoltà di indentificarlo univocamente non necessariamente ci dice qualcosa sulla sua esistenza. Ma, soprattutto, Erickson sottolinea la problematicità dell'influenzamento della situazione sulle risposte possibili, e quindi come *non* ci si trovi in una situazione di osservazione oggettiva nel senso della fisica classica, dove osservatore e osservato sono indipendenti. Una volta tenuto conto di questi aspetti si tratta poi di individuare gli elementi differenziali tra lo stato di *trance* e non di *trance*. È però molto significativo che il modello di Erickson, pur mirando a una semplificazione rispetto alla realtà, evidenzia tutta una serie di specificità individuali (siano esse uniche o comuni a più persone) adottando un approccio di continuo feedback critico della validità della situazione sperimentale stessa.

È degno di nota che nelle situazioni sperimentali risultasse particolarmente critico attuare uno stato di *trance simulata*. Come si poteva essere certi che il paziente simulasse tale stato, quando cercava effettivamente di simularlo? Ci si rese conto ben presto che non si poteva chiedere di simulare

*Luca
Salvador*

*La costruzione dell'oggettività clinica
e la commissione Franklin-Lavoisier*

l'ipnosi a un soggetto in uno stato ordinario di consapevolezza né si poteva usare, per differenziare la consapevolezza ipnotica da quella della veglia, un soggetto che già avesse una esperienza ipnotica, poiché tanto migliore era la simulazione, tanto maggiore sarebbe stata l'attualizzazione, e non si poteva neppure essere certi che un soggetto totalmente ignaro non sviluppasse imprevedibilmente l'ipnosi²⁰.

È particolarmente significativo e per nulla intuitivo che la simulazione sia così problematica da realizzare, perché rivela quanto siano dinamici i fenomeni che si vogliono studiare al punto che la loro manipolazione, a fini sperimentali, richieda un'accortezza molto superiore a quella richiesta dal fluido magnetico nella commissione Franklin-Lavoisier.

Note

- 1) Per citarne alcuni in primo luogo il testo di Chertok L., Stengers I., Il cuore e la ragione, Feltrinelli, Milano 1991; Ossicini S., L'inganno di Mesmer e la commissione Franklin-Lavoisier, Meltemi, Milano 2019; Lago G., L'illusione di Mesmer, Castelvecchi, Roma 2014. Ovviamente il lavoro delle commissioni sono citati, più o meno ampiamente, in qualsiasi storia dell'ipnosi, ad esempio Gauld A., A history of hypnotism, Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- 2) Prendo come riferimento il testo di Alan Gauld, A history of hypnotism, op. cit.
- 3) Mesmer F. A., Mémoire sur la découverte du magnétisme animal, Didot le jeune, Paris 1779.
- 4) Ivi, p. 74, prima proposizione, traduzione mia.
- 5) Ivi, pp. 74-84, traduzione mia. I corsivi sono aggiunti.
- 6) Sweig S., L'anima che guarisce, Edizione e/o, Roma 2005, p. 25.
- 7) Gould S. J., La catena della ragione contro la catena dei pollici, in Bravo brontosauro, Feltrinelli, Milano 1993, p. 189.
- 8) In italiano è possibile leggere tre delle relazioni nel libro di Stefano Ossicini, op. cit. Manca la traduzione del testo di Jussieu. La relazione Frankling-Lavoisier è una lettura molto istruttiva, perché è possibile toccare con mano, direttamente dalle fonti, il modo di procedere della commissione e osservarne non solo la modernità ma anche l'onestà intellettuale.
- 9) Cfr. Chertok L., Stengers I., op. cit.
- 10) Ivi, p. 20. I corsivi sono aggiunti.
- 11) Gould S. J., op. cit., pp. 190-191.
- 12) Chertok L., Stengers I., op. cit., p.35.
- 13) Abbri F., La rivoluzione chimica, in Storia della scienza, a cura di Rossi P., Utet, Torino 1988.
- 14) Husserl E., La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale, Il saggiatore, Verona 1961, p. 35.
- 15) Per guardarci dal sorridere troppo dell'ingenuità di Mesmer dovremmo pensare all'uso altrettanto ingenuo di concetti come l'entanglement quantistico nella psicologia, uso che replica lo stesso schema di fondazione naturalistica attorniata da un'aurea mistica omnesplicativa.
- 16) Cfr. Moerman, D. E. Meaning, Medicine, and the "Placebo Effect", Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- 17) Erickson M., Ulteriori indagini sperimentali sull'ipnosi: Realtà ipnotiche e non ipnotiche, in OME vol. 1.
- 18) Ivi, pp. 41-42. Corsivi aggiunti.
- 19) Ivi, pp. 51-54. Corsivi nel testo.
- 20) Ivi, p. 35.

Ipnosi e Mindfulness

**Francesco
Malvasi**

Psicologo,
Psicoterapeuta

*Contrariamente si ritiene che una mente forte
sia quella che pensa in modo frenetico.
In realtà la mente è forte se è libera dai pensieri.*

Ramana Maharshi

Sono uno psicologo e uno psicoterapeuta: esercito una professione sanitaria nella quale sono posto in continuo contatto con la sofferenza dell'uomo e con il bisogno di superarla. Penso che molta della sofferenza che sentiamo in noi trovi la sua origine nel modello di uomo imposto dalla società in cui ci troviamo a vivere. Siamo spesso disorientati, dirottati verso varie direzioni da molteplici modelli di comportamento e valori indotti dalla tumultuosa civiltà attuale, sempre più in crisi. Il più delle volte questi modelli non seguono lo sviluppo fisiologico, cioè normale, dell'uomo; rappresentano, piuttosto, una "deviazione" da quanto è inscritto nella sua condizione biologica. Quando seguiamo qualunque altra direzione che non sia quella rispondente alle nostre esigenze biologiche-naturali, è fatale che il nostro organismo sia ammalato e soffra.

I centri nervosi del nostro cervello ricevono continuamente una quantità enorme di stimolazioni di ogni specie, di sollecitazioni di varia intensità, cui devono rispondere per adempiere alla loro specifica funzione di relazione con le persone e con l'ambiente. Si tratta di stimolazioni provenienti sia da fatti esterni della vita (situazioni familiari, rapporti di coppia, avvenimenti in cui si è coinvolti), che da stimoli intrapsichici dovuti a rievocazioni di esperienze passate o anticipazioni immaginarie degli eventi futuri.

I centri nervosi del cervello sono in comunicazione con tutti gli organi del nostro corpo grazie ad apposite fibre: plessi, centri, gangli, fibre vagali, simpatiche, ecc. Tale comunicazione non è unidirezionale, ma avviene nei due sensi, del dare e del ricevere.

Nei centri nervosi del cervello e nel sistema periferico esistono molteplici neurotrasmettitori, sostanze biochimiche-ormonali di fondamentale importanza (dopamina, serotonina, acetilcolina, GABA) nella trasmissione e modulazione del funzionamento del sistema nervoso.

Quando queste sostanze sono in equilibrio fra loro, tutte le funzioni del nostro organismo si svolgono regolarmente; se, invece, questo equilibrio viene alterato, l'alterazione si ripercuote in questa o quella parte dell'organismo: avvengono le malattie degli apparati (malattie somatiche), le malattie del sistema nervoso (malattie neuro-psichiatriche) e i disturbi del comportamento. L'equilibrio o l'alterazione di tali neurotrasmettitori dipende dalla capacità dell'individuo di dare o meno una risposta adeguata alle sollecitazioni, agli impulsi e alle sollecitazioni della vita. Le emozioni conseguenti vanno dalla gioia al dolore ed attivano automaticamente le strutture genetiche finalizzate alla sopravvivenza, i *programmi psico-comportamentali che si svolgono a livello della coscienza* (cioè le strategie che l'uomo ha nella corteccia del suo cervello, sede dell'apprendimento), *sia i programmi biologici somato-viscerali* che si attuano al di fuori della coscienza, cioè inconsapevolmente (quelli degli apparati e degli organi destinati a realizzare queste azioni e reazioni). I problemi nascono quando le azioni corrispondenti agli stimoli non si verificano: l'attivazione somato-viscerale permane e produce stress-cronico. Nascono così le malattie psicosomatiche. Nascono così i conflitti.

Semplificando molto, tutto dipende da come le sollecitazioni sono recepite. Se una persona è psicologicamente sviluppata, le scariche emotive reattive agli stimoli vengono per così dire sgrigliate e subito assorbite nei centri nervosi corticali di controllo: è questa la loro funzione. I centri nervosi restano così liberi, sgombri e sono subito nuovamente pronti a 'parare altri colpi', ad ammor-

Francesco
Malvasi

tizzare altre scariche emotive. L'attivazione emotiva, così assorbita, porta all'azione adeguata ed efficace: non lascia traccia, se non come un semplice ricordo, di cui la persona si servirà per le sue future azioni e scelte. In tal modo l'equilibrio delle sostanze biochimico-ormonali non è turbato o si ricompone prontamente.

Per la persona che ha raggiunto l'evoluzione affettiva normale, tutte le esperienze, anche quelle negative, non interferiscono nella sua attività, ne restano al di fuori e, invece, vengono ad avere un risvolto positivo, perché aumentano il suo bagaglio di conoscenza. Nella persona cosiddetta "normale" tutto concorre alla sua crescita: per questo è altamente creativa e non sente la stanchezza, se non momentaneamente.

Mindfulness e Ipnosi rappresentano, a mio modo di vedere, due strumenti a disposizione degli individui per fronteggiare l'eccesso di stimoli che se, non adeguatamente metabolizzati, potrebbero esporli all'insorgenza di sintomi che possono invalidare la qualità della loro esistenza.

Quasi tutte le culture hanno sviluppato delle pratiche che aiutano le persone a coltivare la consapevolezza del momento che stanno vivendo. Tutte le grandi religioni del mondo utilizzano dei metodi che permettono agli individui di focalizzare la loro attenzione, dalla meditazione alla preghiera, dallo yoga al tai-chi. Essere consapevoli in modo mindful, coltivando la ricchezza della nostra esperienza del qui e ora, esercita effetti benefici scientificamente riconosciuti sulla nostra fisiologia, sulle nostre funzioni mentali e sulle nostre relazioni interpersonali.

L'espressione *mindfulness* è stata introdotta un secolo fa dal traduttore Rhys David mentre lavorava sui testi in lingua pali della Buddhist Text Society. Egli se ne servì per tradurre il termine pali *sati*, le cui abituali traduzioni alternative sono 'consapevolezza' o 'nuda attenzione'. Nelle sue diversificazioni, maturate nel corso di 2500 anni, il buddhismo ha dato vita ad un corpus di dottrine straordinariamente complesse che si reggono tutte su un perno fondamentale: la consapevolezza.

La teoria buddhista si avvicina molto ad una psicologia sofisticata e sistematica, più che ad una teologia o ad una cosmologia. A differenza delle psicologie occidentali, i suoi concetti sono sempre intesi come supporto di insegnamenti pratici, senza perdere mai di vista il raggiungimento della liberazione dai vari stati di prigionia spirituale. L'essenza della dottrina buddhista, accettata dalle diverse scuole indipendentemente dagli altri dissensi, si esprime nelle Quattro Nobili Verità. Esse sono: la vita comporta sofferenza, questa sofferenza ha delle cause, essa può terminare ed esiste un sentiero per mettervi fine. Nell'elaborazione dell'ultima verità, nelle descrizioni di come sia possibile raggiungere la liberazione, emerge in primo piano l'importanza della presenza mentale. Il desiderio, la malevolenza, il torpore, l'agitazione e il dubbio sono i fattori che si frappongono sin dall'inizio ai tentativi di stabilire la presenza mentale. La presenza mentale differisce dagli stati fortemente condizionati dalla consapevolezza giornaliera, ma la si può esercitare con pratiche che mirino a recuperarne la qualità incondizionata. Esse implicano tradizionalmente l'attenzione disciplinata verso il corpo, la respirazione, le reazioni percepite, i modelli mentali e la comprensione della natura fondamentale della realtà in tutta l'esperienza.

La pratica della mindfulness non consiste nell'ottenere l'illuminazione domani ma nell'essere reali oggi, cioè liberi dall'irrealtà dei pregiudizi.

Daniel J. Siegel individua nella mindfulness quella modalità di essere totalmente nel momento presente: è attenzione della mente e del cuore al dispiegarsi dell'esperienza liberandoci dalla distrazione e dalla dispersione mentale consentendoci di vivere pienamente ogni istante. La presenza mentale è un modo di essere consapevoli in modo ricettivo. Il benessere "mindful" non attiene al fare qualcosa per possedere qualcosa, ma all'Essere: essere presenti al miracolo della vita che si dispiega momento per momento, qui e ora. Sembra che l'esperienza della presenza mentale si verifichi più agevolmente per certe persone rispetto ad altre, ma la si può migliorare svolgendo esercizi, antichi o moderni, finalizzati a risvegliarla.

Siegel e collaboratori presso il Mindfulness Awareness Research Center dell'UCLA hanno riconosciuto alla mindfulness la capacità di promuovere le funzioni integrative della corteccia prefrontale, che sono implicate nei processi di regolazione corporea, di sintonia interpersonale, di stabilità emotiva, di flessibilità di risposta, di capacità di intuizione nonché di azione morale.

La pratica della mindfulness e l'esperienza della psicoterapia sono eccellenti alleate. La centralità dell'attitudine mindfulness emerge come fattore di terapia e come obiettivo della stessa, trasversalmente a diversi orientamenti. In accordo con Corrado Pensa, il più autorevole insegnante italia-

Ipnosi e Mindfulness

*Francesco
Malvasi*

no di meditazione, penso che una buona psicoterapia possa rendere la pratica della consapevolezza più fondata, viva e perspicace. La meditazione, a sua volta, può approfondire e accelerare notevolmente il processo psicoterapico.

Diventire consapevoli della pienezza della nostra esperienza ci rende consapevoli del mondo interno della nostra mente e ci immerge completamente nella nostra vita, influenzando in modo diretto e benefico il funzionamento del corpo e del cervello, della vita mentale soggettiva, con i suoi sentimenti e pensieri, e delle relazioni interpersonali. Tale forma antica e utile di consapevolezza attiva il circuito sociale del cervello consentendoci di sviluppare una relazione sintonizzata con le nostre menti. L'essere "mindful", nel senso più generale del termine, riguarda il risvegliarsi da una vita vissuta in automatico e l'essere sensibili alle novità nelle nostre esperienze quotidiane. Con l'ausilio di tale tipo di consapevolezza il flusso di energia e informazioni che è la nostra mente entra nella nostra attenzione cosciente e noi possiamo comprendere i suoi contenuti e riuscire a regolare il suo flusso in modo nuovo. Questo implica effettivamente più del semplice essere consapevoli: implica essere consapevoli degli aspetti della mente. Aniché vivere in modo automatico e superficiale (*mindless*), la *mindfulness* ci rende consapevoli, e riflettendo sulla mente abbiamo la possibilità di operare delle scelte. Tutto questo favorisce la nostra possibilità di cambiare.

Nella pratica contemplativa *mindful*, la mente si focalizza in modi specifici per sviluppare una forma più rigorosa di consapevolezza del momento presente che può alleviare in modo diretto la sofferenza della propria vita. Ricerche sulle pratiche di consapevolezza *mindful* rivelano che esse rafforzano il funzionamento del corpo: la sua capacità di guarigione, le risposte immunitarie, la reattività allo stress e il senso generale di benessere fisico (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher et al., 2003). Anche le nostre relazioni con gli altri migliorano, forse perché la capacità di percepire i segnali emotivi non verbali degli altri può essere rafforzata e la capacità di sentire i mondi interni degli altri accresciuta. Così finiamo per fare esperienza in modo compassionevole dei sentimenti degli altri e possiamo empatizzare con loro poiché ci risulta più semplice comprenderne il punto di vista.

Secondo Kabat-Zinn: *"una definizione operativa della Mindfulness è: la consapevolezza che emerge se prestiamo attenzione in modo intenzionale, nel momento presente e in modo non giudicante, al dispiegarsi dell'esperienza momento per momento"* (Kabat-Zinn, 2003, pp.145-146). La riflessione sulla natura dei propri processi mentali è una forma di "metacognizione", un modo per pensare al pensiero in un senso più ampio del solito. Quando abbiamo una meta-consapevolezza ciò indica che siamo consapevoli della consapevolezza. La consapevolezza della consapevolezza è una forma di riflessione sulla natura interna della vita, sugli eventi della mente che emergono momento per momento. La differenza tra camminare in modo *mindless* o in modo *mindful* è che nel secondo caso siamo consapevoli, momento per momento, di quello che facciamo mentre lo facciamo. La *mindfulness* accresce la capacità di riempirsi delle sensazioni del momento e di sintonizzarsi con noi stessi. Quando diventiamo consapevoli anche della nostra consapevolezza, possiamo intensificare il nostro focus sul presente permettendoci di sentire i nostri piedi mentre percorriamo i sentieri della vita. Ci impegniamo con noi stessi e con le altre persone stabilendo un legame più autentico, riflessivo e attento, avvicinandoci al qui e ora con curiosità, apertura, accettazione e amore.

Avvertendo la profonda importanza di adottare un atteggiamento *mindful*, Jon Kabat-Zinn, alla fine degli anni Settanta, ha avviato un progetto finalizzato ad applicare queste idee antiche alla medicina moderna. Kabat-Zinn ha sviluppato un approccio che oggi viene applicato ed insegnato nella facoltà di Medicina dell'University of Massachusetts Medical Center, per prendersi cura dei pazienti che non possono più essere aiutati dagli interventi medici tradizionali o per alleviare le sofferenze e contribuire alla guarigione di quei pazienti trattati con metodi tradizionali. D'accordo con la facoltà di Medicina, Kabat-Zinn avvia la clinica per la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), avvicinando all'antica pratica della *mindfulness* individui con una vasta gamma di patologie mediche croniche che vanno dal mal di schiena alla psoriasi. Kabat-Zinn e collaboratori, tra i quali Richard Davidson dell'Università di Madison, Wisconsin, sono riusciti a dimostrare che il training MBSR può aiutare a ridurre gli stati soggettivi di sofferenza e a migliorare la funzione immunitaria dei pazienti, ad accelerare la loro guarigione e a coltivare le relazioni interpersonali e il senso globale di benessere (Davidson et al., 2003). La *mindfulness* può anche prevenire le ricadute nei casi di depressione cronica trattati con la terapia cognitiva (Segal, Williams, Teasdale, 2002). La *mindfulness* è utilizzata inoltre come componente essenziale nel trattamento del disturbo

Francesco
Malvasi

borderline di personalità con la terapia dialettico-comportamentale di Marsha Linehan.

I principi della mindfulness sono anche rilevabili nella applicazione della cosiddetta “terapia dell'accettazione e dell'impegno” (ACT), (Hayes 2004) del modello comportamentale contemporaneo e la Mindful Based Cognitive Therapy (MBCT) utile a prevenire le ricadute di pazienti con episodi depressivi cronici.

L'idea generale degli effetti benefici della mindfulness è che l'accettazione della propria situazione possa alleviare il conflitto interno che si scatena quando le nostre aspettative sulla vita non corrispondono a come la vita è nella realtà. Essere mindful implica percepire ciò che è, anche i propri giudizi, e notare queste sensazioni, queste immagini, questi sentimenti e pensieri, vengono e se ne vanno. Da questo modo di essere riflessivo, emerge un processo fondamentale chiamato “discernimento”, in cui diventa possibile essere consapevoli del fatto che le attività della propria mente non sono la totalità di ciò che si è. Discernere significa disidentificarsi dall'attività della propria mente; diventando consapevole delle sensazioni, delle immagini, dei sentimenti e dei pensieri, si giunge a vedere queste attività come delle onde che si muovono sulla superficie del mare della mente, andando e venendo, come il nostro respiro.

Tutti i modelli terapeutici che includano i processi di mindfulness hanno come scopo principale quello di portare la persona a modificare alla radice il rapporto con le proprie esperienze in generale, e con quelle interne in particolare, e la funzione che queste svolgono nella vita della persona stessa. L'obiettivo è quello di sviluppare l'abilità di ognuno di noi di osservare la propria esperienza mentre accade e non solo quella di esserne il soggetto, il protagonista e l'attore. Questa capacità del sé di osservarsi in azione in modo non giudicante e non orientato a modificare in alcun modo ciò che sta osservando, crea uno spazio e un decentramento necessari a perseverare nelle proprie scelte e nei propri comportamenti anche in presenza di esperienze di vita dolorose e spaventose. La sofferenza umana è ubiquitaria e praticare mindfulness se non aiuta a liberarsene e risolverla può aiutare a meglio accettarla e sopportarla. Condivido con Kabat-Zinn che nessuno di noi dovrebbe ritenere di comprendere fino in fondo la *mindfulness* e le sue implicazioni, o avere la presunzione di essersi avvicinati tanto da incarnarla completamente nella nostra vita e nel nostro lavoro, anche mentre parliamo dell'importanza di farlo. In realtà, con le parole immortali di Suzuki Roshi, siamo tutti dei *principianti*.

Secondo Nyanaponika Thera, la *mindfulness* è l'infallibile chiave maestra per *conoscere* la mente ed è perciò il punto di partenza; è lo strumento perfetto per *formare* la mente ed è quindi il punto focale; è la nobile manifestazione della raggiunta *libertà* della mente ed è perciò il punto culminante..

Kabat-Zinn (2008) scrive che in tutte le lingue asiatiche la parola che definisce la mente è la stessa che definisce il cuore. È dunque importante ricordare a noi stessi che se non sentiamo *heartfulness* (la pienezza del cuore) quando usiamo o sentiamo *mindfulness* (la pienezza della mente) potremmo praticare male. Thich Nhat Hanh attraverso i suoi insegnamenti ci invita a riconciliarci con noi stessi e con gli altri attraverso la presenza mentale e la consapevolezza. In *Spegni il fuoco della rabbia*, ci ricorda come il Buddha avesse compreso che all'origine dell'infelicità vi fossero tre cause: l'errata conoscenza, il desiderio ossessivo e la rabbia. La rabbia è la più nefasta: è capace in un solo istante di minare sino alle fondamenta corpo e anima, distruggendo la nostra spiritualità. La profonda comprensione di questa emozione rende possibile riconoscere, circoscrivere ed alleviare le sofferenze provocate dalla collera che potrebbe diventare un alleato fondamentale per trasformare noi stessi e far emergere la nostra bontà primordiale. Cercare di trovare la felicità fuori di sé è pura illusione: la vera felicità è quella che viene dall'interno quando siamo capaci i trasformare il dolore dentro di noi. Secondo gli insegnamenti del buddismo, la condizione essenziale per la felicità è la libertà dalle formazioni mentali della rabbia, della disperazione, della gelosia e dell'illusione. Fino a quando questi veleni rimangono in noi, non è possibile alcuna felicità.

Si sia cristiani, ebrei, mussulmani, induisti o buddhisti, se si vuole essere liberi si deve praticare. Non si può chiedere a Gesù, Buddha o Maometto di togliere la rabbia dai nostri cuori per conto nostro. Quando impariamo a prenderci cura della nostra sofferenza possiamo aiutare gli altri a fare lo stesso. Quando una persona si esprime con rabbia la motivazione va ricercata nei sentimenti di sofferenza intensa che sta sperimentando. Al fine di comprendere e trasformare la rabbia, Thich Nath Hanh suggerisce di esercitarsi nella pratica dell'ascolto compassionevole ed empatico e di imparare ad esprimerci con parole amorevoli. Si ascolta con occhi, orecchi, corpo e mente con

Ipnosi e Mindfulness

*Francesco
Malvasi*

un solo scopo: permettere al nostro interlocutore di esprimere se stesso e di trovare sollievo dalla sua sofferenza, mantenendo in noi viva la compassione per tutto il tempo dell'ascolto. Un ascolto privo dall'attitudine al giudizio e al biasimo. "Quando ti arrabbi" - egli scrive - "ritorna a te stesso e prenditi molta cura della tua rabbia. Quando qualcuno ti fa soffrire, ritorna a te stesso e prenditi molta cura del tuo dolore, della tua collera. Non dire niente. Non fare niente: qualunque cosa tu dica o faccia mentre sei arrabbiato potrebbe danneggiare ancora di più la tua relazione con l'altro"(...) "Se la tua casa va a fuoco, la prima cosa da fare è cercare di spegnere l'incendio, non correre dietro alla persona che credi l'abbia appiccato. Mentre inseguì il presunto incendiario la tua casa finirà distrutta dalle fiamme".

Il Buddha ci ha dato strumenti molto efficaci per spegnere gli incendi dentro di noi: il metodo del respiro consapevole, il metodo della camminata consapevole, il metodo dell'abbraccio della rabbia, quello dell'osservazione profonda dell'altro per renderci conto che anche lui è una persona che soffre ed ha bisogno di aiuto. Dal mare di fuoco che eravamo, potremmo trasformarci in un lago rinfrescante: non solo smettiamo di soffrire, ma diventiamo anche una fonte di gioia e di benessere per le persone che abbiamo intorno.

Nath Hanh paragona la rabbia ad un bambino piccolo che sta male, che piange, che strilla, che ha bisogno che la mamma lo prenda in braccio. Per il nostro bambino, per la nostra rabbia, noi siamo la mamma. Praticando il respiro consapevole abbiamo l'energia di una madre che prende in braccio il suo bimbo e lo culla; basta solo abbracciare la propria rabbia, il proprio bambino, ispirando ed espirando, perché questi si senta subito meglio. Tutto quanto viene abbracciato dall'energia della consapevolezza subisce una trasformazione. Come un agricoltore biologico non butta via i rifiuti organici perché gli servono per essere trasformati in *compost*, che a sua volta si trasformerà in lattuga, radicchio e fiori, ognuno di noi può trasformare rabbia e odio riconvertendoli in pace e amore. Si pratica in due fasi: prima si riconosce e si abbraccia la rabbia, poi si osserva in profondità la natura di questo sentimento per vedere da cosa sia stato generato. L'energia della consapevolezza penetra in quella della collera proprio come l'energia della madre entra in quella del bambino mentre lo culla e gli canta una ninna nanna.

La presenza mentale è l'energia che fa essere vigili e consapevoli del momento presente; è la pratica costante di entrare in contatto profondo con la vita di ogni singolo attimo. Per praticare la presenza mentale non occorre andare da qualche altra parte: possiamo continuare a fare quello che facciamo sempre - camminare, sedere, lavorare, mangiare, parlare - ma consapevoli di ciò che stiamo facendo. La maggior parte di noi lascia che la ricchezza dell'attimo scivoli via, sfiorandoci appena. Dirigendo la concentrazione sull'inspirazione e sull'espirazione quando la mente divaga, cioè praticare a fondo la consapevolezza del respiro, ci riporta al presente: il corpo e la mente diventano una cosa sola. Il seme della presenza mentale si trova in ognuno di noi ma di solito ci dimentichiamo di innaffiarlo. Se sappiamo prendere rifugio nel nostro respiro, nei nostri passi, riusciamo ad entrare in contatto con i semi di pace e di gioia che abbiamo dentro e a lasciare che si manifestino consentendoci di gestire meglio le sfide che la vita ci presenta.

L'ipnosi neo-ericksoniana, utilizzando gli stati modificati di coscienza, permette al paziente di recuperare le risorse interne e trovare nuove soluzioni per i propri problemi.

Secondo Milton H. Erickson, l'accesso agli apprendimenti già sedimentati, consente di migliorare il nostro presente e il nostro futuro. Questo concetto può essere ampliato per avvicinarci a culture lontane nel tempo e nello spazio, come il pensiero orientale e la tradizione buddhista che ispirano le tecniche di Mindfulness. Erickson, è stato spesso accostato alla cultura orientale per le caratteristiche del suo approccio, simili, per molti aspetti, ad alcune concezioni ed espressioni proprie del taoismo e dello Zen.

Il parallelismo fra le tecniche meditative proprie della Mindfulness con la trance ipnotica è immediato. L'approccio proprio della *Ipnosi Neo-Ericksoniana*, in cui si utilizza uno stato di coscienza modificato per favorire la ricerca e l'utilizzazione delle risorse interne del paziente e delle potenzialità personali richiama il gran beneficio che pratiche come lo yoga e i vari tipi di meditazione possono apportare nella vita quotidiana. Esse sono utili per mantenere a lungo quella concentrazione mentale che consente di rimanere calmi, vigili e presenti e trovano indicazione in caso di stress, di nervosismo, di ansia e fobie. Se vogliamo trovare delle analogie tra la mindfulness e il processo ipnotico, i processi meditativi possono essere assimilati all'*induzione e all'approfondimento* della trance: qualcosa di analogo ad una ipnosi neutra. Entrambe incoraggiano un *locus of control*

Francesco
Malvasi

Ipnosi e Mindfulness

interno ed attivano un processo di *dissociazione*, insegnando a dis-identificarsi dai propri pensieri ed emozioni e a trasformarli. Orientare l'attenzione, come accade in ipnosi e con le pratiche di meditazione proprie della mindfulness, è un processo esperienziale, più che razionale, e porta ad una espansione della consapevolezza della propria percezione. Tutto questo aiuta il soggetto a decentrarsi da pensieri ed emozioni, e attraverso l'osservazione non giudicante, vengono considerati come fenomeni passeggeri.

Alla base delle due esperienze sembra ci siano dei processi neurologici comuni ampiamente sovrapponibili. Durante l'ipnosi, si verificano momentanee e funzionali modificazioni della percezione, delle sensazioni, dei pensieri e dei comportamenti (Kirsch, 1994), così come della consapevolezza e della memoria (Kihlstrom, 1987). Dal punto di vista fenomenico, le due esperienze sembrano avere una motivazione comune, ovvero quella di consentire al soggetto non solo di recuperare le risorse ma anche di trovare nuove indicazioni operative per i propri problemi.

L'ipnositerapia, in quanto terapia, va oltre il rilassamento ed è più orientata verso un obiettivo terapeutico concordato con il paziente.

L'ipnositerapia è l'arte di comunicare con quella parte profonda di noi stessi che è l'inconscio. E nell'inconscio possono essere piantati i semi per far sbocciare ogni cosa, anche la consapevolezza. L'ipnosi e l'autoipnosi possono diventare potenti alleati per sostenere la meditazione di Mindfulness, guidandoci a sviluppare la capacità di osservare tutto ciò che accade rimanendo al centro di noi stessi e conservando la nostra pace interiore. L'origine dello squilibrio che porterà il corpo ad ammalarsi, a sentirsi male o a sviluppare dolore è sempre interiore. Tutto quello che ci porta via da noi stessi, dalla nostra verità, dal nostro presente, può essere definito *ipnosi negativa*: viviamo tutti profondamente ipnotizzati da programmi del passato, *file* pieni di vecchie immagini, condizionamenti, film, voci che spesso nemmeno sappiamo di avere, ma che dalle profondità dell'inconscio governano la nostra vita. Soltanto quando siamo veramente nel momento presente il ruolo della nostra mente diventa quello di semplice servitore e la consapevolezza può guidarci. Riconoscere le correnti dei pensieri che creano turbamento nella mente, identificare una tecnica di meditazione a noi più congeniale ed applicarla con costanza si può definire un'intervento di autoipnosi: in entrambi i casi sarà all'opera un meccanismo di *dissociazione*, con coinvolgimento del sistema limbico, dell'ippocampo e della corteccia dell'emisfero destro. Vi sarà, soprattutto un deficit delle funzioni di controllo che, è anche l'elemento neuropsicologico più rilevante della relazione ipnotica.

La Mindfulness, ricapitolando, permette a chi la pratica assiduamente, di prestare attenzione a emozioni e pensieri quando vengono attivati, a vederli collegati a ricordi e condizionamenti emotivi.

Come anche nell'ipnosi, ci si sposta verso una modalità da "osservatore" che permette di notare e descrivere ciò che accade dentro di sé, piuttosto che venirne catturati.

In questo è all'opera il meccanismo fondamentale della *dissociazione – non - patologica* che ha un valore estremamente adattivo: si è evoluta con la specie umana, da quando la dimensione grupale è diventata fondamentale per la sopravvivenza.

Bibliografia

- 1) Casula Consuelo Candida (2013), *Mindfulness e Ipnosi- Relazione presentata al VIII Congresso SII, ORVIETO, 14-16 giugno 2013.*
- 2) Didonna F. (2012), *Manuale clinico di mindfulness*, Franco Angeli, Milano.
- 3) Kabat-Zinn J. (2005), *Vivere momento per momento*, Corbaccio.
- 4) Kihlstrom J.F. (1987), *The cognitive unconscious*. Science, 2337:1445-1452.
- 5) Kirsch I. (1994), *APA definition and description of hypnosis: defining hypnosis for the public*. Contemporary Hypnosis, 11: 142-143.
- 6) Siegel D.J. (2009), *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- 7) Thich Nhat Hanh (2002), *Spegni il fuoco della rabbia*, Mondadori, Milano.