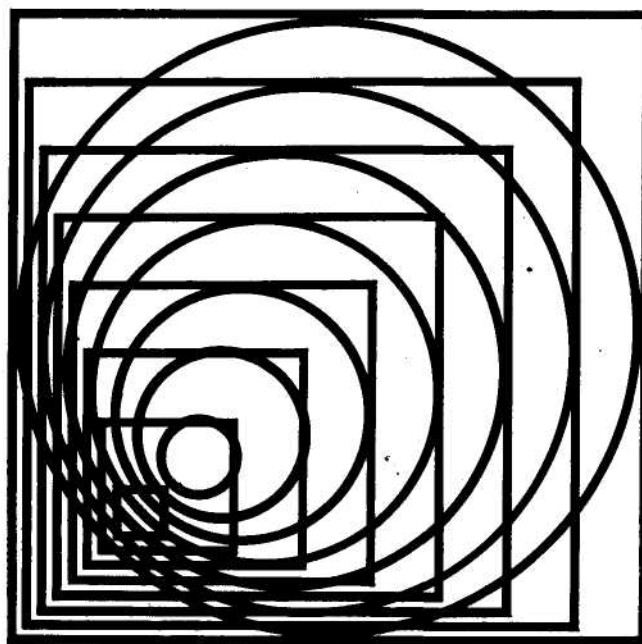


guglielmo gulotta

ipnosi

aspetti psicologici, clinici,
legali, criminologici

COLLANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA E CRIMINALE
diretta da GUGLIELMO GULOTTA



giuffrè editore

guglielmo gulotta

ipnosi

aspetti psicologici, clinici,
legali, criminologici

COLLANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA E CRIMINALE
diretta da GUGLIELMO GULOTTA

giuffrè editore

1980

INDICE

Introduzione	<i>pag-</i> 1
--------------------	------------------

PARTE I

LA STORIA, LA TEORIA ED IL METODO

Capitolo I. *La storia dell'ipnosi.*

In collaborazione con Francesca Ortu.

1. Introduzione.....	7
2. Dal « magnetismo » al « magnetismo animale » : la teoria fluidica	8
3. Mesmer e la fluidità animale.....	10
4. Il periodo viennese e il magnetismo.....	12
5. Il periodo parigino	14
6. L'inchiesta.....	19
7. Il marchese di Puységur e il sonnambulismo artificiale	23
8. L'abate Faria e il sonno lucido	29
9. Il rapporto Husson e la nuova scomunica accademica.....	31
10. James Braid e la nascita dell'ipnosi.....	36
11. L'età d'oro dell'ipnosi	39
12. La scuola della Salpêtrière	40
13. Il problema criminologico-legale	48
14. Liébeault, Bernheim e la scuola di Nancy	52
15. Freud e l'ipnosi nel periodo prepsicoanalitico	61

Capitolo II. *Analogie per l'ipnosi.*

1. Le analogie in psicologia.....	69
2. Il sonnambulo	70
3. L'attore	70
4. Lo spettatore.....	71
5. Il corteggiatore e l'innamorato.....	73
6. Il malato immaginario	76

Capitolo III. *Metodologie dell'ipnosi sperimentale e svale di ipnotizzabilità.*

	<i>pag.</i>
1. Il soggetto come controllo di se stesso	77
2. Il gruppo di controllo dei non ipnotizzabili	80
3. Il metodo del gruppo di quasi controllo	81
4. Il metodo del gruppo di controllo con distribuzione casuale dei soggetti	85
5. Le scale di ipnotizzabilità: a) Davis e Husband; b) Stanford; e) Barber	85

Capitolo IV. *Paradigmi teoretici del fenomeno ipnosi.*

1. Introduzione	85*
2. Teorie fisiologiche	90
3. Ipnosi come sonno lucido	95
4. Risposta condizionata	98
5. Dissociazione	99
6. Teoria dei tre fattori	100
7. Sonno base	101
8. Particolare stato psicofisico	102
9. Labilizzazione del campo percettivo	103
10. Comportamento diretto ad uno scopo in uno stato alterato della persona	103
11. Transfert e riattivazione del complesso di Edipo	104
12. Riduzione delle frontiere dell'Io	105
13. Reazione psicosomatica	106
14. Autoesclusione dell'Io	107
15. Regressione adattiva al servizio dell'Io	107
16. Perdita dell'orientamento generalizzato della realtà	110
17. Teoria dello sviluppo interattivo	113
18. Teoria neo-dissociativa	119
19. La logica della trance	120
20. Role-enactment	122
21. Teoria cognitivo-comportamentale	126
22. I paradigmi nella scienza	135
23. Il paradigma tradizionale	136
24. Il paradigma alternativo	137
25. Punti di contatto tra i due paradigmi	139
26. L'ipnotizzabilità: tratto o capacità?	141
27. Ipnosi ed altri stati di coscienza	150

Capitolo V. *La tecnica e la strategia dell'induzione e dell'approfondimento dell'ipnosi.*

1. Introduzione. Limitazione della motilità	155
2. Limitazione degli stimoli esterni	159
2a. Chiusura degli occhi	160
3. Informazioni disinibitorie sull'ipnosi	161
4. Definizione esplicita della situazione come ipnosi	162

	<i>pag.</i>
4a. Definizione implicita della situazione come ipnosi	162
5. Istruzioni per ottenere il massimo della collaborazione	162
6. Istruzioni di rilassamento, torpore, sonno, ipnosi	163
7. Manipolazione dell'attenzione: concentrazione	165
7a. Manipolazione dell'attenzione: confusione	167
8. Strutturazione verbale dei messaggi	169
8a. Strutturazione non verbale dei messaggi	169
9. Sollecitazione di fantasie dirette allo scopo di far credere nell'immaginato	171
10. Prescrizione di ciò che avverrà naturalmente	174
11. Qualificazione positiva di qualsiasi risposta del soggetto	177
12. Utilizzazione nella procedura di qualsiasi risposta del soggetto	177
13. La ratificazione della trance	179
14. Il contesto clinico	184
14a. Il contesto sperimentale	184
15. L'approfondimento dell'ipnosi	184
16. La deipnotizzazione	188

Capitolo VI. *Aspetti comunicazionali e relazionali dell'ipnosi.*

1. Varie prospettive della comunicazione umana	193
2. Il linguaggio dell'ipnotista: ridondanza, concretezza, denotazione, con notazione, ambiguità, analogie e metafore	194
3. La morfologia nel discorso ipnotico: le congiunzioni	198
4. La sintassi dell'ipnotista: le argomentazioni causali	199
5. Le proposizioni interrogative	200
6. Truismi e tautologie per la ratificazione della trance	202
7. La relazione ipnotista-ipnotizzato	203
8. I messaggi come manovre interpersonali	204
9. L'induzione come manovra relazionale	205
10. Il rapporto ipnotista-ipnotizzato come doppio legame	206
11. Esempi di messaggi paradossali nel discorso ipnotico	208
12. Come l'ipnotista mantiene il controllo dell'ipnotizzato	211
13. Le comunicazioni non verbali dell'ipnotizzato	214
14. Messaggi non verbali dell'ipnotista	221

Capitolo VII. *Fenomenologia dell'ipnosi.*

1. Profondità dello stato ipnotico	225
2. Risposte volontarie ed involontarie	232
3. I compiti postipnotici	233
4. La produzione sperimentale della fenomenologia ipnotica	240
5. Distorsioni percettive: le allucinazioni e la distorsione temporale	243
6. L'ipnosi come tecnica proiettiva	250
7. L'ipnosi nell'induzione ed interpretazione dei sogni	250
8. L'ipnosi nelle libere associazioni	252

	<i>pag-</i>
9. La scrittura automatica	252
10. Conflitti sperimentali	255
11. Transidentificazione	255
12. Alterazioni della memoria: amnesia, amnesia postipnotica, amnesia postipnotica della fonte, altri tipi di amnesia	255
13. Regressione d'età	261

Capitolo Vili. *Un punto di vista personale: il rapporto ipnotico come mistificazione e malafede.*

1. Mistificazione e confusione	269
2. Percezione e immaginazione nell'Io contraffatto	271
3. La malafede dell'ipnotizzato	272

PARTE II

LA TERAPIA

Capitolo IX. *Applicazioni in medicina e in psicoterapia.*

In collaborazione con Pierfrancesco Gulotta

1. L'ipnosi e la medicina generale: <i>a)</i> la clinica medica; <i>b)</i> la clinica dermatologica; <i>e)</i> la clinica pediatrica; <i>d)</i> la clinica neurologica	279
2. L'ipnosi e la chirurgia: <i>a)</i> la clinica chirurgica; <i>b)</i> la clinica ortopedica; <i>e)</i> la clinica odontoiatrica; <i>d)</i> la clinica oculistica; <i>e)</i> la clinica otorinolaringoiatrica	285
3. L'ipnosi e la clinica ostetrica e ginecologica	288
4. L'ipnosi ed il dolore nel cancro	290
5. L'ipnosi in psicoterapia	291
6. L'ipnodiagnostica	294
7. Le terapie con l'ipnosi utilizzabili nei disturbi psicologici: I) Ipnosi suggestiva diretta: <i>a)</i> rimozione diretta del sintomo; <i>b)</i> rimozione diretta del sintomo secondo la comprensione del suo significato; <i>e)</i> sostituzione del sintomo. II) Ipnosi di sostegno o direttiva: <i>a)</i> Metodi tranquillanti: ipnosi prolungata - rilasciamento muscolare progressivo di Jacobson - training autogeno - ipnosi frazionata attiva - rieducazione psicotonica di Ajuriaguerra - ipnosi frazionata di Langen - tersicoretranceterapia. <i>b)</i> Metodi psicologici: guida - rassicurazione - persuasione - ricondizionamento e tecniche comportamentali (desensibilizzazione sistematica - sensibilizzazione o terapia avversiva - flooding e implosion - pratica negativa o di mucchio - role-play - training assertivo - modellamento, imitazione o apprendimento osservativo - ricompense) analisi transazionale - ipnosi, terapia Gestalt e ipnosintesi - tecniche strategiche. Ili) Ipnosi con presa di coscienza: <i>a)</i> Senza analisi del transfert: ipno-	

	<i>pag-</i>
analisi catartica desensibilizzatrice - ipnoanalisi rieducativa, b) Con analisi del transfert: ipnoanalisi di tipo classico - ipnoanalisi controllata	296
8. Il trattamento delle psicosi.....	327
9. Il trattamento dei disturbi sessuali.....	329
10. Il trattamento delle « cattive abitudini »	330
Capitolo X. <i>L'ipnosi nel controllo del dolore. In</i> collaborazione con Giuseppe De Benedittis	
1. Introduzione.....	333
2. Epistemologia del dolore	333
3. Il paradigma neurofisiologico	336
4. Il paradigma psicologico.....	342
5. Dolore acuto e cronico.....	349
6. Dolore somatico e dolore psicogeno	352
7. Le basi razionali dell'analgesia ipnotica.....	353
8. L'ipnosi nel controllo del dolore cronico	370
9. Indicazioni cliniche al trattamento	379
10. Limiti e controindicazioni del trattamento ipnotico.....	382
PARTE III	
ASPETTI LEGALI E CRIMINOLOGHI	
Capitolo XI. <i>Problematica giuridico-civile. In</i> collaborazione con Ilia Rampoldi	
1. Introduzione.....	389
2. Il negozio giuridico in ipnosi come atto nullo per violenza assoluta	389
3. Il negozio giuridico in ipnosi come atto annullabile per incapacità naturale.....	394
Capitolo XII. <i>Ipnosi, psicoterapia ed esercizio abusivo della professione sanitaria.</i>	
1. Introduzione	399
2. L'esercizio dell'ipnosi senza finalità terapeutiche da parte di non medici	400
3. L'ipnosi e l'attività psicoterapeutica nella giurisprudenza	402
4. Gli psicologi come psicoterapeuti nella giurisprudenza	404
5. L'abuso di titolo di professore di ipnopsicologia.....	408
6. L'opinione della dottrina giuridica che nega agli psicologi il diritto di esercitare la psicoterapia	409
7. Reimpostazione del problema	413

	<i>pag.</i>
8. Differenti paradigmi di malattia mentale: a) biologistico, b) psicologico	414
9. La psicoterapia dei non medici nel pensiero di Freud	418
10. Altre opinioni nell'ambiente psicoterapeutico	422
11. Il paradigma socio-ambientale della malattia mentale	423
12. Il punto di vista dell'Autore sulla malattia mentale	429
13. Gli psicologi e la psicoterapia: critica alla dottrina giuridica prevalente	434
14. Aspetti normativi e giurisprudenziali della liceità dell'attività psicoterapica degli psicologi	440
Capitolo XIII. <i>Pericolosità dell'ipnosi.</i>	
1. L'art. 728 c.p.	445
2. Opinioni di vari clinici circa la pericolosità dell'ipnosi	447
3. Esperimenti per accertare l'eventuale pericolosità dell'ipnosi	451
4. L'ipnosi e la soppressione del sintomo	454
Capitolo XIV <i>Ipnosi senza e contro la volontà dell'ipnotizzato..</i>	
1. Stato di incapacità di intendere e di volere provocato mediante ipnosi	461
2. Induzione dell'ipnosi contro e senza la volontà	463
3. L'ipnosi ed il controllo della volontà	464
Capitolo XV. <i>Utilizzazione dell'ipnosi a fini criminali: contributi sperimentali.</i>	
1. Se l'azione criminosa dell'ipnotizzato possa considerarsi reato impossibile	471
2. Esperimenti che ottengono comportamenti criminosi	474
3. Esperimenti che non ottengono comportamenti criminosi	478
4. Interpretazione di chi nega il potenziale uso criminoso dell'ipnosi	480
5. Controllo sociale ed ipnosi	483
6. Discussione sulla correttezza, della metodologia sperimentale	486
7. Interpretazione di chi ammette il potenziale uso criminoso dell'ipnosi	498
8. Considerazioni finali	501
Capitolo XVI. <i>Utilizzazione dell'ipnosi a fini criminali: casistica criminologica.</i>	
1. Posizione del problema	507
2. Casistica di rilevanza storica	507
3. Casistica criminologica recente: il caso Sala, il caso Heidelberg, il caso Z	508
4. Il caso di Copenaghen	518
5. La casistica clinica di Kline	531

6. Valutazione della responsabilità dell'ipnotizzato	539
7. Nesso di causalità tra induzione ipnotica e perpetrazione dell'atto criminoso	542
8. Inapplicabilità dell'art. 42 II comma c.p	544
9. L'ipnotista quale autore mediato dell'evento	544
 Capitolo XVII. <i>Applicazioni forensi dell'ipnosi.</i>	
1. Introduzione	547
2. Raggio di applicazione	549
3. Identificazione della simulazione di malattie	549
4. Identificazione di menzogne e controllo della verità	550
5. Ottenimento di confessioni	555
6. Superamento delle amnesie	562
7. Precisazione delle testimonianze	567
8. Indagini sul dolo	579
9. Investigazioni su crimini perpetrati per influenza ipnotica	580
10. L'opinione della dottrina giuridica italiana	580
11. Il punto di vista dell'Autore	584
12. Le risoluzioni adottate dalla Society for Clinical and Experimental Hypnosis, dal Department of Justice e dall'FBI	587
13. Applicazioni nella perizia psichiatrica diretta a stabilire la capacità di intendere e volere	588
14. Ipnoterapia ed ipnoanalisi in criminologia	600
15. Terapie con l'ipnosi in vittimologia	618
 Guida bibliografica allo studio dell'ipnosi	 621
 Bibliografia generale	 625

INTRODUZIONE

« Come la storia di tutte le idee umane, la storia della scienza è una storia di sogni irresponsabili, di ostinazione e di errore. Ma la scienza è una delle pochissime attività umane — e forse la sola — in cui gli errori vengono criticati sistematicamente e, coll'andare del tempo, vengono corretti abbastanza spesso. Ecco perché possiamo dire che nella scienza spesso impariamo dai nostri errori, ed ecco perché possiamo parlare chiaramente e sensatamente del compiere progressi in scienza ».

KARL POPPER

Sono passati circa quindici anni da quando ho iniziato ad occuparmi di ipnosi e dieci da quando ho cominciato a pubblicare vari articoli in argomento (1) ma solo ora mi sono deciso a pubblicare un libro — che pure è in gestazione da numerosi anni — perché solo ora, pur consapevole che il campo in oggetto è troppo vasto e troppo in evoluzione per tentare delle conclusioni con carattere di definitività, « sento » la materia in modo sistematico.

(1) GULOTTA G., Ipnosi e atti antisociali, in *Rass. di Ipnosi e Med. Psicosomatica*, 1970, 70; Ipnosi e psicologia: rimuginandoci, in *Rass. Ipnosi e Med. Psicosom.*, 1974, 259; Applicazioni legali dell'Ipnosi (parte I), in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 441; Applicazioni legali dell'ipnosi (parte II), in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 491; con MOSCONI G., Terapie con e mediante ipnosi: una sintesi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 479; Manipolazione, suggestione e ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1976, 887; Corso di ipnosi medica. Dibattito tra i relatori su « Aspetti giuridici dell'ipnosi », Vercelli, 27 aprile - 12 maggio 1974, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1976, 3957; La grammatica e le tecniche argomentative del discorso ipnotico quali strumenti mistificanti per la costruzione della malafede dell'ipnotizzato, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V Convegno Naz. medico sull'Ipnosi Clinica*, AMISI, Milano, 1978, 81.

1. G. GULOTTA, *Ipnosi*.

Questo libro si rivolge a medici, psicologi, giuristi e criminologi. Medici e psicologi vi troveranno descritte dettagliatamente la teoria e le tecniche di induzione (tratte dalla mia esperienza come docente della Scuola della Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi (AMISI), per le applicazioni specialistiche troveranno anche un'ampia bibliografia cui riferirsi; i criminologi potranno valutare il potenziale criminogenetico e diagnostico dell'ipnosi; per i giuristi e per tutti coloro che si interessano di psicologia giuridica, l'ipnosi rappresenta un momento cruciale dei rapporti tra psicologia e diritto. Infatti da un lato la interpretazione delle norme giuridiche che regolano l'ipnosi, necessita di ancorarsi alla interpretazione psicologica del fenomeno, dall'altro il giurista, che sente il bisogno di affidarsi a risultati univoci, resta deluso dalla diversità delle risultanze sperimentali e delle impostazioni teoretiche degli psicologi che non offrono dei criteri comunemente condivisi. La tentazione di rendere il sistema penale come autoesplicativo prende così il sopravvento. Le norme che regolano l'ipnosi sono infatti interpretate dai giuristi per lo più alla luce di una letteratura quasi sempre aneddótica e sorpassata da cui si è estrapolato ciò che poteva apparire utile.

L'incontro di due comunità di studiosi, da un lato i giuristi, la cui disciplina non presenta complessi problemi epistemologici ma ermeneutici, e dall'altro gli psicologi che si dibattono in una proto-scienza che non ha ancora definito i suoi metodi ed i suoi obiettivi, non può per ovvie ragioni essere semplice. Ciò non significa però, naturalmente, che il giurista, dovendo interpretare e applicare la norma, non debba essere aggiornato degli sviluppi, sia pure non univoci, che sono stati raggiunti in altri campi del sapere, che soffrono di problematiche di fondo che il diritto, come creazione dell'uomo che si autogiustifica, solitamente non ha (2).

Per arrivare ad interpretare le norme alla luce di ciò che gli studiosi di ipnosi oggi fanno è necessario allora studiare il fenomeno nella sua completezza, consapevoli da subito che arriveremo a dei risultati preferenziali ma non certi. D'altronde la epistemologia ha smesso di illudersi che la scienza sia lo specchio della

(2) Cfr. GULOTTA G. (a cura di), *Psicologia giuridica*, Angeli, Milano, 1979.

verità intesa come corrispondenza coi fatti. La scienza in realtà progredisce da problema a problema imparando soprattutto dai propri errori (3).

In questo volume il termine « ipnosi » si riferisce sia al processo di ipnotizzazione che alla condizione psicologica così raggiunta. Franco Granone nel suo trattato (4) ha manifestato la necessità di usare il termine « ipnotismo » quando si fa riferimento al fenomeno ipnotico considerandolo in stretto rapporto con l'operatore, e il termine « ipnosi » quando ci si riferisce alla semplice sintomatologia ipnotica avulsa in certo qual modo dall'operatore.

La distinzione potrebbe essere utile ma di fatto nella letteratura, soprattutto nord-americana, e nel linguaggio degli ipnotisti si usa il termine « ipnosi » in entrambi i sensi. Preferisco poi il termine « ipnotista » a « ipnotizzatore » e a « ipnologo » in quanto il primo è spesso riferito alle manifestazioni da palcoscenico, e il secondo, a mio modo di vedere, non distingue colui che pratica l'ipnosi da chi studi il sonno fisiologico. Non avrei per altro alcuna difficoltà a cambiare terminologia una volta che questa si imponesse nel linguaggio corrente.

Userò estensivamente anche il termine « trance ipnotica » che sottintende l'esistenza di uno stato di coscienza peculiare. Come si vedrà più avanti non ritengo in questa fase delle nostre conoscenze che sia il caso di concettualizzarlo, comunque « ipnosi », « trance », « ipnotizzabilità » ed altri termini che saranno più volte utilizzati, costituiscono delle convenzioni semantiche, che uso in senso tradizionale, salvo discuterle nelle pagine espressamente a ciò dedicate.

Molte persone mi hanno aiutato nel corso della preparazione di questo volume: a loro va il mio ringraziamento. Tra gli altri ricordo innanzitutto i colleghi della AMISI, che, durante le riunioni comuni, anche in relazione all'attività didattica svolta insieme, con le loro osservazioni e critiche mi hanno consentito di meglio precisare il mio pensiero. Debbo poi ringraziare coloro che mi hanno aiutato

(3) Cfr. POPPER K. R., *Verità, razionalità e accrescimento della conoscenza scientifica*, in *Scienza e Filosofia*, Einaudi, Torino, 1969, 163.

(4) GRANONE F., *Trattato di ipnosi (sofrologia)*, Boringhieri, Torino, 1972, 215.

INTRODUZIONE

nella stesura di taluni capitoli, mi riferisco a Giuseppe De Benedittis, Pierfrancesco Gulotta, Francesca Ortu e a Ilia Rampoldi; quest'ultima, insieme ad Emanuela Gorra ha anche attivamente collaborato alla redazione della bibliografia e alla correzione delle bozze. Un ultimo ringraziamento alle segretarie Maria Bosio e Antonella Incampo, per l'abnegazione con cui hanno affrontato, durante il periodo della stesura del dattiloscritto, i miei umori e la mia grafia.

PARTE I

LA STORIA, LA TEORIA ED IL METODO

CAPITOLO I LA STORIA DELL'IPNOSI

e La storia è la propaganda del presente ».

ANONIMO

SOMMARIO: 1. Introduzione. — 2. Dal «magnetismo» al «magnetismo animale»: la teoria fluidica. — 3. Mesmer e la fluidità animale. — 4. Il periodo viennese e il magnetismo. — 5. Il periodo parigino. — 6. L'inchiesta. — 7. Il marchese di Puységur e il sonnambulismo artificiale. — 8. L'abate Faria e il sonno lucido. — 9. Il rapporto Husson e la nuova scomunica accademica. — 10. James Braid e la nascita dell'ipnosi. — 11. L'età d'oro dell'ipnosi. — 12. La scuola della Salpêtrière. — 13. Il problema criminologico-le-gale. — 14. Liébeault, Bernheim e la scuola di Nancy. — 15. Freud e l'ipnosi nel periodo prepsicoanalitico (*).

1. La storia di cui stiamo per trattare comincia probabilmente con Adamo ed Èva, quando questa lo indusse a compiere una azione che lui prima di allora non voleva compiere. Se nel mito ci si riferisca a persuasione, cioè a convincimento razionale, a suggestione, cioè all'influenza subita da altra persona senza la mediazione di un atteggiamento critico, non è possibile dire; certo questo avvenimento è il primo esempio, sia pure mitico, di manipolazione interpersonale, di cui l'ipnosi rappresenta una modalità.

Se si tratteranno qui gli aspetti storici del fenomeno è soprattutto per mostrare come i conflitti scientifici odierni circa l'interpretazione del fenomeno ipnotico affondino le radici in problemi epistemologici già sentiti da tempo.

Nella storia dell'ipnosi infatti, dal suo inizio quale fenomeno oggetto di ricerca scientifica, che di solito si riconduce a Mesmer,

(*) I I paragrafi 11-14 sono una rielaborazione dell'articolo: «Freud e il dibattito dell'ipnosi in Francia », contenuto in CRUCIANI P., ORTU F., SCALERA V., *Alle origini della storia del movimento psicoanalitico*, Bulzoni, Roma, 1979.

fino ai nostri giorni, si sono succedute differenti teorie interpretative spesso in lotta fra loro per la supremazia (1).

È utile per impostare il problema un quadro, sia pure sintetico, della situazione della medicina, all'epoca in cui di solito si data l'inizio dello studio scientifico dell'ipnosi, considerata una sorta di espressione del « magnetismo animale ».

2. La nascita di questo concetto si colloca in un periodo in cui la Medicina, liberatasi dalla mentalità « demonologica » del XVII secolo si è costituita come scienza autonoma, dotata di un corpus dottrinario codificato e preciso, la cui amministrazione, difesa e diffusione è affidata alla « Facoltà di Medicina ».

Il nuovo medico, che identifica nel metodo delle scienze biologiche il metodo scientifico della medicina, vede nella classificazione e differenziazione delle diverse malattie il presupposto per un intervento volto ad eliminare la causa fisica responsabile del cattivo funzionamento del corpo. Il corpo dell'uomo quindi può essere studiato come si studia una macchina, può essere scomposto nelle sue diverse parti : nella sua ricerca il nuovo medico deve farsi guidare solo dall'esperienza.

« L'uomo è una macchina così complessa che è impossibile farsene a prima vista un'idea chiara e quindi definirla. Per questo tutte le ricerche che i più grandi filosofi hanno condotto *a priori*, vale a dire volendosi servire in qualche modo delle ali dello spirito, sono state vane. Perciò è solo *a posteriori*, ossia cercando di volgare l'anima per così dire attraverso gli organi del corpo, che si può, non dico scoprire in modo evidente la natura dell'uomo, ma raggiungere il massimo grado di probabilità che sia possibile su questo argomento » (2).

Il nuovo statuto della medicina — e il modello di uomo a cui fa riferimento — nasce in un ambiente filosofico e scientifico

(1) SHOR R. E., The Fundamental Problem in Hypnosis Research as Viewed from Historic Perspectives, in FROMM E., SHOR R. E., (a cura di) *Hypnosis: Research, Developments and Perspectives*, Aldine Atherton, Chicago/New York, 1972, 15 ss.

(2) DE LA METTRIE J. O. (1748) L'uomo macchina, in PETRI G. (a cura di), *L'uomo macchina ed altri scritti*, Feltrinelli, Milano, 1973, 34.

caratterizzato dallo scontro tra vitalismo e materialismo. Il rifiuto di ipotesi spiritualiste, il principio vitale — l'anima — spinge su posizioni riduzioniste di tipo materialistico: l'anima — principio fondamentale delle teorie spiritualiste — scompare dall'orizzonte della medicina sostituita dal cervello. « Tutte le facoltà dell'anima dipendono dall'organizzazione particolare del cervello e da quella di tutto quanto il corpo a tal punto da non essere chiaramente altro che questa stessa organizzazione... L'organizzazione basterebbe dunque... giacché è chiaro che il pensiero si sviluppa insieme agli organi, perché la materia di cui essi sono fatti non sarebbe anche suscettibile di rimorsi una volta che, col tempo, avesse acquisito la facoltà di sentire?... «L'anima» non è dunque altro che un termine vano del quale non si ha alcuna idea » (3).

La medicina afferma quindi decisamente una nuova concezione della malattia come disturbo nel funzionamento degli ingranaggi che compongono l'uomo-macchina. Solo il corpo è oggetto di studio del medico; il corpo che, finalmente aperto, studiato, rivela al medico tutti i suoi segreti (4).

Schematizzando possiamo dire che la nuova medicina identificava tre punti cardine:

a) *il malato è sede di ima malattia*, e cioè la malattia è qualcosa che si verifica nel corpo del malato, il paziente è « un contenitore passivo del processo morboso » (5).

b) *Per ogni malattia è possibile identificare un'etiologia specifica*, e cioè un disturbo in un organo o nel suo funzionamento a cui la malattia può essere ricondotta in base ad una logica di causa-effetto. L'origine di un determinato male deve essere cioè cercata in una causa organica ben definita.

e) L'azione terapeutica consiste nel ristabilire, mediante far-

(3) DE LA METTRIE J. O., *op. cit.*, 63, 64.

(4) Per la tradizione ecclesiastica — contro cui il nuovo medico si scagliava — la sofferenza era fisica e psichica — o meglio morale — al tempo stesso : l'anima con le sue passioni influenza il corpo, la cura del corpo passa attraverso quella dell'anima. La Medicina identifica nel corpo malato l'unica realtà e nega che la cura possa essere altro che la cura del difetto organico da cui il sintomo deriva.

(5) RAUSKY F., *Mesmer ou la Revolution Thérapeutique*, Payot, Paris, 1977, 20.

maci, diete, interventi chirurgici, ecc. il normale funzionamento delle diverse parti che costituiscono l'organismo.

Anche rispetto alla malattia mentale l'atteggiamento è identico: le cause di essa devono essere ricercate in un attento esame del corpo, le diverse malattie devono essere differenziate e classificate in categorie nosologiche ben chiare, «ricondotte all'interno dello schema generale di classificazione». Come scrive Zilboorg «la classificazione ippocratica di tutte le malattie in febbrili e afebbrili fu trovata comoda e riadottata quasi senza alcun emendamento. La divisione delle malattie mentali in mania e melanconia fu pure accettata quasi senza discussione» (6).

Il medico riconosce così la realtà dei disturbi che possono essere ricondotti ad una lesione o disturbo anatomico : quando questa localizzazione manca non si parla più di malattia ma di « frutto dell'immaginazione», o di « simulazione».

Vengono così escluse dal campo di competenza del medico tutte quelle «malattie dell'anima», «alienazioni dello spirito» per le quali non si riesce a trovare un sostrato anatomico convincente: i malati « nervosi » sono così abbandonati agli esorcisti, ai « ciarlatani», ai guaritori, che in un modo o nell'altro dichiarano guerra alla medicina ufficiale proponendo un rapporto terapeutico basato sul rifiuto del farmaco e dell'intervento meccanico e sulla valorizzazione della « simpatia » tra medico e malato.

In altri termini possiamo dire che il «paradigma» attorno a cui si costruiva la nuova medicina non permetteva di porre scientificamente i problemi sollevati dai molteplici « disturbi nervosi ». Tali problemi, non potendo essere riducibili alla « forma di rompicapo», per usare il linguaggio di Kuhn, non potevano venir formulati nei termini degli strumenti tecnici e concettuali del paradigma medico (7).

3. Mesmer fa la sua comparsa nel mondo medico viennese nel 1766 quando a 32 anni si laurea in medicina discutendo una

(6) ZILBOORG G. A., in collaborazione con HENRY G. W., *A History of Medical Psychology*, Norton, New York, 1941, 260.

(7) Cfr. KUHN T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Boringhieri, Torino, 1978, 58.

tesi — *Dissertatio Physio - Medica de PUxnetorum Influxu* —(8) che può considerarsi all'interno dei parametri che definivano l'appartenenza al mondo scientifico e medico in particolare.

Mesmer si propone infatti di dimostrare — basandosi sulla legge di Newton della gravitazione universale — che « i corpi celesti agiscono sulla nostra terra e che tutte le cose che si trovano in essa agiscono su questo corpo, che essi si muovono, agitano e cambiano tutte queste cose e che i nostri corpi umani sono anch'essi soggetti alla stessa azione dinamica » (9). In particolare Mesmer vuole dimostrare che: *a)* ogni cambiamento nei corpi celesti provoca un qualche cambiamento nei liquidi che circolano nella macchina animale, anch'essa parte della terra e soggetta quindi alle condizioni atmosferiche e che *b)* nell'uomo esiste un fattore di attrazione specifico, «la gravita animale», sottile e impalpabile, di una materialità analoga a quella che costituisce la *materia luminosa*.

Secondo Mesmer l'influsso delle azioni esterne sull'uomo è spiegabile in base al principio di accordo: l'uomo tende, secondo una pulsione all'armonia, a porsi in rapporto con tutto ciò che è in corrispondenza con lui.

Il « *De Planetorum Influxu* » si colloca nella corrente iatromeccanica della medicina, che rappresenta il tentativo sperimentale speculativo di spiegare il movimento del corpo umano e che trova la sua base teorica in due concetti: la *forma geometrica* della realtà, o schema geometrico ideale, e la *vis* o forza in virtù della quale il corpo si muove. Secondo le ipotesi iatromeccaniche allora la « forma geometrica » della realtà fisiologica e patologica dell'uomo è l'attrazione universale mentre la « gravita animale » ne costituisce, seppure con qualche difficoltà, la *vis*.

Osserva Mesmer : « Chi potrebbe ignorare che le più importanti modificazioni di stato sono prodotte nel nostro corpo per mez-

(8) Il titolo della tesi indicava la volontà di spiegare la medicina attraverso la fisica. È però da notare che nel XVIII secolo il termine *fisico* da un lato indicava la scienza delle cose naturali dall'altra indicava la scienza che studia le proprietà generali della materia e stabilisce le leggi che spiegano i fenomeni naturali.

(9) MESMER F. A., *Dissertatio Physio-Medica de Planetorum Influxu*, in AMADOU R. (a cura di), *Le Magnétisme Animal*, Payot, Parigi, 1957, 32.

zo di sostanze che, a causa della loro sottilità, esitiamo a qualificare «corpo»? Prendiamo, per esempio, la materia luminosa: nessuno ignora che è in grado di produrre cambiamenti nel corpo animale. La parte del sistema nervoso esposta nella macchina animale alle impressioni emananti dalla materia luminosa è piccola, ma è sufficiente per far muovere tutto il corpo e per produrre cambiamenti impressionanti nello spirito e nel corpo... se, in queste circostanze, afferriamo la certezza dell'esistenza di una certa potenza che, insinuandosi in tutti i punti del corpo, colpisce immediatamente tutto il sistema nervoso, ci chiediamo chi potrebbe stupirsi dell'eventualità di un disturbo generalizzato di tutto l'organismo, provocato da queste alterazioni? » (10).

Il concetto di « gravita animale », che per la sua « sottigliezza » sfugge a qualsiasi tentativo di misurazione e quantificazione, definita in analogia con la « materia luminosa » e la forza gravitazionale terrestre ci fa comprendere come già nel *De Planetorum Influxu* Mesmer si ponesse su un piano solo formale di accettazione dei parametri della scienza medica : il concetto di « gravita animale » reintroduceva un concetto esplicativo non riducibile ai principi della fisica e della chimica; inoltre permette di spiegare la salute e la malattia come aspetti di uno stesso fenomeno: la tendenza ad attrarre a sé come un centro di gravita le forze della salute e della malattia. È già in nuce nel concetto di gravita animale, la base della teoria magnetica che Mesmer esporrà nel 1779.

4. Mesmer inizia nel 1772 la pratica magnetica dopo un periodo in cui i suoi interessi sembravano rivolgersi più alla musica e all'arte che alla pratica clinica. Egli applica il magnete nella cura delle « malattie nervose » e in particolare nella cura dell'isteria ritenuta un disturbo tipicamente femminile (11).

(10) MESMER F. A., *Dissertano Physio-Medica, cit.*, 40-41.

(11) Il magnetismo rappresentava una branca marginale della medicina, guardata ormai con sospetto dal mondo scientifico. Pur identificando nella legge della gravitazione universale la sua base teorica faceva però uso di un linguaggio molto simile a quello delle scienze occulte: si sosteneva l'esistenza di energie vitali; e di una ipotetica « attività criptica primordiale ». Trovava in Paracelso — che attribuiva un carattere specificamente sessuale all'energia magnetica — e in

Nel 1773 riesce a guarire, mediante l'applicazione di magneti, costruiti ed applicati secondo le indicazioni di padre Hell(12), una giovane isterica di 24 anni, mademoiselle Osterlin. Mesmer, seguendo questo metodo, riuscì ad ottenere nella paziente una violenta crisi, « una marea artificiale », in seguito alla quale la paziente guarì diventando insensibile all'azione dei magneti.

Il caso della signorina Osterlin porta Mesmer a sviluppare una linea di pensiero autonoma che identificava nella « crisi » il momento centrale della terapie. La crisi è per lui lo strumento privilegiato dell'azione del cambiamento: l'azione del medico non consiste nell'opporsi alla malattia ma « nell'accelerare le tappe dell'evoluzione morbosa e ricostruire nel vissuto corporeo del paziente la scena critica naturale frustrata o mancata che si realizza mediante l'azione del terapeuta che mette il paziente in contatto con il magnete » (13).

Approfondendo le ricerche sull'azione dei magneti giunse a postulare l'ipotesi della pluralità di forze a sostanza magnetica e a ritenere che non solo i magneti ma anche gli « uomini ed i cani, insomma tutto ciò che egli toccava » poteva essere magnetizzato. Per questa via giunse ad attribuire sempre maggiore importanza al fattore umano e a concludere che le sostanze magnetizzate esplicano sull'uomo un effetto benefico perché :

- a) la materia magnetica è di sottilità estrema e può penetrare il corpo in maniera invisibile
- b) è analoga al flusso nervoso.

Possiamo a proposito osservare che da un lato Mesmer accetta gli assunti metafisici e metodologici della nascente scienza

Maxwell — secondo cui esisteva un legame tra il corpo e gli escrementi contenuti una parte dello spiritus vitalis — i suoi maestri riconosciuti.

Il magnetismo « scientifico » aveva ormai abbandonato molte delle speranze di guarigione universale che caratterizzano il magnetismo esoterico e si presentava come una « tecnica medica che ricorreva all'applicazione del magnete per la cura di *malattie vere* ».

(12) Padre Hell, gesuita, direttore dell'Osservatorio di Vienna, riteneva che l'uso dei magneti potesse essere utile nella terapia dei malati di nervi. Personalità scientifica di notevole levatura ebbe per il magnetismo terapeutico un interesse marginale.

(13) RAUSKY F., *op. cit.*, 48.

medica e dall'altro, rifiutandosi di ridurre i fenomeni osservati ad una azione corpuscolare governata dalle leggi proprie al moto corpuscolare, propone una « visione del mondo » inaccettabile per la comunità scientifica dell'epoca perché fondata su ipotesi contraddittorie rispetto ai postulati della Medicina (14).

Mesmer giunge così a postulare un « magnetismo » e una nuova pratica in cui il terapeuta si trova al centro dell'azione di guarigione, direttamente in contatto con il paziente: solo all'interno della relazione magnetizzatore-paziente è lecita la trasmissione dell'energia magnetica, al di fuori del contesto terapeutico la magnetizzazione può costituire una pericolosa operazione. Entra così in polemica con padre Hell, che bollerà come « frutto di immaginazione » (15) i successi terapeutici ottenuti da Mesmer senza ricorrere all'uso del magnete.

Un altro caso — il caso della signorina Paradis — pose fine al successo di Mesmer nel mondo viennese. La ragazza, cieca dall'età di 4 anni — riacquistò la vista in seguito ai trattamenti di Mesmer per perderla poi nuovamente non appena la famiglia la sottrasse al suo influsso.

Nel 1777 Mesmer lascia Vienna per Parigi dove spera di trovare un ambiente più favorevole per le sue ricerche.

5. A Parigi pubblica nel 1779, una memoria sul magnetismo animale in cui, con atteggiamenti fortemente critici nei confronti della medicina ufficiale (16) presenta le tesi fondamentali del

(14) Cfr. KHUN T., *op. cit.*, 63.

(15) È interessante notare che il termine « immaginazione » non ha, in questo periodo, un significato univoco: da un lato indica una facoltà razionale di creazione spirituale, artistica, dall'altro « immaginazione » ha in sé una connotazione negativa. Non è più considerata una facoltà dell'anima ma come una attivazione di schemi di comportamento arcaici e istintivi, sempre presenti in stato di latenza. In questo senso l'immaginazione è « fonte di illusione, madre delle passioni che ci invadono nonostante gli sforzi della ragione ».

Vedi RAUSKY F., *op. cit.*, 142-143.

(16) « Più approfondiamo la nostra conoscenza del meccanismo e della economia del corpo animale, più siamo costretti a riconoscere la nostra insufficienza. La conoscenza che oggi abbiamo della natura e dell'azione dei nervi, per quanto imperfetta, non ci lascia alcun dubbio in proposito. Sappiamo che i nervi sono i principali agenti della sensazione e del movimento, senza saperli reintegrare

nuovo sistema magnetico da lui elaborato, in 27 proposizioni (17) (che possono così riassumersi in 4 punti) che costituivano un vero e proprio « Catechismo del Magnetismo animale » :

nell'ordine naturale, quand'esso è alterato; è una critica che dobbiamo farci. La ignoranza dei secoli precedenti su questo punto ha garantito i medici. La fiducia superstiziosa che essi avevano e che ispiravano nei loro mezzi specifici e nelle loro formule li rendevano despoti e presuntuosi ». MESMER F. A. *Memoire sur la Decouverte du Magnetisme Animai*, Geneva, 1774, 62. (17) Esse sono:

- 1) Esiste una mutua influenza tra i corpi celesti, la terra e i corpi animati.
- 2) Un fluido universalmente diffuso e continuo, in modo da non tollerare alcun vuoto, la cui sottigliezza non permette paragone alcuno e che, per sua natura è suscettibile di ricevere, propagare e comunicare tutte le impressioni di movimento, è il senso di questa influenza.
- 3) Quest'azione reciproca è sottomessa a leggi meccaniche fino ad ora sconosciute.
- 4) Da quest'azione risultano certi effetti alternanti, che possono essere considerati come un flusso e riflusso.
- 5) Questo flusso e questo riflusso sono più o meno generali, più o meno particolari, più o meno composti, secondo la natura delle cause che li determinano.
- 6) È per causa di questa operazione, la più universale che la natura ci offre, che si esercitano le relazioni di attività tra corpi celesti, la terra e le parti che la costituiscono.
- 7) Le proprietà della materia e del corpo organizzato dipendono da questa operazione.
- 8) Il corpo animale prova gli effetti alternanti di questo agente; esso aggredisce immediatamente i nervi, insinuandosi nella loro sostanza.
- 9) Si manifestano, particolarmente nel corpo umano, certe proprietà analoghe a quelle di una calamità, vi si distinguono dei poli, ugualmente diversi ed opposti, che possono essere comunicanti, alternanti, distrutti e rinforzati; vi si osserva anche lo stesso fenomeno dell'inclinazione.
- 10) Quella proprietà del corpo animale che lo rende suscettibile all'influenza dei corpi celesti e dell'azione reciproca di quelli che lo circondano, resa manifesta dalla sua analogia con la calamità, mi ha determinato a chiamarla MAGNETISMO ANIMALE.
- 11) L'azione e la virtù del magnetismo animale, così caratterizzate, possono essere comunicate ad altri corpi animati o inanimati. Gli uni e gli altri ne sono più o meno suscettibili.
- 12) Quest'azione e questa virtù possono essere rinforzate e propagate per mezzo di questi medesimi corpi.
- 13) Si osserva, con l'esperienza, lo scolo di una materia che per la sua sottigliezza penetra in tutti i corpi, senza perdere notevolmente della sua attività.
- 14) La sua azione si esercita ad una grande distanza, senza il bisogno di alcun corpo intermediario.

1) tutto l'universo è riempito da un fluido sottile, che forma una connessione tra l'uomo e la terra, tra l'uomo e i corpi celesti, tra uomo e uomo.

2) La malattia ha origine dalla distribuzione non omogenea del fluido all'interno del corpo: la guarigione consiste quindi nel ristabilire l'equilibrio.

3) Essa è aumentata e riflessa dagli specchi come la luce.

4) Essa è comunicata, propagata, aumentata dal suono.

5) Questa virtù magnetica può essere accumulata concentrata e trasportata.

6) Ho detto che i corpi animati non erano tutti ugualmente suscettibili; ve ne sono anche di quelli, sebbene rari, i quali hanno una proprietà così opposta che la loro sola presenza distrugge tutti gli effetti di questo magnetismo negli altri corpi.

7) Questa virtù opposta penetra in tutti i corpi; essa può essere ugualmente comunicata, propagata, accumulata, concentrata, trasportata, riflessa dagli specchi e propagata dal suono; ciò che costituisce non solo una mancanza, ma una virtù opposta positiva.

8) La calamità, tanto naturale che artificiale, è, come gli altri corpi, suscettibile del magnetismo animale, ed anche della virtù opposta, senza che, nell'un caso e nell'altro, la sua azione sul ferro e sull'ago soffra alcuna alterazione; ciò che prova come il principio del magnetismo animale differisca essenzialmente da quello del minerale.

9) Questo sistema fornirà nuovi schiarimenti sulla natura del Fuoco, della Luce, e nella teoria della Attrazione, del Flusso e del Riflusso, della Calamità e dell'Elettricità.

10) Farà conoscere che la Calamità e l'Elettricità naturale hanno, riguardo alle malattie, proprietà comuni con una quantità di altri agenti che ci offre la natura; e che, se dalla somministrazione di questi ne derivano effetti utili, essi sono dovuti al Magnetismo animale.

11) Si riconoscerà coi fatti, secondo regole pratiche che io stabilirò, come il principio possa guarire mediatamente le malattie dei nervi e immediatamente le altre.

12) Come per mezzo suo il medico è illuminato sull'uso dei medicinali che perfeziona la loro azione, provoca e dirige le crisi salutari, in modo da farsene maestro.

13) Comunicando il mio metodo, dimostrerò con una nuova teoria delle malattie, l'utilità universale del principio che io loro oppongo.

14) Con questa conoscenza il medico giudicherà con sicurezza sulla natura, l'origine e i progressi delle malattie anche delle più complicate; ne impedirà l'accrescimento e perverrà al guarirle, senza esporre mai il malato a effetti dannosi o a conseguenze deplorabili, qualunque sia l'età, il temperamento, il sesso. Le donne, anche durante la gravidanza ed il travaglio godranno i medesimi vantaggi.

15) Questa dottrina finalmente porrà il medico in grado di ben giudicare sul grado di salute di ciascun individuo, e di preservarlo dalle malattie alle quali potrebbe essere esposto. L'arte del guarire raggiungerà così l'ultima sua perfezione.

3) Il fluido può essere incanalato e immagazzinato.

4) È possibile produrre nel paziente delle « crisi » con valore terapeutico.

Il clima della Parigi prerivoluzionaria si presentava come uno dei più fertili per la sperimentazione di nuove tecniche terapeutiche: da un lato infatti il «partito radicale antimédico», che identificava in Rousseau uno dei suoi antesignani, auspicava la nascita di un nuovo rapporto medico-paziente, dall'altra restava completamente irrisolto il problema posto da tutti coloro che soffrivano di malattia «invisibili», per le quali cioè non era possibile identificare una sede anatomica precisa né una causa determinata. Mesmer trova così nella folla dei « malati invisibili » una numerosa clientela a cui con successo proporre una nuova terapia ed una nuova concezione della malattia, definita come « l'ostruzione della circolazione del fluido vitale ». Per Mesmer esiste un'unica malattia; le diverse entità nosografiche — su cui la nuova medicina ha fondato la sua scientificità — sono categorizzazioni prive di senso. I diversi sintomi devono essere ricondotti ad un'unica ed identica causa : così non ha più senso neppure l'identificazione della sede della malattia: o meglio la malattia in un determinato organo esprime un conflitto tra l'energia che tende a ristabilire la sua circolazione e la ostruzione che la ostacola. L'intervento terapeutico, date queste premesse, consiste allora nell'abolire il blocco, ristabilendo — mediante il fluido del terapeuta — l'equilibrio nel paziente.

Al centro dell'azione terapeutica finiscono così per trovarsi il paziente e la sua volontà o desiderio di guarire e il terapeuta con la sua volontà di produrre la guarigione.

I diversi mezzi a cui il magnetizzatore ricorre - musica - specchi - baquet(18) non sono che strumenti per diffondere e aumentare il potere fluidico del terapeuta: il suono ad esempio non ha valore in sé ma solo nella misura in cui può essere utilizzato per trasmettere l'energia da un uomo all'altro, dal terapeuta al paziente.

Cfr. GILLES DE LA TOURETTE, *L'ipnotismo e gli stati analoghi sotto l'aspetto medico-legale*, Vallardi, Milano, 1888, 5-7.

(18) Apparato usato da Mesmer per le sedute collettive di magnetizzazione. Questa « macchina » una specie di botte piena di acqua e limatura di ferro, doveva facilitare la circolazione del fluido tra i pazienti.

Senza entrare nei dettagli della terapia adottata da Mesmer, ciò che preme qui mettere in evidenza è che la concezione di malattia e di cura quale emerge dalle 27 proposizioni delle Memorie era nettamente in contrasto con lo statuto della medicina ufficiale. In particolare Mesmer metteva in discussione la liceità del monopolio dell'esercizio della medicina che la Facoltà si arrogava. Nella lettera al decano della Facoltà di Medicina di Parigi, Mesmer scrive: «Non vi chiederò cosa voglia dire praticare illecitamente la medicina. Fino ad ora la medicina mi era parsa non un « diritto » ma una scienza; e avevo pensato che chi dimostra di poter guarire non doveva esser privato della libertà di farlo ». Con ciò Mesmer disconosce il potere della Facoltà di arrogarsi il diritto della formazione del medico: medico è colui che ha la capacità di guarire (19). Mesmer sosteneva poi che solo chi era stato magnetizzato con successo poteva diventare a sua volta magnetizzatore: il trattamento magnetico era per lui così complesso che solo dopo averne provato gli effetti si poteva essere in grado di esercitarlo. « Sarebbe vano cercare di spiegare a un *cieco* la teoria dei colori, bisogna averli visti... lo stesso accade per il magnetismo animale: deve, in primo luogo, trasmettersi attraverso il sentimento. Solo il sentimento, può rendere la teoria intellegibile » (20).

È evidente come una posizione del genere cozzasse contro gli interessi della Facoltà di Medicina: si poneva in contraddizione evidente con tutta la pratica medica e la teoria del ruolo del medico, a cui non si chiede più una comprensione intellettuale (la diagnosi basata sulla oggettività del sintomo) ma una comprensione emotiva che lo poneva su un piano analogo a quello del paziente.

Non c'è da stupirsi quindi di fronte alla levata di scudi da parte del mondo ufficiale e alla messa in moto di un meccanismo di « inchieste ufficiali » che culmineranno con la dichiarazione di « non dimostrabilità » e quindi di non scientificità del fluido di Mesmer e del suo intervento terapeutico.

(19) Lacan recentemente ha sostenuto che lo psicoanalista si autorizza solo da sé.

(20) MESMER F. A., *Precis Historique...*, in *Le Magnetisme Animal*, cit., 103.

Deslon, medico, discepolo di Mesmer, fonda frattanto una scuola «parallela» a quella del maestro, scuola che si proponeva di superare l'ostilità del mondo medico e di dimostrare la scientificità della nuova teoria. Nonostante il mondo medico considerasse Deslon come il portavoce di Mesmer tra i due esisteva una profonda differenza teorica e pratica, Deslon riteneva infatti che l'armonia cosmica di Mesmer altro non fosse che la salute del corpo, che l'energia vitale universale fosse assimilabile alla « azione della vita». Si distaccava inoltre dal Maestro circa la definizione ed impiego delle « crisi » : riteneva non sempre necessaria una crisi completa e in alcuni casi gli sembravano preferibili crisi ripetute; riteneva inoltre che l'azione del magnetizzatore dovesse svolgersi prevalentemente al capezzale del malato.

Un altro punto di dissenso con Mesmer è costituito dall'atteggiamento nei confronti della Facoltà di medicina: Deslon fa uso di una terminologia attinta a quella della medicina e della scienza dell'epoca, riduce la portata della scoperta « universale » di Mesmer, ritenendola in definitiva un insieme di procedimenti di indubbia efficacia ma di cui non discute la base teorica. Ritiene inoltre che la pratica del magnetismo debba essere riservata esclusivamente ai medici e sollecita più volte un riconoscimento ufficiale da parte della Facoltà.

È proprio su richiesta di Deslon che si formano le diverse Commissioni di inchiesta che decreteranno la morte scientifica e la pericolosità morale della nuova pratica terapeutica.

6. Nel 1784 Luigi XVI da incarico ai membri della Facoltà di Medicina e dell'Accademia delle Scienze di costituire due commissioni di inchiesta con il compito di indagare sulla validità scientifica del magnetismo animale. La Società Royale de Medicine costituì una terza commissione che avrebbe dovuto valutare l'utilità del trattamento magnetico nella cura di alcune malattie.

La « Grande Commissione », costituita dagli studiosi più importanti dell'epoca, era presieduta da Beniamino Franklin, chiamato a questo compito per le sue conoscenze nel campo dell'elettricità e del magnetismo. Franklin era personalmente piuttosto scettico sulla realtà del magnetismo ed attribuiva le guarigioni « ma-

gnetiche» «all'immaginazione del malato immaginario » (21). Anche gli altri membri della commissione — escluso forse Baillye — era piuttosto scettici in materia: in particolare Lavoisier opponeva al linguaggio metaforico di Mesmer la rigidità del linguaggio scientifico (22).

La commissione, prendendo in esame una ad una le 27 proposizioni della *Memoire*, concluse sulla non validità scientifica della teoria di Mesmer. In particolare sembrava inaccettabile l'ipotesi di un influsso mutuo tra gli astri e gli esseri umani, la teoria dei flussi e della crisi, costruita per analogia alla teoria della bipolarità del corpo umano. Dall'esame clinico del paziente che si sottoponeva alle esperienze di magnetizzazione, dal diverso comportamento dei pazienti di classe elevata e di estrazione popolare, dalla refrattarietà alla magnetizzazione degli alienati, i commissari dedussero l'esistenza di una stretta correlazione tra immaginazione e suscettibilità ai fenomeni magnetici. Si dimostrò così — sulla prova dei fatti — che « le magnetisme sans imagination ne produit rien, l'imagination sans magnetisme produit des crises ». La verifica sperimentale di questa ipotesi portò i commissari —, « dato che... il fluido animale non può essere percepito da nessuno dei

(21) « Vi sono moltissime malattie che guariscono da sole, nell'uomo vi è una forte disposizione ad ingannare se stesso o gli altri in questo campo; ho potuto vedere nel corso della mia vita tanti di quei rimedi che avevano la pretesa di guarire le malattie e che ben presto si rivelavano inutili, che non posso non pensare che questo nuovo metodo (il magnetismo) da cui si aspettano mari e monti non si riveli alla fine un'illusione... » FRANKLIN B., *Corrispondence*, Hachette, Paris, 1870, lettera del 9 marzo 1784, in RAUSKY F., *op. cit.*, 126.

(22) Lavoisier aveva formulato, nel 1783, il *principio di parsimonia*, come principio metodologico fondamentale nella formulazione dei postulati scientifici: « se tutto si spiega attraverso la chimica in modo sufficiente, senza ricorrere al flogisto, allora è molto probabile che il principio del flogisto non esista ». Riteneva inoltre che una teoria scientifica dovesse far uso di un linguaggio scientifico: « la impossibilità di isolare la nomenclatura dalla scienza e la scienza dalla nomenclatura deriva dal fatto che ogni scienza è necessariamente costituita da: la serie dei fatti, le idee che ad essi fanno riferimento, le parole che li esprimono. La parola deve far nascere l'idea; l'idea deve afferrare il fatto... ne deriva che non si può perfezionare il linguaggio senza perfezionare la scienza, né la scienza senza perfezionare il linguaggio ». (Citato da Rausky, 126). Come nota RAUSKY, *op. cit.*, 147, la pretesa di Deslon di identificare *fluido* e *flogisto* ha contribuito senz'altro all'atteggiamento negativo di Lavoisier nei confronti del magnetismo animale.

nostri sensi, non ha su di essi, ne' sui malati, alcun effetto, dato che l'immaginazione senza magnetismo provoca le convulsioni mentre il magnetismo senza l'immaginazione non provoca nulla — a concludere unanimamente sulla questione dell'esistenza e dell'utilità del magnetismo, che *nulla prova l'esistenza del fluido magnetico animale; che questo fluido senza esistenza è di conseguenza privo di utilità, che i violenti effetti che si osservano nei trattamenti pubblici derivano dai toccamenti, dall'immaginazione e dall'imitazione* ».

Al tempo stesso si sentirono obbligati ad aggiungere come osservazioni importanti che i toccamenti, (i così detti « passi ») e l'azione ripetuta dell'immaginazione possono essere dannosi; che lo spettacolo delle crisi è anch'esso dannoso a causa dell'imitazione, che sembra essere una legge naturale, e che di conseguenza ogni trattamento pubblico in cui si ricorra al magnetismo a lungo andare non può che essere dannoso » (23).

Compaiono già molti argomenti che costituiranno un leit-motiv nella diffidenza con cui la medicina ufficiale considererà per lungo tempo i fenomeni ipnotici: base scientifica non dimostrata o non dimostrabile, suggestionabilità e ruolo dell'immaginazione, pericoli morali e fisici a cui il magnetizzato può essere soggetto.

Il rapporto steso dalla Société Royale de Médecine si limitava a ridurre i fenomeni magnetici a tre cause : « l'immaginazione, l'imitazione, il toccamento ».

Oltre queste relazioni ufficiali la Grand Commission stese un rapporto riservato — il famoso « Rapport Secret » — in cui veniva sottolineata la pericolosità morale insita nei procedimenti magnetici.

« I commissari hanno accertato che la crisi dipende soprattutto da tre fattori: il contatto, l'immaginazione e l'imitazione. Hanno osservato che la crisi si verifica con maggior frequenza nelle donne che negli uomini... le donne hanno una maggior mobilità nervosa, la loro immaginazione è più vivace e più facilmente eccitabile;... questa maggiore mobilità nervosa le rende più suscettibili alle impressioni del tatto... » La descrizione della crisi, attribuita alla vicinanza fisica tra magnetizzatore e magnetizzato, le modificazioni

(23) MESMER F. A., *Le Magnétisme Animai*, cit, 277.

psicofisiologiche notate non lasciano dubbi circa il tipo di « pericolosità morale » della magnetizzazione. Lo stesso Deslon, del resto non aveva esitato ad ammettere il pericolo « morale » delle pratiche magnetiche.

Il Rapport Secret confermava uno dei pregiudizi più diffusi dell'epoca, quello del magnetizzatore immorale e perverso pronto « a profittare della sospensione della coscienza morale della paziente per soddisfare i suoi bassi istinti », anche se la posizione dei commissari era più raffinata: essi vedevano nella pratica magnetica un attacco indiretto alla moralità della paziente, attacco morale consistente nel risvegliare il desiderio erotico nascosto ma sempre presente e nello spingere così la donna a soddisfare questo desiderio ormai risvegliato : è una seduzione sessuale indiretta quella di cui il magnetizzatore e le pratiche magnetiche sono considerate responsabili. L'esito dell'inchiesta nega quindi al magnetismo qualsiasi validità scientifica ma non toglie a Mesmer la certezza della sua scoperta fondamentale.

Mesmer osserva : « Mi vanto di aver gettato nuova luce sulla teoria dei sensi e dell'istinto. Mediante questa teoria ho cercato di spiegare più perfettamente i fenomeni diversi e impressionanti dello stato chiamato sonnambulismo, che altro non è che uno sviluppo critico di alcune malattie. La storia della medicina ne riferisce un così gran numero di esempi che non possiamo dubitare che questi fenomeni siano sempre parsi come interessante oggetto di osservazione per gli artisti, io stesso posso affermare che tutte le sfumature di alienazione della mente appartengono a questa crisi straordinaria.

È lei a produrre apparizioni meravigliose, estasi, visioni inspiegabili, fonte di tanti errori ed assurde opinioni. Si sente come la stessa oscurità che copriva tali fenomeni, legata all'ignoranza della moltitudine, ha dovuto favorire lo stabilirsi dei pregiudizi religiosi e politici di tutti i popoli » (24).

Concludendo, possiamo osservare che l'ipotesi di un flusso concettualizzato in analogia con il flusso elettrico, l'adozione di una terminologia scientifica razionalista, l'accettazione del princi-

(24) MESMER F. A., Memoire..., in *Le Magnétisme Animai*, cit., 291-292.

pio di causalità fisica, costituiscono per Mesmer altrettanti ostacoli epistemologici.

Mesmer, cioè per rispondere alle critiche dei suoi oppositori è costretto ad usare il linguaggio della scienza ufficiale: trattando il fluido come una corrente elettrica finisce per sottolineare le analogie tra magnetismo fisico e magnetismo animale e per mettere in ombra i fenomeni soggettivi, di carattere affettivo costituenti la specificità dei « fenomeni magnetici ». Così il fluidismo diventa una vasta razionalizzazione priva di contatto con i problemi reali della cura.

Questa posizione, come notano Postel e Dhote, è particolarmente evidente nelle «Memoires... » in cui, dopo aver affermato che il magnetismo animale deve in primo luogo trasmettersi mediante il sentimento e che solo il sentimento può rendere la teoria intelleggibile, Mesmer cerca di spiegare i fenomeni in questione ricorrendo all'apparato concettuale e alla terminologia della fisica dell'epoca.

Per questa via Mesmer finisce per perdere di vista i fatti che lo avrebbero dovuto condurre ad identificare nei fenomeni affettivi l'essenza della sua scoperta e per costruire « una teoria magnetica del tutto priva di base, chiusa in un sistema del tutto rispondente alle concezioni accademiche dell'epoca... In ciò senza dubbio si trova la ragione profonda del fallimento di Mesmer che non ha potuto liberarsi dalla rete sociologica dei legami epistemologici e metodologici che hanno portato la sua scoperta nell'impasse del fluidismo » (25).

7. Al marchese di Puységur(26) va il merito della scoperta « casuale » del sonnambulismo artificiale. Allievo e seguace di Mesmer, membro della Société de L'Harmonie, iniziò a Besancy a praticare il magnetismo animale. La tecnica adottata era simile a quella di Mesmer, salvo per il fatto che cercava di ridurre il più

(25) POSTEL J., DHOTE A., Les Déboires Transférentiels d'un Psychothérapeute à la Fin de la Révolution Française: une Cure Magnétique en 1797, in *Bull. de Psychologie*, 1977/78, 106.

(26) Armand-Marie-Jaques de Chastenet, marchese di Puységur (1751-1825) ufficiale di artiglieria. Interessato a studi di fisica — in particolare di elettricità — iniziò ad occuparsi di mesmerismo e a praticare trattamenti individuali e collettivi.

possibile la comparsa delle crisi e che adottava, come sostituto del baquet, un albero magnetizzato. Da un punto di vista teorico riteneva — contrariamente a Mesmer — che il fluido potesse essere ricondotto ad un fenomeno di tipo elettrico. Durante una seduta di magnetizzazione osservò in un suo giovane contadino — Victor Race — uno stato particolare (27), uno stato di sonno apparente accompagnato da una attenzione più vigile e da un'intelligenza più brillante di quella della veglia.

Questa osservazione di Puysegur ha tutti i caratteri di quella che Kuhn chiama « la scoperta » : la sua attenzione è infatti attratta da *un'anomalia*, da un fenomeno che in certo modo viola « le aspettative suscitate dal paradigma [elaborato da Mesmer] e che lo spinge a riadattare la teoria in modo tale da farle comprendere anche il fatto anomalo » (28).

Questo stato simile al sonno e agli stati di sonnambulismo naturale e spontaneo venne chiamato « sonnambulismo artificiale » per sottolinearne il carattere indotto.

Il diffondersi del nuovo fenomeno, provocò una serie di reazioni negli allievi di Mesmer che contestavano a Puysegur la paternità e la originalità della sua scoperta.

Senza addentrarci nella polemica ci limiteremo ad osservare che anche se prima di Puysegur altri allievi di Mesmer (29) avevano osservato il manifestarsi di casi di sonnambulismo nessuno ne

(27) « Il caso ha fatto in modo che il malato del quale sto per parlare cadesse tra le mie braccia in capo a cinque minuti, nello stato di sonnambulismo perfetto tale, quale io aveva visto giammai. ... Qual fu la mia sorpresa nel vedere quest'uomo, nel termine di un quarto d'ora, *addormentarsi tranquillamente* tra le mie braccia senza convulsioni né dolori! Io forzai la crisi... parlava ad alta voce dei suoi affari. Io gli *favorivo* queste idee, e a quest'uopo lo forzava a muoversi molto sopra la sedia, come per danzare al suono di un motivo che canticchiando, *mentalmente*, gli faceva ripetere ad alta voce; con questo mezzo, dopo quel giorno, provocai nell'ammalato un sudore abbondante. Dopo un'ora di crisi lo calmai ed uscii dalla camera ». PUYSEGUR, Armand-Marie-Jacques de Chastenet de, *Mémoires pour Servir à l'Histoire et à l'Établissement du Magnétisme Animal*, Cellot, Parigi, 1784 citato da GILLES DE LA TOURETTE, *op. cit.*

(28) KHUN T., *op. cit.*, 76.

(29) Aubry ad esempio riferisce il caso di Marguerite, sonnambula, dotata di poteri di chiaroveggenza, per dimostrare che il fenomeno di cui Puysegur si attribuiva la paternità era già stato valutato dagli allievi di Mesmer (citato da RAUSKY F., *Mesmer on la Révolution Thérapeutique*, 171).

aveva intuito il valore terapeutico. Secondo Rausky(5) all'atteggiamento di Puységur, tendente a privilegiare la comunicazione verbale rispetto a quella non verbale, ai «passi», deve essere ricondotta la scoperta del nuovo metodo terapeutico, metodo in cui la parola del magnetizzatore occupa una posizione centrale.

Possiamo identificare allora, secondo Rausky, nel diverso modo di usare la parola la differenza fondamentale tra Mesmer e Puységur, per quest'ultimo il rapporto si stabilisce attraverso la parola ed è sostenuto dalla parola (30).

I seguaci di Puységur cominciano ad organizzarsi in una scuola caratterizzata, oltre che dalla posizione centrale riservata al sonnambulismo, da un regolamento interno fondato su una ideologia antimédica radicale (iniziazione anche di non medici) e su un atteggiamento pedagogico didattico, nettamente in contrasto quest'ultimo con la neutralità etica sostenuta da Mesmer.

« Il magnetizzatore — sostiene un allievo di Puységur, il conte di Reder, — ha un notevole influsso sulle idee del paziente. Il primo dovere del magnetizzatore è di conseguenza quello di preservarlo da qualsiasi influenza che non sia salutare per l'allievo. Se il sonnambulo è capriccioso, irragionevole, incline alla menzogna, alla vanagloria, alle passioni, ad atteggiamenti viziosi deve essere di continuo ricondotto alla verità, alle idee morali» (31).

Gli studi compiuti da Puységur ed allievi misero in evidenza alcune caratteristiche psicologiche specifiche dello stato sonnambulico riconducibili ad una *impernesia*, una *amnesia post sonnambulica* ed un comportamento infantile: il sonnambulo si comporta spesso, infatti, come se fosse tornato indietro negli anni.

1) *L'ipernesia*. Nello stato di sonnambulismo lucido compaiono nel campo di memoria fatti fino allora sconosciuti al soggetto: ad esempio i sonnambuli possono esprimersi in lingue sco-

;

nosciute — la glossolalia — sono in grado di utilizzare un vocabolario clinico ignorato nello stato di veglia. Rispetto alla glossalalia — indice per la chiesa della possessione demoniaca — Deleuze, allievo di Puységur, avanza l'ipotesi che non si tratti della manifestazione di un sapere immediato e nuovo ma piuttosto del *passaggio da una conoscenza passiva ad una conoscenza attiva* : sensazioni passate — lo ascolto di una lingua straniera ad esempio — lasciano nel cervello tracce persistenti risvegliate nello stato sonnambolico. La stessa interpretazione viene avanzata per spiegare l'uso di termini clinici e la formulazione di diagnosi.

2) *L'amnesia post-sonnambolica*: il malato al risveglio sembra non ricordarsi nulla di ciò che aveva detto o fatto in stato di trance; il fenomeno *non spiegabile in base alle conoscenze* veniva abitualmente attribuito alla simulazione; proprio la sua specificità lo rendeva del resto inaccettabile per il pensiero razionalista scientifico che non poteva avanzare — senza mettere in crisi le sue basi teoriche — alcuna ipotesi in grado di spiegare l'esistenza di diversi gradi di coscienza.

3) *La regressione d'età* : anche il comportamento « infantile » del sonnambulo, viene in genere attribuito alla simulazione, alla « affettazione maliziosa » del paziente o meglio della paziente. Puységur stesso tende a passare sotto silenzio il fenomeno che andava a scapito del prestigio scientifico del nuovo metodo terapeutico: non era infatti ammissibile che il ritorno all'infanzia, ad uno stato cioè di incompletezza per la mentalità dell'epoca, potesse essere salutare, tanto più che l'orientamento morale della terapia sosteneva la necessità di portare il paziente ad una modalità di pensiero adulta.

Oltre alle caratteristiche appena ricordate i seguaci di Puységur notarono che l'approfondimento della trance era caratterizzato dall'aumentata restrizione sensoriale, da fenomeni di chiarezza e di attenzione paradossale. Per usare le parole di Deleuze : « Allorché il magnetismo produce il sonnambulismo, l'essere che si trova in tale stato acquista una estensione prodigiosa nelle facoltà dei sensi, molti dei suoi organi esterni, ordinariamente

quelli della vista e dell'udito, sono assopiti, e tutte le sensazioni che ne dipendono avvengono interiormente. In questo stato vi è un numero infinito di gradazioni e varietà; ma per giudicare bene, bisogna esaminarlo a molta distanza dallo stato di veglia... il sonnambulo ha gli occhi fissi e dagli occhi non vede, non ode dalle orecchie, ma vede ed ode meglio dell'uomo sveglio; egli non vede e non ode che quelli coi quali egli è in rapporto. Vede solo quello che guarda e ordinariamente guarda soltanto gli oggetti sui quali si richiama la sua attenzione. È sottoposto alla volontà del suo magnetizzatore. Sente la volontà del suo magnetizzatore. Percepisce il fluido magnetico. Vede, o meglio sente, l'interno del suo corpo e quello degli altri; ma, ordinariamente ne rimarca solo quelle parti che non sono allo stato normale o ne turbano l'ordine. Ritrova nella sua memoria il ricordo delle cose che aveva dimenticato durante la veglia » (32).

Puységur continua però a richiamarsi al pensiero di Mesmer, anche se sposta l'accento *dall'agente fisico*, il fluido, al *rapporto* tra magnetizzatore e paziente, se sostiene che il fluido viene mobilitato dalla volontà di guarigione.

Ritiene inoltre che lo stato sonnambulico debba essere considerato uno stato simile al sonno : per questa via si giungerà a Braid e all'ipnotismo.

Mesmer stesso sembra aderire a questa integrazione dello stato sonnambulico, lo definisce infatti uno stato intermedio tra sonno e veglia opponendosi quindi agli alienisti che lo consideravano un fenomeno psicopatologico. Per Mesmer anzi « è la follia ad essere una forma di sonnambulismo ». Secondo Mesmer resoconti attendibili sullo stato sonnambulico possono essere ottenuti solo da soggetti in trance profonda: e cioè in molti casi, secondo Mesmer, la coscienza ostacola « la conoscenza del mondo » : « Se l'impressione delle stelle non è sensibile alla nostra vista durante il giorno come lo è durante la notte, è perché viene cancellata dalla impressione superiore della presenza del sole » (33).

(32) DELEUZE J. P., *Histoire Critique du Magnétisme Animal*, Schoell, Paris, 1810, 185, in GILLES DE LA TOURETTE, *op. cit.*, 15.

(33) MESMER F. A., *Memoire di F. A. Mesmer...*, in *Le Magnétisme Animal, eh.*, 315-316.

Il sonnambulismo andò incontro ad una serie di resistenze forse maggiori di quelle con cui il magnetismo si era scontrato; la giovane scienza della psichiatria — che si proponeva di compiere la stessa rivoluzione compiuta da Cabanis per la medicina, passare cioè dallo stadio della superstizione a quello della ragione — non poteva accettare un tipo di cura regressiva come quella che gli stati sonnambolici proponevano. Per gli alienisti il sonnambulo è un soggetto disturbato, lo stato di sonnambulismo contribuisce a gettare il paziente in uno stato morboso cronico. Gli stati sonnambolici finiscono così per essere considerati indici di uno stato psicopatico del sistema nervoso, secondo una linea di pensiero che giungerà fino a Charcot(34). Il mondo scientifico non poteva inoltre accettare l'ipotesi della diagnosi in stato sonnambolico. Ancora una volta la facoltà di Medicina si trovava costretta a difendere la prerogativa della formazione del medico e del controllo della professione. Dal punto di vista morale pervennero però le obiezioni più forti: lo stato di trance, con il forte contenuto erotico di cui sembrava imbevuto, provocò una levata di scudi a « difesa del pudore e della decenza istintiva messi a repentaglio della pratiche magnetiche e sonnamboliche ». Il danno « morale » non proviene solo dall'ipnotizzatore: chiunque potrebbe abusare di una donna in stato sonnambolico. Tutta una serie di romanzi, pamphlet satirici, pièces teatrali sottolineavano la pericolosità morale del magnetismo animale dipingendo il magnetizzatore come un satiro che ricorre al potere magnetico per abusare tranquillamente dei suoi pazienti da un punto di vista *erotico, sociale e giuridico*.

Motivi scientifici, morali e legali finirono per decretare così la messa al bando delle pratiche ipnotiche.

(34) Ad esempio Dubois, che sostiene l'origine isterica della trance, scrive nel 1833 : « Le donne, in qualche modo, rientrano in una categoria particolare. Il loro carattere, la tempra del loro animo, la tonalità delle loro idee bastano a volte a spiegare atti in apparenza bizzarri e straordinari. I magnetizzatori inoltre scelgono come soggetti non le donne colpite da polmonite, enterite... malattie per loro troppo ignobili, ma donne *isteriche, melanconiche*, con disturbi mestruali, con disturbi all'utero, e questa scelta è perfettamente motivata ». BURDIN C, DUBOIS F., *Histoire Académique du Magnétisme Animal*, Baillière, Parigi, 1841.

8. Nel 1813 l'abate Faria, un sacerdote portoghese che affermava di essere un brahmano indiano, aprì a Parigi una scuola di « sonno lucido » attirando così nuovamente l'attenzione sugli strani fenomeni del magnetismo e del sonnambulismo.

Faria riteneva che i diversi fenomeni sonnambulici, l'amnesia postipnotica, le modificazioni fisiologiche dei sonnambuli, non potevano in alcun modo essere attribuite all'azione di un fluido, o a un particolare rapporto tra magnetizzatore e magnetizzato ma piuttosto a particolari caratteristiche dei soggetti che cadevano in stato di trance. «Non si creano sonnambuli... tutte le volte che si vuole ma soltanto quando si trovano individui adatti, cioè che sono già sonnambuli naturali ». « Penso che ormai è cosa dimostrata supporre l'assurdità di un fluido magnetico... Nulla trovo che possa giustificare la denominazione di *magnetismo animale*... la parola magnetismo animale avrebbe potuto indicare più tecnicamente la tendenza che esiste fra i due sessi, come questa che si vuole esprimere troppo gratuitamente » (35).

Per l'abate Faria inoltre il sonno lucido, o sonnambulismo, non differisce in nulla dal sonno naturale (36). Ritiene inoltre che lo stato sonnambulico non nasca dal pensiero del magnetizzatore ma dalla *compiacenza* che il soggetto dimostra nei suoi confronti.

Per indurre il sonno Faria sfrutta la compiacenza dei soggetti: nelle dimostrazioni pubbliche e di gruppo cerca di individuare « da segni esterni... quelli che hanno le disposizioni richieste per la concentrazione occasionale e ponendoli comodamente a sedere *pronuncio con forza* la parola dormite e *mostro* ad una certa distanza la mia mano aperta raccomandando di guardarla *fissamente*... Prima di formare nuovi sonnambuli prendo sempre la precau-

(35) DE FARIA J. C. A., *De la Cause du Sommai Lucide au Étude de la Nature de l'Homme*, Henry Jouve, Parigi, 1906, 41.

(36) « Io non posso concepire come la specie umana fosse tanto bizzarra da cercare la causa di questo fenomeno in una volontà esterna, in un fluido magnetico, in un calore animale... mentre questa specie di sonno è comune a tutta la natura umana per mezzo dei sogni, ed a tutti gli individui che stanno in piedi, camminano, parlano, dormono », in DE FARIA J. C. A., *op. cit.*, 42.

zione di addormentare, nelle mie sedute, sonnambuli già abituati al sonno. Lo scopo di questa misura non tende ad altro che ad incoraggiare coloro che, possedendo le disposizioni, desiderano farne la prova... ».

La burla di un attore — che fingendosi un buon soggetto sonnambulico aveva sottolineato la facilità della simulazione — costringe Faria ad abbandonare Parigi e la scuola di « sonno lucido ».

Perry(37) illustra quali sono, a suo giudizio, i contributi più importanti dati da Faria: 1) in primo luogo l'uso di una nuova terminologia che enfatizzava i processi psicologici interni: Faria parla infatti dell'ipnosi come di un sonno lucido e del magnetismo come concentrazione; 2) fu inoltre il primo a concettualizzare le differenze tra gli individui nella capacità di entrare in stato ipnotico. Già Mesmer aveva notato differenze nelle risposte degli individui, ma Faria ne fece un punto importante della sua teoria e cercò anche di documentare alcune delle differenze, arrivando ad affermare che « il sonno lucido, che varia secondo la temperatura, il clima e la qualità dei cibi, è in Francia nella misura di una su cinque persone » ; 3) altra importante innovazione è quella della adozione di procedure di induzione semplici; egli infatti non usava tutti i rituali allora così in auge.

Possiamo a questo punto osservare con Postel e Dhote che non è forse casuale il fatto che solo con Puységur e Faria, discepoli non medici di Mesmer, il magnetismo inizierà a trasformarsi in una vera e propria psicoterapia. Sia Puységur che Faria non sono in effetti gravati dagli stereotipi medici dell'epoca. La loro percezione dei fatti, le loro osservazioni, le loro riflessioni si collegano senza pregiudizi ai fenomeni stessi della cura. Possono anche toccarne l'essenziale, vedere che qualsiasi azione terapeutica si situa nella relazione affettiva e non puramente fisica. Giungono a identificare il vero ambito della ricerca sul magnetismo animale: il rapporto personale tra terapeuta e paziente (38).

(37) PERRY C, The Abbé Faria: A Neglected Figure in the History of Hypnosis, in FRANKEL F. H., ZAMANSKY H. S., *Hypnosis at its Bicentennial*, Plenum Press, New York, 1978, 37.

(38) POSTEL L, DHOTE A., *op. cit.*

9. La partenza di Faria non pose fine agli studi sul magnetismo; Du Potet e Bertrand Foissac continuarono l'attività clinica cercando di dare al « magnetismo » un aspetto più scientifico e più medico.

Nel 1825 Foissac sollecita il mondo accademico a rivedere il giudizio del 1784, dichiarandosi disposto a provare la realtà dei fenomeni « magnetici ».

La relazione preliminare, stesa da Husson (39), si dimostrò favorevole e diede l'avvio ad un'inchiesta trascinatasi per cinque anni.

Nel 1831 Husson presenta all'Accademia un dettagliato resoconto finale, volto a sottolineare da un lato la « realtà dei fenomeni di magnetizzazione e la loro applicazione clinica e dall'altro la necessità di un intervento dell'Accademia per garantire l'impiego esclusivamente *medico* della magnetizzazione.

Il rapporto Husson sosteneva inoltre che: *a)* è possibile identificare un certo¹ numero di tecniche atte a produrre lo « stato magnetico » ; *b)* non tutti i soggetti rispondono allo stesso modo ai fenomeni magnetici; *e)* nelle procedure di magnetizzazione si verificano effetti specifici, dipendenti cioè dalle manovre di magnetizzazione e fenomeni aspecifici (paura, prevenzione, aspettative, noia, influsso dell'immaginazione) attribuibili alla situazione in cui avveniva la magnetizzazione e spiegabili senza dover invocare l'intervento di un agente particolare; *d)* i fenomeni magnetici possono svilupparsi anche in assenza di sonno; *e)* il magnetismo è respon-

(39) Husson nega la realtà del fluido magnetico e sottolinea invece la realtà dei diversi fenomeni sonnambolici, lanciandosi in una difesa della « moralità » delle pratiche magnetiche « che nulla hanno che possa ferire la decenza giacché si fanno sopra gli abiti »; collega altresì lo stato sonnambolico a modificazioni della sensibilità. Sollecita inoltre l'Accademia di Medicina ad occuparsi dei fenomeni magnetici ricorrendo a « considerazioni basate sull'amor proprio nazionale e ... potremmo dire di categoria. Non ne va forse della medicina francese rimanere indietro ai medici tedeschi nello studio dei fenomeni che i partigiani rispettabili ed imparziali del magnetismo animale annunziano esser prodotti da questo nuovo agente?... e non è forse deplorabile che si eserciti, per così dire, sotto i nostri occhi da persone *affatto profane* della medicina, da pratici che si trascinano per tutta Parigi... E non è forse giunto il momento nel quale... la medicina francese, liberandosi dalle strette alle quali sembravano averla condannata i giudizi dei nostri antecessori, debba infine camminare, giudicare da sé dei fatti attestati da persone alla cui moralità, veridicità, indipendenza ed ingegno tutti si inchinano? »

Il rapporto di Husson restò così lettera morta. Nel 1840 l'Accademia prese nuovamente in considerazione il problema dei fe-

solo dal magnetismo e senza di esso non si sono riprodotti. Per esempio: i fenomeni fisiologici e terapeutici, ben constatati.

9) Gli effetti reali prodotti dal magnetismo sono svariatisimi; agita gli uni, calma gli altri. D'ordinario produce accelerazione del respiro e del circolo, produce movimenti convulsivi fibrillari passeggeri, somiglianti a scosse elettriche, uno stordimento più o meno profondo, assopimento, sonnolenza e in un piccolo numero di casi ciò che i magnetizzatori chiamano sonnambulismo.

10) L'esistenza di un carattere unico, capace di far riconoscere in tutti i casi la realtà dello stato sonnambolico non è stata constatata.

11) Però si può concludere con certezza che questo stato esiste quando da luogo allo sviluppo di certe nuove facoltà, che sono state chiamate: chiarovegenza, intuizione, interna previsione, ovvero quando produce grandi cambiamenti nello stato fisiologico come l'insensibilità, un accrescimento notevole ed istantaneo delle forze, e quando quest'effetto non si può riferire ad un'altra causa.

12) Come tra gli effetti attribuiti al sonnambulismo, ve ne possono essere dei simulati, così qualche volta può essere simulato anche il sonnambulismo e fornire al ciarlatanismo i mezzi di ingannare. È per questo che nell'osservazione di questi fenomeni, i quali si presentano ancora come fatti isolati, non riferibili ad alcuna teoria, è solo con l'esame più scrupoloso e le più severe precauzioni e le prove più numerose e svariate che si può sfuggire all'inganno.

13) Il sonno provocato con maggiore o minore sollecitudine, e stabilito ad un grado più o meno profondo, è un effetto reale ma non costante del magnetismo.

14) Per noi è dimostrato che fu provocato in circostanze nelle quali i magnetizzati non avevano potuto vedere e ignoravano i mezzi adoperati per determinarlo.

15) Quando una persona si è fatta cadere una volta nel sonno magnetico, non si ha sempre bisogno di ricorrere al contatto e ai passi per magnetizzarla nuovamente. Lo sguardo del magnetizzatore, la sua volontà hanno su di lei la stessa influenza. In questo caso si può non solo agire sul magnetizzato, ma ridurlo completamente nello stato di vero sonnambulismo, e farvelo uscire a sua insaputa, lontano dai suoi occhi, a una certa distanza e attraverso le porte chiuse.

16) Negli individui che cadono in sonnambulismo per effetto del magnetismo, avvengono d'ordinario cangiamenti più o meno notevoli nelle percezioni e nelle facoltà: *a)* Alcuni in mezzo al rumore di conversazioni confuse sentono soltanto la voce del loro magnetizzatore, molti rispondono esattamente alle questioni che egli o altre persone con le quali sono state messe in rapporto, loro propongono; altri sostengono conversazioni con tutti quelli che li circondano. Però è raro che essi avvertano quello che accade intorno a loro. La maggior parte del tempo essi sono completamente estranei ad un rumore esterno fatto a portata delle loro orecchie, come, per esempio, al tintinnio prodotto dai vasi di rame urtati violentemente fra loro, alla caduta di un mobile, ecc; *b)* gli occhi sono chiusi, le palpebre cedono difficilmente agli sforzi che si fanno con la mano per aprirle; questa operazione abbastanza dolorosa, lascia vedere il globo dell'occhio stravolto, portato

sabile di tutta una serie di effetti reali, sia fisiologici che psicologici, che si presentano con caratteristiche varianti da soggetto a soggetto, di modo che diventa difficile distinguere tra fenomeni autentici e fenomeni simulati; *f*) è possibile indurre uno stato magnetico anche senza la collaborazione del soggetto (magnetizzazione a distanza); *g*) nello stato sonnambulico si osserva la modificazione di alcune facoltà quali la memoria, l'attenzione, la sensibilità al dolore, il controllo della motilità; si verifica inoltre una modificazione della forza muscolare e del tono muscolare; *h*) nei sonnambuli possono svilupparsi facoltà psicologiche particolari (chiaroveggenza, intuizioni, previsioni); *i*) il magnetismo ha effetti terapeutici.

Il resoconto finale nonostante le pressioni di Husson non venne discusso dall'Accademia che si trincerò su posizioni di chiusura, opponendosi alla pubblicazione del rapporto. I membri dell'Accademia sostenevano infatti che « se la maggior parte dei fatti enunciati erano reali, essi distruggevano la metà delle cognizioni fisiologiche e che quindi era pericoloso difendere questi fatti per mezzo della stampa » (40).

(40) GILLES DE LA TOURETTE, *op. cit.*, pp. 30-33. Queste sono testualmente le conclusioni del rapporto HUSSON:

1) il contatto dei pollici e delle mani, le frizioni o certi gesti fatti a poca distanza dal corpo, chiamati passi, sono i mezzi impiegati per mettersi in rapporto o, in altri termini, per trasmettere l'azione del magnetizzatore al magnetizzato.

2) I mezzi sono esteriori e visibili, non sono sempre necessari giacché in molte occasioni la volontà, la fissità dello sguardo hanno bastato a produrre i fenomeni magnetici anche ad insaputa dei magnetizzati.

3) Il magnetismo animale ha agito su persone di sesso ed età differenti.

4) Il tempo necessario per trasmettere e far provare l'azione magnetica ha variato da mezz'ora fino ad un minuto.

5) Il magnetismo non agisce in generale sulle persone robuste.

6) Non agisce su tutti gli ammalati.

7) Mentre si magnetizza, si presentano certi effetti insignificanti e fugaci, che noi non attribuiamo solo al magnetismo, come un po' di oppressione, caldo o freddo, e altri fenomeni nervosi dei quali ci si può rendere conto senza l'intervento di un agente particolare, cioè: per la speranza o la paura, la prevenzione e l'attesa di una cosa nuova o sconosciuta; la noia prodotta dalla monotonia dei gesti, il silenzio ed il riposo che bisogna mantenere durante l'esperienza, e finalmente per l'immaginazione che esercita una così grande influenza su certi spiriti e su certe organizzazioni.

8) Un certo numero di effetti osservati a noi è sembrato che dipendessero

nomeni magnetici per decretare l'«opinabilità» scientifica del sonnambulismo provocato e per rifiutare decisamente invece i fenome-

verso l'alto e talvolta verso la base dell'orbita; e) qualche volta l'odorato è come abolito. Si può far loro respirare l'acido cloridico o l'ammoniaca senza disturbarli, senza che essi se ne accorgano. In certi casi avviene il contrario, e questi individui sono sensibilissimi agli odori; d) la maggior parte dei sonnambuli che noi abbiamo veduto erano completamente insensibili. Si è potuto solleticare loro i piedi, le narici e l'angolo palpebrale con una piuma, pizzicare la pelle in modo da produrre un'ecchimosi, schiacciarla con l'unghia, perforarla con le spille cacciate a grande profondità, senza che essi ne siano accorti. Finalmente uno ne abbiamo veduto che era insensibile alle operazioni chirurgiche più dolorose e che non ha mostrato la più leggera emozione, né sul volto, né ai polsi, né alla respirazione.

17) Il magnetismo ha la stessa intensità; è risentito con uguale prontezza ad una distanza di sei piedi, come di sei pollici, e i fenomeni cui da luogo ne: due casi sono gli stessi.

18) L'azione a distanza pare si possa esercitare con successo soltanto sopra individui che furono già magnetizzati.

19) Non abbiamo mai veduto una persona la quale era magnetizzata per la prima volta, cadesse in un sonnambulismo. Qualche volta il sonnambulismo si è manifestato alla ottava o decima seduta.

20) Abbiamo visto costantemente che il sonno ordinario, il quale è riposo degli organi dei sensi, delle facoltà intellettuali e dei movimenti volontari, precede e termina lo stato di sonnambulismo.

21) Mentre si trovano nello stato sonnambolico, i magnetizzati che abbiamo osservati conservano l'esercizio delle facoltà che hanno durante la veglia*. Anche la loro memoria sembra più fedele e più vasta, giacché essi si ricordano ciò che è avvenuto durante tutto il tempo e tutte le volte che sono stati in sonnambulismo.

22) Al loro svegliarsi dicono di avere completamente dimenticato tutte le circostanze che hanno accompagnato lo stato di sonnambulismo e di non ricordarsene mai. A questo proposito noi non possiamo avere altra garanzia che le loro dichiarazioni.

23) Le forze muscolari dei sonnambuli sono qualche volta intorpidite e paralizzate. Altre volte i movimenti sono soltanto disturbati, ed i sonnambuli camminano barcollando come uomini ebbri, senza evitare, qualche volta anche evitando, gli ostacoli che incontrano nel loro passaggio. Vi sono sonnambuli che conservano intatto l'esercizio dei loro movimenti; se ne vedono anche di quelli che sono più forti e agili che allo stato di veglia.

24) Abbiamo veduto due sonnambuli, con gli occhi chiusi, distinguere gli oggetti che si ponevano loro dinanzi; senza toccarli, essi hanno designato il colore, il valore delle carte; hanno letto parole manoscritte o alcune linee di libri aperti a caso. Questo fenomeno ha avuto luogo anche quando le dita avevano esattamente le aperture palpebrali.

25) Noi abbiamo riconosciuta, nei sonnambuli, la facoltà di prevedere: atti dell'organismo più o meno lontani, più o meno complicati. Uno di essi

ni di chiaroveggenza, previsione ecc, « che, i fatti di chiaroveggenza, di trasposizione dei sensi, di intuizioni e previsione sono e saranno sempre al di là dei limiti imposti dalla potenza creatrice alla natura umana. Questa è la nostra ultima conclusione, conclusione banale se si vuole, e tale che le persone più semplici la formulano ogni giorno; perché chi non sa che è impossibile vedere attraverso i corpi opachi? chi non sa che è impossibile vedere senza il soccorso degli occhi... Ma era necessario dire e ripetere tutto questo giacché si è quasi giunti a trattare da insensati coloro i quali pretendono che i sonnambuli non più degli altri, saprebbero varcare questi limiti definiti.

Dunque è semplicemente la causa del buon senso che noi qui abbiamo voluto difendere... » (41).

annunziato, molti giorni, molti mesi prima, il giorno, l'ora il minuto dell'invasione e del ritorno di accessi epilettici; l'altro ha indicata l'epoca della sua guarigione. Le loro previsioni si sono realizzate con grande esattezza. A noi però è sembrato che esse non possano applicarsi che agli atti o lesioni del loro organismo.

26) Non ostante che noi abbiamo fatto ricerche sopra un gran numero, una sola sonnambula abbiamo veduta, la quale indicò i sintomi della malattia di tre persone con la quale era stata messa in rapporto.

27) Per stabilire, con qualche giustezza, i rapporti del magnetismo con la terapia, bisognerà averne osservati gli effetti sopra un gran numero di individui ed aver praticato, per molto tempo e tutti i giorni esperienze sugli stessi ammalati. Non avendo potuto far questo, la Commissione ha dovuto limitarsi a dire quello che ha veduto in un numero di casi troppo piccolo perché possa osare di pronunciarsi.

28) Alcuni tra gli ammalati magnetizzati non ne hanno risentito vantaggio. Altri hanno provato un sollievo più o meno grande come: uno, la sospensione di dolori abituali; un altro, il ritorno delle forze; un terzo un ritardo di molti mesi nell'apparizione degli accessi epilettici, ed un quarto, la guarigione completa di una paralisi grave ed antica.

29) Considerato come agente di fenomeni fisiologici, o come mezzo terapeutico, il magnetismo dovrà trovare il suo posto fra le conoscenze mediche e, per conseguenza, *i medici soli dovranno adoperarlo e sorvegliarne l'uso come si fa nei paesi del Nord.*

30) La Commissione non ha potuto verificare, perché non le se ne è presentata l'occasione, altre facoltà annunziate nei sonnambuli dai magnetizzatori. Ma essa ha raccolti, e comunica, fatti assai importanti per cui pensa che l'Accademia dovrà incoraggiare le ricerche sul magnetismo, come una branca molto curiosa della fisiologia e della storia naturale.

(41) BURDIN C, DUBOIS F., *Histoire Académique du Magnetisme Animal*, Bailliere, Parigi, 1841, in GILLES DE LA TOURETTE, *op. cit.*, 37.

Ancora una volta quindi il mondo accademico si pronunciò in modo nettamente ostile nei confronti dei magnetisti: il verdetto del 1840 si presentava inoltre come definitivo: l'Accademia considerava chiuso « l'affare magnetismo » e dichiarava che in avvenire non avrebbe più risposto alle domande dei magnetisti né avrebbe più affrontato discussioni pubbliche sull'argomento.

Il magnetismo veniva così ufficialmente radiato dal mondo accademico francese: le ricerche sul magnetismo proseguirono in segreto.

10. In Inghilterra si era intanto sviluppato un movimento mesmerico particolarmente attivo che riconosceva in John Elliotson il suo caposcuola. Le ricerche di questo gruppo si erano indirizzate allo studio e all'applicazione dell'anestesia magnetica, senza rimettere però in discussione la base concettuale della teoria presentata da Mesmer.

Una radicale revisione teorica fu invece operata da James Braid, medico di Manchester (42).

Braid iniziò nel 1841 lo studio del sonnambulismo artificiale: studio di cui rese note le conclusioni nel 1843 nella *Neurohypnology*. In esso Braid introduceva i termini « neuro-ipnotismo » o « ipnosi » e dimostrava che i fenomeni ipnotici dipendono esclusivamente da « un'impressione sui centri nervosi ». L'ipotesi del fluido si rivelava quindi una ipotesi superflua, insostenibile da un punto di vista scientifico.

Le modificazioni dello stato di coscienza caratteristiche dello stato ipnotico dipendono, secondo Braid, dall'eccitazione dell'immaginazione, che giunge a un punto tale che « essi vedono, odono e si comportano come se tutte le impressioni che passano per la loro testa fossero la realtà; essi sono pieni di queste idee, ne sono posseduti ed agiscono di conseguenza, per quanto pazze esse siano »

Braid in definitiva riteneva che i diversi fenomeni osservabili dipendano da un affaticamento del sistema nervoso, « affaticamento

(42) BRAID J., *Neurohypnology: the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism, Illustrated by Numerous Cases of its Successful Application in the Relief and Cure of Disease*, Churchill, London, 1843.

prodotto dalla contemplazione prolungata di un oggetto luminoso situato un po' al di sopra degli occhi, in modo da provocare uno strabismo convergente ». Denominò quindi come « ipnotici » i fenomeni osservati in questo stato, a sottolineare l'analogia con il sonno, fatto derivare anch'esso da un affaticamento del sistema nervoso.

Proposta quindi una interpretazione fisiologica del fenomeno cerca di smontare una delle obiezioni più gravi mosse all'uso della trance ipnotica considerata come uno strumento di corruzione morale. « Sono certo che l'ipnotismo, indotto con il metodo esposto in questo trattato non è soggetto a questa critica. Ho dimostrato con esperienze pubbliche e private che nel periodo di eccitazione il giudizio rende il paziente ancora più circospetto di quanto non sia in stato di veglia... passano dallo stato di insensibilità e di rigidità a quello di mobilità e di esaltazione della sensibilità a causa di un movimento un po' brusco o di un soffio d'aria... Infine non è possibile determinare lo stato ipnotico senza il consenso della persona » (43).

L'ipnosi appare inoltre a Braid molto meno pericolosa di certi farmaci di uso corrente « ciò che non si deve mai perdere di vista è la differenza tra *uso* ed *abuso*. È l'uso dell'ipnosi, il suo uso appropriato quello che noi prendiamo in considerazione » (44).

L'importanza di Braid non è soltanto di tipo teorico : egli propone, e descrive con esattezza, un metodo d'induzione della trance che dimostrava, senza più possibilità di equivoco, che tra il paziente e l'ipnotista non si verificava alcun passaggio di fluido. Così Braid descrive il procedimento adottato : « Prendete un oggetto splendente qualsiasi... tenetelo alla distanza di 20-25 cm. dagli occhi al di sopra della fronte ed in una posizione tale che il soggetto, per guardarlo, debba fare necessariamente un grande sforzo con gli occhi e con lo spirito. Si osserva che, a cagione dell'azione convergente degli occhi, le pupille dapprima si contraggono, poco dopo si dilatano... i globi oculari devono essere mantenuti nella stessa

(43) BRAID J., *Neuroypnology*, cit. da VEITH I., *L'Histoire de l'Hysterie*, Seghers, Parigi, 1973, 223.

(44) BRAID L., *op. cit.*

posizione e lo spirito fisso alla sola idea dell'oggetto che sta sopra agli occhi. Accadrà in genere che gli occhi si chiuderanno con un movimento vibratorio, cioè spasmodico » siccome l'esperienza riesce nei ciechi, così io credo che l'impressione non si trasmette tanto per mezzo del nervo ottico, quanto per mezzo dei nervi sensitivi, motori simpatici e per mezzo dello *spirito*... io sono convinta che i fenomeni sono unicamente provocati da un'impressione prodotta sui centri nervosi dalla condizione fisica e psichica del paziente, esclusa ogni altra forza proveniente direttamente o indirettamente da altri » (45).

Braid nota inoltre l'efficacia dell'ipnosi nella cura dei disturbi funzionali : « Possiamo, mediante l'ipnosi, guarire rapidamente numerosi disturbi funzionali, intrattabili o incurabili con la medicina solita... questi disturbi, non accompagnati da modificazioni patologiche nella struttura degli organi, sono considerati *affezioni nervose* e si pensa dipendano dallo stato particolare del sistema nervoso » (46).

Occorre notare che è soprattutto con Braid che i fenomeni eliostatici studiando vengono fatti rientrare nell'ambito delle esperienze comuni e consce. Già qualche anno prima invero Alexandre Bertrand nel 1823, evidenziando il ruolo fondamentale che la suggestione svolge nell'ipnosi, dichiarava esplicitamente che i fenomeni psicologici che si verificano durante lo stato magnetico non sono fenomeni eccezionali, ma normali, o al limite che possono essere osservati in altre varie situazioni (47).

Braid riformulò più volte la propria teoria sull'ipnosi. Quel finale formula dei principi analoghi a quelli delle moderne teorie che definiamo scettiche e che descriveremo al capitolo dedicato alla teorizzazione del fenomeno ipnotico.

1) non è necessario che il soggetto fissi un oggetto alla luce. L'ipnosi può essere fatta al buio e con un cieco. Al soggetto semplicemente si dice di chiudere gli occhi, senza che abbia fissato a lungo;

(45) BRAID J., in GILLES DE LA TOURETTE, *op. cit.*, 68.

(46) BRAID J., in VEITH L., *op. cit.*, p. 225.

(47) BERTRAND A. J. F., *Traité du Somnambulisme et des Différentes Modifications qu'il Présente*, Dentu J. G., Paris, 1823.

- 2) l'ipnosi si realizza solo se il soggetto sa cosa ci si aspetta da lui e volontariamente si uniforma alle richieste dell'ipnotista;
- 3) la volontà non è intaccata, si ha aumento di valori morali, il crimine suggerito è impossibile da ottenere;
- 4) la mente sana è la più facile da influenzare, la più difficile è quella isterica;
- 5) esistono importanti differenze fra l'ipnosi e il sonno normale;
- 6) la suggestione è il mezzo usato per provocare i fenomeni e non è sufficiente per spiegarli.

11. Come abbiamo visto la storia dell'ipnosi si sviluppa, fin dai suoi inizi, secondo due filoni distinti: il primo sottolineava l'importanza dell'elemento fisiologico — l'esistenza del fluido, l'azione dei magneti — svalutando, o quanto meno confinando sullo sfondo l'importanza dell'elemento psicologico.

Il secondo, che trovava in Deslon uno dei caposcuola, proponeva la creazione di una « medicine d'imagination » (48).

Il contrasto tra fluidisti e animisti caratterizzerà tutto il dibattito della metà del XIX secolo; successivamente si trasformerà in una opposizione tra i sostenitori di un'ipotesi fisiologica e i sostenitori di un'ipotesi psicologica.

Braid si inserisce nel dibattito dimostrando l'inesistenza di una qualsiasi sostanza trasmessa dall'ipnotizzatore all'ipnotizzato: i fenomeni ipnotici erano ottenibili semplicemente stimolando i centri nervosi. In tal modo riconduce ad una base sicuramente fisiologica lo studio dei fenomeni ipnotici, elaborando una metodologia di analisi nettamente distinta da quella dei magnetizzatori.

Dopo un periodo di silenzio, successivo alla « scomunica » del 1840, l'ipnosi si pone nuovamente al centro del dibattito scientifico alla fine dell'800 con gli studi di Charcot e con la polemica che contrappose Charcot e la scuola della Salpêtrière a Bernheim e alla scuola di Nancy.

(48) Per una discussione approfondita del termine « immaginazione » vedi CHERTOCK L., From Suggestion to Metapsychology, in *Brit. J. Med. Psychol.*, 1968, 95.

Charcot sosteneva la prevalenza dell'elemento somatico e riteneva fondamentale, nell'induzione dello stato ipnotico, la stimolazione fisica: i fenomeni suggestivi, di cui per altro non si negava la realtà, assumevano un'importanza di secondo piano rispetto agli indici « obiettivi, somatici » (49).

La suggestione si trova invece al centro dell'interpretazione sostenuta dalla scuola di Nancy, secondo cui l'ipnosi è semplicemente suggestione, e la suggestione può essere ottenuta senza sonno, quest'ultimo è anzi un fenomeno da attribuirsi alla suggestione stessa, esalta la suggestione, ma non è indispensabile per la riuscita della suggestione » (50).

Mentre Charcot poi riteneva che la trance costituisse uno stato di coscienza peculiare, la scuola di Nancy sosteneva che l'ipnosi potesse ricondursi allo stato psicologico normale. Anche qui troviamo un contrasto che ritroveremo studiando i differenti paradigmi teorici attuali (51).

12. Le teorie sostenute dalla scuola della Salpêtrière possono essere ricondotte fondamentalmente al pensiero del neuropatologo Jean Martin Charcot, figura per molti versi contraddittoria; Esponente rigoroso della teoria organicista aprì di fatto la via a una psichiatria dinamica portando ad accettare la realtà dei fenomeni ipnotici quelle stesse autorità accademiche che dal 1784 negavano loro dignità di oggetto scientifico.

Il punto di partenza della ricerca di Charcot sull'ipnosi può essere considerato lo studio della isteria post-traumatica, cui viene riconosciuta una etiologia prevalentemente psichica.

« Qual'è la causa dei fenomeni isterici? » si chiede Charcot
 « Si tratta forse di una lesione cerebrale? Soltanto una lesione o

(49) Babinski ad esempio scrive : « i caratteri somatici sono di fondamentale importanza... possono svilupparsi indipendentemente da qualsiasi forma di suggestione ». Citato in CHERTOCK L., *Theories of Hypnosis*, in *Amer. J. Psychology* 1967, 62.

(50) CHERTOCK L., *L'Hypnose depuis le premier Congrès International*, *La Presse Médicale*, 1965, 149-150.

(51) SARBIN T. R., ANDERSEN M. L., *Role-Theoretical Analysis of Hypnotic Behavior*, in GORDON E. (a cura di), *Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan Company, New York, 1967, 319.

rebrale può produrre simili disturbi. A livello della corteccia sono localizzabili i disturbi della sensibilità... Vi è soltanto una malattia in cui si manifestano disturbi di questo genere: l'isteria... Nell'isteria vi è quindi una lesione corticale che però non è una lesione organica. Non si tratta né di rammollimento cerebrale, né di emorragia, né di nessun altro tipo di lesione grossolana... Si tratta di una lesione dinamica... Sono sicuro di poter riprodurre questi disturbi nelle persone colpite da grande isteria che sono, al tempo stesso, fortemente ipnotizzabili » (52).

Partendo dalla convinzione che i presupposti teorici non possono nascondere la realtà dei fenomeni clinici, basandosi proprio su un metodo di indagine anatomo-clinico, giungeva a postulare, in tutti i casi in cui non fosse riscontrabile una lesione organica alla base del disturbo, l'esistenza di una lesione funzionale « dinamica » sempre localizzata nel sistema nervoso.

Charcot riteneva anzi che il progresso nelle tecniche di indagine anatomica avrebbe dimostrato inconfutabilmente la realtà della lesione funzionale. Secondo questa interpretazione apparivano quindi identici i meccanismi responsabili dell'isteria e dei disturbi sottesi da una base organica ben dimostrabile: si giunge così ad ammettere che nella paralisi isterica la lesione dinamica interessi la stessa area anatomica responsabile dell'insorgenza dei disturbi osservabili nelle paralisi organiche.

Il metodo anatomo clinico, si articola in due momenti fondamentali: la *ricerca della differenza* e lo studio del *reperto anatomico*. I casi simili vengono confrontati l'un l'altro in modo tale da evidenziarne le differenze; dalla identità dei sintomi viene dedotta l'identità delle sindromi. L'esattezza della diagnosi trova definitiva conferma nell'esame del reperto anatomico: l'anatomia patologica permette cioè di ricucire i sintomi osservati clinicamente.

Per usare le parole di Charcot : « Ad un certo momento diviene possibile, confrontando osservazioni diverse, identificare un certo numero di tratti fondamentali che ci permetteranno, in seguito, di riconoscere il disturbo » (53).

(52) CHARCOT J. M., Paralyse hystero traumatique, in CHARCOT J. M., *L'Hystérie*, Textes choisis et présentés par Trillat E., Toulouse, Privat, 1971, 93.

(53) CHARCOT J. M., *L'Hystérie...*, cit, 12.

L'esistenza di una lesione anatomica permette quindi di raggruppare, gli elementi sparsi, in precedenza divisi dal metodo della differenziazione: i diversi sintomi manifestati dal paziente si trasformano in attributi della lesione. Così quest'ultima, raggnippando alcuni sintomi ed eliminandone altri, viene ad assumere il valore di elemento costitutivo della malattia.

Questo metodo, applicato alla osservazione delle malate isteriche e/o epilettiche che affollavano il reparto di Charcot, finisce per collocare, l'una accanto all'altra, la convulsione isterica e la convulsione epilettica. Così, pur se l'analisi metteva in evidenza delle differenze, isteria ed epilessia finivano per configurarsi come sindromi simili, appartenenti alla stessa categoria. Anzi « più da un lato si accumulavano differenze, più dall'altro divenivano necessarie le assimilazioni. Se in un caso (epilessia) si constatano lesioni anatomiche, anche nell'altro (isteria) si identificheranno necessariamente lesioni puramente dinamiche ristabilendo così quel parallelismo tra le due serie che rendeva a sua volta possibile stabilire le differenze » (54).

In base ad un ragionamento « circolare » di questo tipo diventava necessario avanzare l'ipotesi della dipendenza delle sindromi isteriche da lesioni dinamiche localizzate a livello corticale.

Muovendosi quindi in una linea segnata dall'esigenza di una classificazione nosografica — il problema della diagnosi differenziale tra paralisi organica e funzionale — facendo ricorso all'ipnosi (considerata più uno strumento di indagine sperimentale che una tecnica terapeutica), Charcot dimostra l'etiologia psicologica della paralisi post-traumatica e più in generale dell'isteria, che viene così ricondotta nell'ambito della ricerca clinica ufficiale (55).

(54) TRILLAT E., in CHARCOT J. M., *op. cit.*, 14.

(55) Come dice lui stesso « La paralisi istero-traumatica... possiamo riprodurla artificialmente in alcune circostanze... Poter riprodurre uno stato patologico è di estrema importanza perché possiamo avere in mano completamente la teoria quando si riesce a padroneggiare un mezzo per riprodurre i fenomeni morbosi.... Non ho bisogno di dirvi in quali condizioni è possibile riprodurre gli attacchi isterici che designamo come psichici perché è proprio agendo sulla immaginazione del soggetto che riusciamo a riprodurli... Le isteriche ipnotizzabili sono pazienti che presentano quei fenomeni che abbiamo indicato di grande ipnotismo, stato che differisce in effetti dall'ipnotismo in generale... Notate come questi soggetti sono

Il 13 febbraio 1887 Charcot presentava alla Accademia delle Scienze una relazione sui diversi stati nervosi determinati dall'ipnotismo nelle isteriche: il criterio obiettivo era costituito dal livello di eccitazione neuro-muscolare.

L'interesse prevalente di Charcot nello studio dell'ipnotismo e dell'isteria era rivolto, come abbiamo già accennato, alla individuazione di segni diagnostici e fisici facilmente individuabili (56), i soli che rendessero possibile una discriminazione tra il fenomeno patologico « genuino » e i casi di simulazione. Identificare i casi di simulazione sembrava di primaria importanza non solo da un punto di vista scientifico ma anche, come vedremo, da un punto di vista medico-legale.

Secondo Charcot è un fatto incontestabile che la percentuale più alta di soggetti ipnotizzabili si trovi tra gli isterici e in quei soggetti caratterizzati da un *temperamento nervoso*, e cioè in « soggetti in cui l'isterismo non chiede che di manifestarsi (57), come è dimostrato dal fatto che il *grande ipnotismo* — l'unico che meriti la qualifica di scientifico — è stato osservato solo negli isterici. Charcot riteneva inoltre che solo negli isterici potessero svilupparsi i veri fenomeni ipnotici. Indicativo del tipo di logica usata è il seguente passo di Gilles de la Tourette : « Non che l'ipnotismo sia

preziosi per l'interpretazione dei fenomeni isterici. Ciò che noi otteniamo in loro è proprio la paralisi dell'isteria, la paralisi istero-traumatica », CHARCOT J. M., La Paralyse Hystero-traumatique, in *L'Hystérie*, cit., 99-103.

(56) « Non intendiamo dire, scrive il suo seguace De La Tourette, che la scoperta e la descrizione dell'ipnotismo si deve a Charcot ed alla scuola della Salpêtrière, ma affermiamo, senza temere smentite, che prima del 1878 nulla esisteva di veramente scientifico su questo soggetto. Tutte le descrizioni si aggiravano sul grado più o meno profondo di sonno, gli stati si confondevano tutti in un vero caos. Del resto non si possedeva alcuna base fissa di classificazione e di studio. Per stabilirla era necessario ricercare *se nell'ipnotismo, come in tutte le malattie, non esisteva un insieme di fenomeni naturali, sempre uguali a se stessi, indipendenti dalla volontà del soggetto e pertanto impossibili a simularsi*, cose di non piccola importanza. Charcot trovò questa base nei fenomeni neuro-muscolari dei quali esistono tracce anche nel rapporto Husson e che del resto non sfuggirono a Braid e ad Azam. L'interpretazione di questi fenomeni doveva essere fecondissima e per mettere all'ipnotismo di prendere ormai nella scienza il posto che fino ad allora gli era stato negato », DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 82. (Il corsivo è nostro).

(57) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 55.

isterismo, tutti gli ipnotici non sono isterici e tutti gli isterici non sono ipnotici, ma l'ipnotismo si innesta sull'isterismo come sul tronco più favorevole al suo più completo sviluppo... è sulla base di ciò che si chiama grande isterismo che Charcot ha stabilita la dottrina del grande ipnotismo, l'ipnotismo a tre fasi... È dunque permesso pensare che vi è una grande affinità fra questi due stati. In ogni caso, se l'uno è una malattia, è impossibile che non lo sia anche l'altra, giacché hanno sintomi comuni. Senza dubbio, si possono avere ipnosi pure, ipnosi incomplete, ipnosi progredienti più o meno verso lo stato normale come avviene dello stesso isterismo, della follia e di tutte le malattie in generale, ma il tipo puro è una nevrosi caratterizzata » (58).

Secondo Charcot è dunque possibile individuare tre stati distinti: la letargia, la catalessi e il sonnambulismo, dotato ognuno di caratteristiche proprie, riconducibili tutti allo stesso stato nervoso, il che permette di comprendere l'esistenza di stati intermedi. Il criterio differenziale usato per distinguere i tre stati ipnotici è, come abbiamo già detto, l'eccitabilità neuro-muscolare.

a) *Lo stato catalettico*: è quello che si osserva più di frequente anche al di fuori di una situazione ipnotica! (ad esempio in occasione di una forte emozione o di uno spavento causato da un forte rumore). Il suo sintomo più evidente è costituito dalla immobilità del soggetto: gli occhi sono spalancati, la fisionomia impassibile e inespressiva, i movimenti respiratori deboli. Nel soggetto in stato catalettico è abolita inoltre la sensibilità generale: si trova in balia dello sperimentatore anche se una qualsiasi modificazione ambientale può farlo uscire dal suo stato.

b) *Lo stato letargico* è caratterizzato dalla flaccidità degli arti, dalla chiusura delle palpebre, dalla respirazione irregolare e dalla più completa mancanza di sensibilità. Il soggetto è completamente in « balia dello sperimentatore; essendo completamente abolita la coscienza; questo stato è singolarmente propizio alla perpetrazione di attentati sopra la persona » (59).

(58) *Ibid.*, 61.

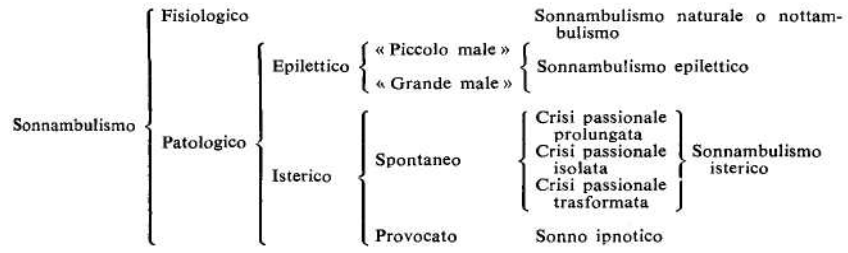
(59) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 93.

e) *Lo stato sonnambulico* è caratterizzato dalla flaccidità degli arti, dalla insensibilità completa, da una ipereccitabilità paradossale e dalla comparsa di alcuni fenomeni psicologici specifici, quali l'esaltazione della memoria e dell'intelligenza.

Il manifestarsi dell'amnesia al risveglio, le analogie che presenta con il sonnambulismo naturale, isterico ed epilettico, la facilità di passare dal sonnambulismo naturale a quello artificiale sono tutti argomenti a favore degli stretti rapporti tra lo stato ipnotico e lo stato isterico (60). La differenza fondamentale tra i due stati, per gli allievi di Charcot, consiste semplicemente nel diverso atteggiamento del soggetto nei confronti dello sperimentatore. Nel sonnambulismo isterico lo sperimentatore « non può interrompere o modificare il corso delle idee del paziente... Inoltre non esiste alcun fenomeno somatico simile alla contrattura sonnambolica dell'ipnosi... Il sonnambulismo ipnotico, oltre che dai segni somatici, è caratterizzato dalla totale mancanza di attività spontanea del soggetto, che è passivamente docile a tutte le suggestioni » (61).

(60) Ecco ad esempio come Paul Blocq, allievo di Charcot, riporta in uno schema riassuntivo la classificazione dei fenomeni sonnambolici :

Secondo la schematizzazione di quest'autore, il *sonnambulismo naturale o notturno* può essere considerato « l'espressione motoria di un sogno che, a causa della sua intensità... passa dall'idea all'atto. I soggetti, eccetto che durante l'attacco notturno, non soffrono di alcun disturbo. Il *sonnambulismo epilettico* è caratterizzato dalla presenza di automatismi : possono osservarsi azioni automatiche (le « fughe » accompagnate da alterazioni dello stato di coscienza) e atti impulsivi compiuti in situazione delirante. // *sonnambulismo isterico* è caratterizzato da attacchi che in genere sono preceduti o seguiti dai fenomeni motori dell'attacco isterico. È considerato come un attacco isterico il cui periodo convulsivo è abbreviato, mentre il periodo passionale, esagerato nella durata, costituisce il vero e proprio episodio sonnambulico. // *sonnambulismo ipnotico* è infine caratterizzato da ipereccitabilità muscolare prodotta da un semplice sfregamento della cute. Può verificarsi



Il nucleo della ricerca di Charcot è costituito dalla analisi dello stato di coscienza specifico degli isterici, cioè dalla analisi dei fenomeni di dissociazione psichica.

Nella sua teoria ipnosi e isteria sono strettamente legate, al punto che l'ipnosi viene considerata una nevrosi isterica artificialmente indotta. « L'ipnosi è uno stato nevrotico artificiale o sperimentale in cui le diverse manifestazioni compaiono e scompaiono a seconda delle necessità di studio, in base alla volontà dell'osservatore » (62).

L'ipnotizzabilità diviene così un indice della disposizione alla isteria, alla tendenza cioè a mettere in atto meccanismi di dissociazione mentale. In taluni soggetti lo stato ipnotico può costituire lo stato normale, cioè lo stato di base caratterizzato da un alto livello di suggestionabilità: il che favorisce l'effetto patogeno di un trauma qualsiasi che si verifichi in tale situazione.

« In alcuni soggetti, e forse in molti di più di quanti comunemente si crede, è possibile trovare allo stato di veglia le manifestazioni sia psichiche che somatiche dello stato ipnotico senza che sia necessario indurre in essi uno stato ipnotico.

Sembra che l'ipnotismo che per altri è uno stato artificiale, sia per loro, per queste straordinarie creature (le isteriche), uno stato ordinario, normale... Queste persone dormono proprio quando sembrano più sveglie, si muovono come in un sogno, pongono sullo stesso piano la realtà obiettiva e il sogno » (63).

Charcot dimostra così la consistenza scientifica dell'ipnosi, un disturbo del funzionamento nervoso assimilabile all'isteria. Diverse analogie lo provano: il fatto che negli isterici sia facile indurre l'ipnosi e che l'anamnesi possa dimostrare in tutti i soggetti ipno-

un aumento della forza muscolare. Il soggetto è inoltre completamente passivo: dipende totalmente dalle suggestioni dello sperimentatore. Al risveglio il soggetto dimentica tutto ciò che gli è accaduto nello stato di sonnambulismo ma può recuperare il ricordo durante un nuovo episodio sonnambolico. Vedi PAUL BLOCCQ, Des sonnambulismes, Cliniques des maladies du système nerveux, in CHARCOT J. M., *Oeuvres Complètes*, Progrès Medical, Parigi, 1893, 57.

(61) CHARCOT J. M., *Legons du Mardi*, citato da Chertock, in *L'Hypnose depuis le Premier Congrès*, *La presse médicale*, 1965, 1500.

(62) CHARCOT J. M., *op. cit.*

(63) CHARCOT J. M., *Lec,ons sur les Maladies du Système Nerveux*, in Charcot, *Oeuvres Complètes*, Progrès Medical, Parigi, 1893, 357.

tizzabili una isteria in stato latente, un temperamento nervoso. La scarsa accuratezza delle anamnesi spiegava, secondo gli allievi di Charcot, il fatto che non sempre si notasse la coincidenza tra ipnosi e isteria. In chiara polemica con la scuola di Nancy scrive ad esempio Gilles de La Tourette: (64)

« Facciamo prima di tutto quest'osservazione generale, che questi autori nelle loro opere non riferiscono gli antecedenti dettagliati dei loro soggetti, mentre coloro che sostengono che gli ipnotici sono quasi tutti isterici, nevropati, in una parola, non temono di appoggiare la loro parola ad osservazioni molto concludenti ».

L'ipnosi appare quindi assimilabile ad un vero e proprio disturbo mentale caratterizzato da una particolare situazione psicologica e da indici fisiologici facilmente evidenziabili, quali, ad esempio, il restringimento del campo visivo e i disturbi della sensibilità, riconducibili, data l'identità postulata tra ipnosi ed isteria, ad una tendenza ereditaria costituzionale alla dissociazione mentale (65).

Appare quindi evidente come da un lato l'impiego dell'ipnosi nello studio dell'isteria abbia profondamente influenzato la teoria etiologica di questa sindrome così come definita da Charcot, e come d'altro lato la scelta delle isteriche come soggetti privilegiati abbia influenzato il modo di concepire il meccanismo responsabile

(64) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*

(65) Come puntualizza Andersson il concetto di ereditarietà a cui fa riferimento Charcot si allontana notevolmente dal concetto analogo sviluppato dalla teoria della ereditarietà di Mendel. La discussione del prolema dell'ereditarietà, come viene portata avanti per tutto il XIX secolo, è caratterizzata da sfumature di carattere speculativo per quanto si riferisce alla ereditarietà delle caratteristiche mentali. La ricerca di Ribot sulla « ereditarietà psicologica » influenza il pensiero di Morel e di Magnan. La teoria della degenerazione in essa contenuta determinerà per lungo tempo, fino ai primi anni del 900, l'impostazione della psichiatria. Andersson sottolinea come la teoria della degenerazione sia strettamente legata al problema della ereditarietà dei caratteri acquisiti, di modo che non è sempre chiaro il margine che separa i concetti di degenerazione e di ereditarietà. Se si ammette come possibilità teorica l'ereditarietà dei caratteri acquisiti si è anche costretti ad ammettere la possibilità della trasmissione ereditaria di una degenerazione acquisita, ad esempio per via traumatica. In tal modo la degenerazione viene ad essere sia primaria che secondaria, derivante cioè da un processo ereditario. Vedi ANDERSSON O., *Studies in Prehistory of Psychoanalysis*, Svenkax Bokforlaget, Stoccolma, 1962.

dei fenomeni ipnotici. Se i fenomeni isterici infatti possono essere ricondotti all'ipnosi risulta ulteriormente confermata l'identità fra le condizioni che rendono possibile l'insorgenza della sindrome isterica e quelle che rendono attuabile l'induzione della trance.

Rispetto a quest'ultimo punto, in polemica con la scuola di Nancy, Charcot sostiene : « Secondo gli autori di questa scuola l'ottanta per cento di voi signori sarebbe più o meno ipnotizzabile, potrebbe cioè presentare, successivamente ad opportune manovre il sonno ipnotico, che del resto non differirebbe da quello normale ».

« Non sarebbe allora indicato praticare su di voi, a scopo dimostrativo questa ipnotizzazione di massa e quindi, approfittando della suggestionabilità così sviluppata in voi portarvi a sostenere queste posizioni che di conseguenza verrebbero accettate acriticamente e rimarrebbero nel vostro pensiero fissate dal meccanismo della suggestione post-ipnotica? Il buon senso, come la semplice osservazione, si sollevano contro tali insinuazioni ».

« Che tra di voi si trovino due o tre nevropatici, questo lo vedo bene, ma non credo proprio che il loro numero sia pari all'ottanta per cento. Non tutti possono essere ipnotizzati allo stesso modo e nel sonno ipnotico, che tra parentesi non è sonno naturale, non è possibile ricondurre tutti i fenomeni alla suggestione. La suggestione, a causa dell'abuso che di questo termine è stato fatto, è divenuta una specie di *Deus ex machina*, di cui sarebbe meglio diffidare » (66).

13. La definizione dell'ipnosi data da Charcot e dalla sua scuola sembrava finalmente offrire criteri obiettivi per smascherare, come si esprime il De La Tourette « ogni sopercheria e fornire i mezzi che impediranno di smarrirsi per una via così mal tracciata come quella dell'ipnotismo medico-legale... Alla medicina legale non è indifferente sapere a priori che nella maggioranza dei casi saranno dei nervosi quelli che dovranno subire l'esame del perito. La questione della *responsabilità* si presenta subito e con essa la possibilità della *simulazione* » (67).

L'esistenza di criteri obiettivi che permettono di differenziare

(66) CHARCOT J. M., *Clinique des Maladies du Système Nerveux*, 1893, 166.

(67) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 64.

diversi stati ipnotici, le diverse prestazioni di un soggetto in stato |. letargico, catalettico, sonnambulico, la possibilità di evidenziare le zone ipnogene sono tutti elementi su cui si basano le argomentazioni circa la possibilità di commettere dei crimini durante uno stato ipnotico e quindi per valutare la responsabilità e l'imputabilità di chi commette un'azione criminosa in quel contesto. Uno dei primi quesiti da affrontare era rappresentato dalla possibilità di porre in ipnosi un soggetto senza la sua collaborazione o comunque senza il suo consenso. « È più facile ipnotizzare contro voglia e a loro insaputa soggetti anteriormente ipnotizzati e dei quali si conosce il metodo di reazione funzionale di fronte a certi procedimenti ipnotici. Infatti vi sono dei metodi di ipnotizzazione che si valgono semplicemente del senso della vista, dell'udito, contro anche la volontà dell'individuo. Inoltre, dato che le zone ipnogene possono essere numerose e il soggetto non può comprenderle tutte si comprende come in... una lotta sia facile premerne una e produrre così il sonno... Si aveva dunque ragione nel dire che dal punto di vista della perpetrazione dei crimini e delitti la cognizione di queste zone era della più grande importanza » (68).

Accertata scientificamente la possibilità di porre un soggetto in uno stato ipnotico senza la sua collaborazione, restava da definire quali azioni si potessero commettere sulla sua persona e quali azioni una persona ipnotizzata potesse commettere.

Il primo quesito viene affrontato prevalentemente nel caso di processi per violenza carnale.

Gli autori che fanno riferimento a Charcot, basandosi sulle modificazioni dello stato di coscienza, sulla abolizione della coscienza e della volontà tipiche dei tre stati fondamentali dell'ipnotismo ritengono che « il soggetto in catalessi e letargia offre una facile preda alla lubricità del magnetizzatore; il sonnambulo per la facilità con la quale accetta le suggestioni, di diversa specie, può diventare tra le sue mani un agente incosciente e irresponsabile e all'occasione molto pericoloso (69).

L'opera del perito, in questi casi, sarà volta a determinare lo stato ipnotico in cui il soggetto è stato posto. Sempre secondo il

(68) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 74 e 78.

(69) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 326.

De La Tourette : « Chi voglia violare una donna dovrà approfittare della letargia in cui essa è inerte, mentre il sonnambulismo è certamente il meno propizio alla perpetrazione degli attentati al pudore... Un individuo il quale pone una donna in stato sonnambolico la possederà soltanto se essa vuole, come nella vita normale, cedere ai suoi desideri » (70). Naturalmente « il fatto di ottenere in queste condizioni i favori della donna costituisce un vero stupro » (71).

In questo tipo di indagini giudiziarie si dovrà allora stabilire se nel momento in cui lo stupro veniva commesso la donna era effettivamente ipnotizzata: la possibilità di porre nuovamente la vittima in ipnosi poteva indicare da un lato la *manca*za di *simulazione* nella donna e dall'altro servirà a determinare lo stato ipnotico in cui essa si trovava al momento dello stupro.

Rispetto al secondo punto, e cioè alla possibilità che una persona possa essere spinta a commettere un crimine in stato ipnotico, De La Tourette si mostra particolarmente scettico: la possibilità di indurre sperimentalmente « suggestioni criminali » non costituisce per quest'autore un argomento probante; « i crimini fittizi non varcheranno mai la porta dei laboratori... Quando si tratta di suggestioni che rivestono un certo carattere di gravità, per esempio suggestioni criminali, crediamo di aver dimostrato abbastanza sulla resistenza alle suggestioni » (72).

E quindi se è possibile porre un soggetto in stato di ipnosi a sua insaputa o addirittura contro la sua volontà, non è però possibile fargli eseguire ciò che non vuole... Perché ciò sia possibile è necessario che lo sperimentatore abbia ipnotizzato il suo soggetto diverse volte e che conosca a fondo « quello che noi ci permetteremo di chiamare il suo temperamento ipnotico » (73).

In polemica con le posizioni espresse da Ligeois, portavoce di Bernheim, il De La Tourette sostiene che « la suggestione ipnotica è un'arma pericolosa, ma da questo a caricarla di tutte le malefatte, fino a farne un vero pericolo pubblico, corre grande distanza.

(70) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 327.

(71) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 372.

(72) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 367.

(73) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 367.

«Ci si potrà forse meravigliare di vedere ridurre sempre di più il suo dominio mentre affermiamo che si poteva per mezzo suo far commettere atti criminosi, per esempio un assassinio. Pur non ostante la nostra opinione non ha cambiato e noi crediamo che è possibilissimo far firmare ad un sonnambulo una ricevuta, un foglio bianco, una donazione testamentaria, come si potrà armare un braccio. Ma questi fatti sono puramente sperimentali e nessuno nella vita reale vorrebbe servirsene per paura del domani » (74).
Comunque, una volta accertato che il crimine è stato effettivamente compiuto in uno stato ipnotico o post-ipnotico il soggetto viene considerato non imputabile.

« Colui il quale durante un periodo di catalessi o di sonnambulismo o in quello della veglia successiva perpetra un maleficio non deve risponderne alla giustizia punitiva, stante che nel primo periodo egli sia radicalmente impotente alla vita dello spirito e nel secondo un obbietto ideale si sia insignorito delle sue facoltà e gli abbia tolto la padronanza di sé stesso... Se analizzando e scomponendo nei diversi elementi, onde consta, il proponimento delittuoso, ne è dato indurre che esso sia dovuto unicamente alla suggestione... non risalirà certo all'individuo la responsabilità giuridica dell'atto... E nemmeno allorché per sua libera elezione il soggetto venga messo in stato ipnotico sorge la figura della colpa... La fiducia riposta nell'operatore lo avrà pienamente rassicurato » (75).

Si profila quindi il problema di stabilire la responsabilità dell'operatore che induce l'ipnosi e la liceità di porre un soggetto in tale stato.

Il riconoscimento della realtà scientifica dell'ipnosi comporta anche una regolamentazione giuridica del suo esercizio: solo il medico, per scopi terapeutici, è autorizzato a farne uso, tutti gli altri operatori possono così venir incriminati per esercizio abusivo della professione medica.

Come scrive Charcot: «l'ipnotismo è una vera nevrosi... una specie di malattia sperimentale... L'individuo ipnotizzabile è affetto

(74) DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 380.

(75) CAMPILI G., *// grande ipnotismo e la suggestione ipnotica nei rapporti del diritto penale e civile*, Bocca, Torino, 1886, 55-72.

quasi sempre da una tara nervosa, e molto spesso un'isteria latente viene scatenata dal trattamento ipnotico. Quindi, se è legittimo far ricorso all'ipnosi per curare alcuni disturbi isterici è necessario considerare l'ipnosi alla stregua di qualsiasi farmaco pericoloso e da usarsi con cura. Solo il medico, e il medico abituato all'osservazione dei malati di nervi, sarà in grado di decidere se non è il caso di lasciar sonnecchiare fenomeni clinici di scarsa importanza piuttosto che correre il rischio di sostituirli con disturbi altrettanto gravi che potrebbero essere scatenati dalle manovre dell'ipnotista » (76).

14. Le teorie sostenute dalla cosiddetta scuola di Nancy possono venir ricondotte alle posizioni espresse da Liébeault e Bernheim.

Nel 1888 A. Liébeault pubblica *Du sommeil et des états analogues* in cui espone la sua teoria sull'ipnosi (77). Prende posizione circa il problema dei fattori responsabili dell'induzione dell'ipnosi, identificando « ipnosi » e « suggestione verbale » o meglio considerando la suggestione trasmessa mediante la parola l'agente fondamentale nell'induzione di uno stato ipnotico. Ritiene infatti che i passi dello ipnotizzatore inducano il sonno ipnotico, considerato un sonno parziale — che si differenzia dal sonno normale solo per il fatto che il soggetto rimane in rapporto con l'ipnotizzatore — solo in base a fenomeni suggestivi che inducono nel cervello dell'ipnotizzato l'idea del dormire. « L'ipnosi, come Braid ha dimostrato, si basa sulla concentrazione dell'attenzione su una sensazione monotona e prolungata e quindi sull'idea da cui la sensazione deriva. Si caratterizza per l'assoluta possibilità del soggetto, una volta addormentato di evocare — con sforzo volontario — le idee che si trovano nella sua mente » (78).

(76) CHARCOT J. M., *Premessa alla traduzione italiana di « L'ipnotismo e gli stati analoghi... »* di DE LA TOURETTE G., *cit.*

(77) LIÉBEAULT A., *Su Sommeil et des États Analogues Considérés Surtout au Point de Vue de l'Action du Moral sur le Physique*, Masson et Cie., Paris-Nancy, 1866.

(78) LIÉBEAULT A., *Confession d'un Médecin Hypnotiseur*, *Revue de l'Hypnotisme Expérimental et Thérapeutique*, 1866, 144.

Liébeault sostiene inoltre che il sonno fisiologico si sviluppa secondo un meccanismo simile (79) e che l'identità tra sonno e ipnosi è dimostrata dal fatto che « il sonno fisiologico si trasforma in ipnosi mediante suggestione e che l'ipnosi sfocia nel sonno fisiologico ».

Sia nel sonno che nell'ipnosi appare centrale l'abolizione del pensiero attivo. « Sonno e ipnosi differiscono soltanto perché chi dorme, di solito, si autosuggerisce mentre chi è ipnotizzato è suggerito da un terzo; chi dorme, proprio a causa dell'autosuggerimento, resta isolato e non presenta catalessia ».

A proposito della suggestione, centrale nella sua teoria, Liébeault osserva come questa non sia specifica dello stato ipnotico ma piuttosto rappresenti una componente importante anche della vita vigile. « Nell'uomo normale sveglia si sviluppano fenomeni di 'tipo passivo' semplicemente richiamando l'attenzione su una idea ».

E con una posizione molto vicina a quella recentemente sostenuta da quegli studiosi come Barber e Sarbin, definiti scettici, scrive : « Sono più di vent'anni che servendomi semplicemente della parola faccio scomparire sintomi morbosi su malati non addormentati e mai ipnotizzati... con questo metodo si ottengono però risultati inferiori a quelli ottenuti ricorrendo alla suggestione durante il sonno ipnotico: in quest'ultimo caso la suggestione ha a disposizione quantità maggiori di attenzione accumulata » (80).

Riassumendo la propria teoria Liébeault sottolinea ancora l'analogia tra il sonno e l'ipnosi : « il sonno ipnotico si ottiene sempli-

(79) È da notare che, in un contesto completamente differente, anche Pavlov avanza una simile interpretazione del sonno e dell'ipnosi. L'interpretazione di questi fenomeni proposta dal ricercatore sovietico trova la sua base teorica nei concetti di riflesso condizionato e di Attività Nervosa Superiore. A differenza della teoria di Liébeault la teoria pavloviana nasce in un contesto sperimentale: lo studio dei riflessi nel cane.

Pavlov sostiene l'analogia tra sonno e ipnosi, entrambi attribuiti ad uno stato di inibizione corticale. La differenza tra i due stati sta semplicemente nel fatto che mentre nel sonno si constata una inibizione corticale diffusa, nell'ipnosi persistono delle zone corticali in stato di eccitazione, dei « punti vigili » ; l'ipnosi viene così definita una sorta di sonno parziale, la presenza dei « punti vigili » spiega la possibilità di mantenere il rapporto tra ipnotizzatore e ipnotizzato.

(80) LIÉBEAULT A., *op. cit.*, 144.

cernente suggerendo i fenomeni del sonno : mediante il sonno ipnotico è possibile produrre nel soggetto addormentato molteplici fenomeni psichici e fisiologici; infine, sempre mediante una suggestione, quella del risveglio, i soggetti escono dallo stato passivo in cui sono stati posti. Si è anche osservato che nel periodo di veglia anche in persone mai ipnotizzate è possibile determinare affetti che sono il risultato di idee suggerite e di cui si impregna la mente. Ho anche avanzato l'ipotesi che anche il sonno normale sia conseguenza dell'allontanamento del pensiero dai sensi; il che porta al riposo degli organi » (81).

Bernheim, professore alla facoltà di medicina di Nancy, in « *De la suggestion et ses applications à la thérapeutique* » e in « *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* » (82) propone una puntualizzazione ed una revisione critica delle teorie di Liébeault duramente stroncate dall'ambiente medico ortodosso, che le considerava inaccettabili da un punto di vista fisiologico: « La fisiologia, come l'espone Liébeault, si allontana sotto ogni profilo da ciò che guida oggi la pratica medica sulla via del progresso... Non potremmo accordare fiducia al metodo di cura che egli raccomanda » (83).

Possiamo identificare nei concetti di « suggestione » e di « ideodinamismo » i cardini su cui poggia la teoria dell'ipnosi di Bernheim. *La suggestione* viene definita come la capacità del soggetto di « lasciarsi penetrare da un'idea, capacità o disposizione che non può essere considerata appannaggio esclusivo della neuropatia o dell'isteria, data la frequenza e l'importanza dei fenomeni suggestivi nella vita normale » (84).

Con *ideodinamismo* si intende « la capacità del cervello di ricevere o evocare idee e la sua tendenza a realizzarle », tendenza in genere repressa « dalla facoltà dell'attenzione, dalla critica, dal ragionamento, in una parola dal controllo cerebrale. Il movimento,

(81) *Ibidem*.

(82) BERNHEIM H., *De la Suggestion et des Applications à la Thérapeutique*, Octave Doin, Paris, 1886; *De la Suggestion dans l'État Hypnotique et Dans l'État de Veille*, in *Revue Médicale de l'Est*, 1884, 3.

(83) DE LA TOURETTE, *op. cit.*

(84) BERNHEIM H., *De la Suggestion dans l'État Hypnotique*, *cit.*

la sensazione, l'immagine, l'atto organico legati all'idea sono abbozzati ma non vengono mai messi in atto. L'attività automatica cerebrale è frenata dall'attività volontaria » (85).

Secondo Bernheim nel sonno, o in stati ad esso analoghi, ad esempio in alcuni stati emotivi, viene abolito il controllo corticale: «il cervello, dominato dall'automatismo» non può più sottoporre a critica le idee, che tendono a trasformarsi in immagini (sogno) o in azioni (come è evidente negli episodi di sonnambulismo naturale).

L'ipnotista quindi non fa altro che riprodurre « sperimentalmente ciò che il sonno naturale o uno stato analogo *naturalmente* fa sviluppare in alcuni soggetti » (86).

In base a queste premesse l'ipnosi è definita come uno « stato fisiologico che i soggetti sani possono sviluppare a diversi livelli a seconda del loro grado di suggestionabilità » (87), stato fisiologico che può essere realizzato per scopi terapeutici. Il sonno indotto è considerato « un utile coadiuvante perché sopprime in una certa misura il controllo ed esagera l'automatismo cerebrale » ma non è essenziale alla conduzione della terapia. « Il sonno — scrive Bernheim — non è necessario per la manifestazione dei fenomeni ipnotici, catalessia, anestesia, allucinabilità. La suggestionabilità esiste allo stato di veglia. Ho invariabilmente constatato che quanto un buon soggetto, molto suggestionabile, è suscettibile di essere anestetizzato, allucinato in un sonno indotto, è preda delle stesse suggestioni allo stato di veglia, senza che in precedenza sia stato addormentato » (88).

Nel suo lavoro del 1886(89) scrive: «Io insisto sul fatto che tutte o parte delle suggestioni possono essere realizzate con e senza sonno » e più avanti continua « L'ipnotismo non è il necessario

(85) BERNHEIM H., Le Docteur Liébeault et la Doctrine de la Suggestion, in *Rev. Méd. de l'Est*, 1907, 47.

(86) BERNHEIM H., Le Docteur Liébeault et la Doctrine de la Suggestion, *ci./.*, 49.

(87) BERNHEIM H., *ibid*, 72.

(88) BERNHEIM H., *ibid*, 73.

(89) BERNHEIM H., De la Suggestion et ses Applications à la Thérapeutique, *ci./.*, 15.

preludio alla suggestione; facilita la suggestione quando può essere indotto » ed aggiunge « ma altre suggestioni possono a volte avere successo, quando quella del sonno non è efficace ». Le sue esperienze confermano queste affermazioni e vent'anni dopo egli scrive : «Ho definitivamente stabilito che l'indurre il sonno non è necessario per ottenere i così detti fenomeni ipnotici... essi possono essere provocati in alcuni soggetti non ipnotici ». Nel fare queste affermazioni, generate dalle sue ricerche sui fenomeni ipnotici, Bernheim precede Barber di circa mezzo secolo.

Associare il sonno con stati indotti di ipersuggestionabilità è frequente in Bernheim. Egli non considerava il sonno come un requisito della ipersuggestionabilità, ma sente che, quando il sonno può essere indotto, spesso è associato a gradi più alti di suggestionabilità, ed è questa combinazione di ipersuggestionabilità e di sonno che lui definisce "sonnambulismo". Non avendo a disposizione dati elettro-fisiologici obiettivi Bernheim considera il sonno naturale non distinguibile da quello indotto, e la sua concezione dell'ipnosi come stato alterato di coscienza è chiara quando afferma: «...Ripeto che il sonno, sia artificiale che spontaneo, non significa l'abolizione delle facoltà intellettive; è una condizione cerebrale *oltre* a quella dello stato di veglia... una condizione in cui i fenomeni della vita automatica sono predominanti... Accontentiamoci di sapere che la mente può pensare e lavorare durante il sonno... noi siamo consci di ciò, come il sonnambulo è conscio di ciò che sta facendo, solo che in un altro stato di coscienza » (91).

Rispetto alle caratteristiche del sonno ipnotico, e in particolare all'abolizione della coscienza, Bernheim nota che la suggestione non trasforma l'uomo in automa. Anche un individuo allucinato mediante suggestione — il che non si verifica in un procedimento terapeutico — non è un automa incosciente; sa di esistere, agisce con conoscenza di causa benché dominato, come l'alienato,

(90) BERNHEIM H., *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie*, Octave Doin, Paris, 1903, 78.

(91) BERNHEIM H., *De la Suggestion et ses Applications à la Thérapeutique*, *cit.*, 153.

da *sensazioni* false. La suggestione terapeutica in stato di veglia lascia sussistere il controllo; rettifica alcune impressioni falsate dalla malattia » (92). L'elemento caratterizzante il sonno ipnotico non è più l'abolizione della coscienza e la passività del soggetto, quanto l'innalzamento del grado di suggestionabilità.

« Il sonnambulismo provocato mostra i casi estremi, quelli in cui l'atto suggerito si impone con forza irresistibile. Ma nulla avviene allo stato di sonno profondo che non trovi l'analogo, il diminutivo, se così si può dire, nello stato di veglia. Il sonno esagera l'automatismo fisiologico, non lo crea. Tra la suggestione fatale e la determinazione assolutamente volontaria possono esistere tutti i gradi. E chi è in grado di analizzare tutti gli elementi suggestivi che intervengono a nostra insaputa negli atti che noi crediamo derivino dalla nostra iniziativa! Volontà, libero arbitrio responsabilità morale : gravi e palpitanti questioni! » (93).

Circa la natura dell'ipnosi, Bernheim entra in polemica con Charcot e la sua scuola. L'articolo pubblicato nel 1884 sulla *Révue Médicale de l'Est* già citato è particolarmente illuminante sui termini della polemica, in quanto in esso Bernheim si propone di ribaltare punto per punto le obiezioni mossegli dalla scuola di Parigi.

Affronta preliminarmente questioni di metodo: a quello naturale di Charcot (94) oppone l'importanza di fondare sull'osservazione clinica la sistemazione dei fatti, le asserzioni scientifiche.

Richiamandosi paradossalmente a Charcot contesta sulla base delle sue osservazioni personali le teorizzazioni della scuola di Parigi. Secondo Bernheim « ciò che è possibile evidenziare nei soggetti sottoposti ad ipnosi da un punto di vista clinico è semplicemente il diverso grado di suggestionabilità riconducibile al tempe-

BERNHEIM H., *Le Docteur Liébeault et la Suggestion*, *cit.*, 76.

(93) BERNHEIM H., *De la Suggestion dans l'État Hypnotique*, *cit.*, 14.

(94) Gilles de la Tourette definisce il metodo naturale di Charcot « come quel metodo consistente nel determinare i segni diagnostici fisici e facilmente apprezzabili dei diversi stati ipnotici limitandosi dapprima alla rigorosa interpretazione dei fatti più semplici procedendo lento ma sicuro, non abbandonando lo studio di un fenomeno senza aver trovato il legame che lo univa a quelli che aveva precedentemente interpretati » DE LA TOURETTE G., *op. cit.*, 49.

ramento individuale (95). I pretesi fenomeni fisiologici o fisici dello stato ipnotico mi sembrano, nella maggior parte dei casi, riconducibili a fenomeni psichici. Non pretendo di spiegare, basandomi sulla suggestione, i fatti osservati da altri ricercatori, voglio soltanto osservare che senza suggestione non è possibile riprodurli. Sono forse venuto meno al metodo scientifico perché sono limitato a ragionare su ciò che ho visto? » (96).

La suggestione sembra quindi a Bernheim il fenomeno a cui devono esser ricondotti i diversi comportamenti dei soggetti in ipnosi. Ma invocare uno stato psicologico come esplicativo di stati fisiologici, di norma considerati « stati semplici, elementari » significava in ultima analisi mettere in discussione tutto il metodo di Charcot. «E d'altronde ammetto che questi fatti di ordine puramente fisico e fisiologico sono esatti e costanti! Ma è vero dire che sono più semplici, più elementari, più facili da interpretare dei fatti psicologici che abbiamo osservato? È vero che ci si può innalzare dai fatti più semplici ad altri più complessi e delicati? Affatto, perché questi fatti sono di ordine differente » (97).

La validità delle osservazioni di Charcot viene così inficiata proprio a partire dalla impostazione teorica scelta: se si parte dall'assunto che l'ipnosi è un fenomeno analogo allo stato di sonno, riconducibile in ultima analisi alla suggestione, allora non ha più senso dedicarsi alla classificazione degli stati di ipnosi, alla descrizione dei sintomi fisici che li caratterizzano (98). Secondo Bern-

(95) Già Liébeault parlava di temperamento individuale rispetto alla suggestione « La disposizione a mettersi in passività di spirito mi è sembrata ereditaria. Io ho veduto più volte che tutti i membri di una stessa famiglia cadevano spesso in uno stato simile di sonno mentre fra i membri di certe altre io non potei trovare un solo domatore... I bambini ed i vecchi sono i meno disposti ad essere influenzati... questo tiene all'inerzia abituale della loro attenzione cosciente, così vicina a quella che presentano gli imbecilli. Come si fa ad addormentare costoro che, per natura, sono in uno stato presso a poco analogo al sonno? » LIÉBEAULT A., *Du Sommeil et des États Analogues Considerés Surtout au Point de vue de l'Action du Moral sur le Physique*, cit.

(96) BERNHEIM H., *De la Suggestion de l'État Hypnotique...*, cit., I.

(97) BERNHEIM H., *ibidem*.

(98) I fenomeni suggestivi hanno il loro analogo nella vita normale e patologica, la natura li produce spontaneamente. Le paralisi, le contratture, l'anestesia le illusioni sensoriali... si realizzano in tutti noi nel sonno normale. Quando

heim il grande ipnotismo descritto da Charcot non esiste, « è creato, scrive nel 1907, da una sorta di educazione suggestiva dei soggetti... In una parola si tratta di una ipnosi di cultura in cui l'operatore suggerisce a sua insaputa le manifestazioni e le fasi che i soggetti possono imitare l'un l'altro » (99).

Bernheim ammette che il verificarsi del fenomeno ipnotico ha bisogno di una certa *disponibilità* nel soggetto, disponibilità che non dipende però da una degenerazione del sistema nervoso ma che, nei suoi diversi gradi, costituisce una caratteristica normale dei diversi soggetti. « Senza dubbio tutti abbiamo un sistema nervoso, una certa impressionabilità nervosa. La suggestione ipnotica, per agire sull'essere psichico ha bisogno di una certa disposizione, di una certa recettività cerebrale: è necessario che il soggetto sappia concentrarsi e per così dire lasciarsi penetrare dall'idea del sonno. Ma questa disposizione speciale, che molti hanno ad un certo livello, non è affatto appannaggio esclusivo della neuropatia e dell'isteria» (100).

E nel 1903 scrive addirittura : « È mia opinione che la miglior cosa da fare sarebbe di cancellare la parola ipnotismo e sostituirla con "stato suggestivo" ». E aggiunge: «L'ipnotismo non esiste; con ciò io voglio dire che non c'è uno stato speciale, anormale, antifisiologico che merita questo nome; ci sono solo soggetti più o meno suggestionabili, a cui si possono suggerire idee, emozioni, azioni, allucinazioni (101) ».

Per concludere possiamo dire che la polemica tra la scuola di Nancy e la scuola di Parigi ruota attorno ad alcuni punti che possiamo così schematizzare :

dormiamo siamo tutti suggestionabili e soggetti ad allucinazioni, a partire dalle nostre impressioni o impressioni esterne... Invece di considerare questi fatti meravigliosi ho cercato di accostarli a fatti analoghi che è possibile osservare nello stato fisiologico; ho fatto riferimento all'automatismo della vita normale, agli atti riflessi, istintivi... Mi sono mosso dalla suggestione allo stato normale alla suggestione allo stato ipnotico... BERNHEIM H., *op. cit.*, 1884, 7 e 8.

(99) Mi è facile dimostrare che il grande ipnotismo, quale è stato descritto da Charcot non esiste: è creato da una sorta di educazione suggestiva dei soggetti... BERNHEIM H., *op. cit.*, 1907, 72.

(100) BERNHEIM H., De la Suggestion dans l'état Hypnotique..., *cit.*, 10.

(101) BERNHEIM H., Hypnotisme, Suggestion, Psychotherapie, *cit.*, 80.

1) *Metodologia scientifica*. Secondo Charcot e la sua scuola la Dietologia di Bernheim non è affatto corretta, o quanto meno si allontana da un metodo di deduzione naturale, che si muove dal fenomeno più semplice al più complesso. Bernheim ribalta l'obiezione sostenendo che: *a)* ciò che Charcot definiva un fenomeno semplice in realtà richiedeva una complessa analisi in termini psicofisiologici, al limite riportava in vigore una spiegazione di tipo fluidistico, e *b)* che i fenomeni fisiologici e psicologici si riferiscono a due ordini di fattori irriducibili l'uno all'altro: non è così possibile stabilire una graduatoria che porti dal semplice al complesso.

Notiamo inoltre che mentre le ricerche condotte da Charcot e dai suoi allievi, tendendo ad evidenziare fenomeni obiettivi, consideravano i fenomeni suggestivi come elementi di disturbo, e quindi da eliminare, le ricerche della scuola di Bernheim ritenevano la suggestione l'essenza del fenomeno; non veniva presa quindi alcuna precauzione per evitare il verificarsi di situazioni suggestive.

2) *Natura del fenomeno*. Secondo Charcot isteria e ipnosi sono strettamente apparentate, secondo Bernheim i due fenomeni non hanno nulla a che spartire, sono nettamente differenti: lo stato ipnotico trova invece un suo analogo nello stato di sonno naturale.

Per Charcot è possibile passare da stati di sonnambulismo ipnotico a stati di sonnambulismo isterico il che, come del resto l'analogia tra zone isterogene ed ipnogene — la cui esistenza viene negata dalla scuola di Bernheim, — prova l'identità tra i due fenomeni.

Argomenti analoghi, quali la facilità del passaggio dal sonno all'ipnosi vengono usati da Bernheim per dimostrare l'identità tra i due stati.

3) *Ipnottizzabilità dei soggetti*. Per Charcot solo gli isterici o i *temperamenti nervosi* possono essere ipnotizzati: la tecnica usata determina inoltre lo stato ipnotico ottenuto. Agendo sulle zone ipnogene è possibile ottenere l'approfondimento della trance.

Per Bernheim invece tutti i soggetti sono ipnotizzabili, così come tutti, a livelli maggiori o minori sono suggestionabili in stato di

veglia. Per quest'autore inoltre sono proprio i soggetti a temperamento nervoso ad essere quelli più difficilmente ipnotizzabili.

4) *Sintomatologia ipnotica*. Charcot identifica tre diversi stati ipnotici, ognuno caratterizzato da indici fissi oggettivi. Per Bernheim i fenomeni osservati da Charcot sono un artefatto: la suggestionabilità e non la profondità del sonno costituisce l'elemento centrale del fenomeno. L'amnesia post-ipnotica, per Charcot indice della profondità raggiunta dallo stato ipnotico, è per Bernheim non essenziale, come del resto non lo è la perdita della « consapevolezza o della coscienza » durante lo stato ipnotico.

5) *Tecniche per indurre l'ipnosi*. Stimolazione delle zone ipnogene, per Charcot, o comunque ricorso a manovre fisiche: fissazione, occlusione dei globi oculari, ecc. Suggestione verbale per Bernheim.

6) *Funzione dell'induzione*. Per Bernheim, contrariamente a Charcot, i fenomeni che l'ipnosi suscita, come anestesi e allucinazioni, possono essere provocati anche senza che sia stata provocata nel rapporto una condizione di sonno, è sufficiente la sola attività suggestiva.

7) *Uso dell'ipnosi*. Per Charcot prevalentemente anche se non esclusivamente, diagnostico: l'ipnotizzabilità è un rivelatore dell'isteria. Terapeutico per Bernheim.

8) *Collaborazione del soggetto*. Per Charcot inoltre è possibile porre un soggetto in ipnosi contro la sua volontà, stimolando le zone ipnogene, per Bernheim nessuno può essere ipnotizzato contro la propria volontà. Per Charcot quindi non è necessaria la collaborazione del soggetto, per Bernheim è fondamentale.

15. Come è noto Freud, sensibile come era a ciò che potesse servire a studiare l'elemento psichico, fu attratto agli inizi della sua carriera di medico e di studioso, dall'ipnosi. È interessante vedere in che modo Freud elaborò le diverse esperienze di Parigi e di Nancy e superò le posizioni espresse dalle sue scuole e, in definitiva, quale immagine dell'ipnosi emerga dagli scritti contemporanei o di poco

precedenti gli « Studi sull'isteria », lo scritto a cui si è soliti far risalire l'origine della psiconalisi(102).

Il primo scritto di Freud in cui si fa riferimento all'ipnosi è «*La relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino*», del 1886. Il resoconto si apre con un riferimento alle « scoperte in parte sorprendenti (ipnotismo) in parte assai importanti da un punto di vista pratico (isteria) dalla scuola francese » (103). Lo studio scientifico dell'ipnotismo viene presentato come uno strumento che necessariamente doveva entrare a far parte del bagaglio del medico chi volesse occuparsi di nevrosi.

I fenomeni dell'ipnotismo — « scientificamente descritti da Charcot proprio come anni prima la sclerosi a placche o la distrofia muscolare » (104), gli appaiono « assolutamente inoppugnabili eppure talmente strani da non poter essere creduti se non da chi vi abbia assistito personalmente » (105). Il resoconto di Freud appare orientato a vincere lo scetticismo che la medicina tedesca nutriva nei confronti di questi fenomeni. Il problema centrale di questo scritto infatti sembra quello di far accettare l'esistenza dei fenomeni ipnotici e la validità scientifica della ricerca clinica della scuola della Salpêtrière(106).

In *Isteria* (1888) la questione dell'ipnosi viene ripresentata in modo esplicito ed è collegata direttamente al problema clinico posto dall'isteria « la bestia nera della medicina », il cui studio scientifico ha inizio con « Charcot e la scuola della Salpêtrière che a lui si ispira » (107). All'ipnosi si fa riferimento a proposito della terapia dell'isteria: l'ipnosi costituisce uno dei mezzi più adatti per ottenere la scomparsa dei sintomi in quanto « punta direttamente sul meccanismo del disturbo isterico » (108).

(102) FREUD S., Studi sull'isteria (in collaborazione con Breuer J.), in FREUD S., *Opere*, I, Boringhieri, Torino, 1967.

(103) FREUD S., Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino, in FREUD S., *Opere*, voi. I, cit., 5.

(104) FREUD S., Relazione sui miei viaggi di studio..., cit., 11.

(105) FREUD S., Relazione sui miei viaggi di studio..., cit., 12.

(106) Più volte infatti si fa riferimento alla *scientificità* delle ricerche della scuola di Charcot.

(107) FREUD S., Isteria, in FREUD S., *Opere*, voi. I, cit, 43.

(108) FREUD S., *Studi sull'Isteria*, cit., 51.

Se si identifica nell'attività non cosciente la causa dell'isteria è allora possibile « imporre al paziente, mediante l'ipnosi, una suggestione che lo induca a liberarsi dal disturbo » (109).

Al metodo ipnotico viene accostato il metodo di Breuer, « il più appropriato per l'isteria in quanto imita proprio il meccanismo di insorgenza e di scomparsa dei sintomi » (110), il « cui trattamento sarà migliore quando un giorno, nei circoli medici, sarà compresa a fondo la natura della suggestione » (111).

Cogliamo in questo scritto, quasi totalmente dominato dalla figura di Charcot, un accenno di sfuggita a Bernheim. Pur non entrando direttamente nella polemica tra le due scuole, Freud comincia ad accennare all'importanza di fenomeni suggestivi nell'ipnosi. Un certo distacco di Charcot si può cogliere in alcune affermazioni relative all'isteria: se cioè tutto l'articolo è costruito sulla base dell'insegnamento di Charcot (112) e tende a fornire elementi per una diagnosi differenziale tra le affezioni isteriche e somatiche (in particolare le paralisi), è pur vero che Freud trova modo di sostenere che « proprio il fatto che le affezioni isteriche non rispecchiano per nulla le condizioni anatomiche del sistema nervoso... ci fa abbandonare l'idea che alla radice dell'isteria ci sia una qualche possibile affezione organica » (113).

La prefazione che Freud premette alla traduzione di « Della Suggestione » di Bernheim contiene elementi di grande importanza per il problema che stiamo esaminando. Interessante è il modo in cui egli si inserisce nella polemica tra le due scuole : se l'ipnosi è unicamente una manifestazione psichica, un effetto della suggestione, allora « tutte le osservazioni della scuola della Salpêtrière perdono di valore, anzi si trasformano in errori di osservazione ». Inoltre, se si

(109) FREUD S., *Ibid.*, 59.

(110) *Ibid.*, 59.

(111) *Ibid.*, 60.

(112) Si vedano ad esempio gli accenni alla ereditarietà e alla degenerazione : « L'isteria non è che il sintomo di una profonda degenerazione del sistema nervoso che si manifesta in una perversione morale permanente » (p. 55) e ancora « l'etiologia dello *status istericus* va ricercata esclusivamente nella ereditarietà: gli isterici sono sempre predisposti a disturbi dell'attività nervosa » (p. 52).

(113) *Ibid.*, 51.

ammette che « la suggestione del medico ha falsato i fenomeni dell'ipnosi isterica, è anche probabile che sia intervenuta nella osservazione della restante sintomatologia isterica, il che non sarebbe sostenibile in base alla esistenza di una obiettiva sintomatologia isterica» (114). Se è vero che i fenomeni ipnotici e i meccanismi suggestivi sono fondamentali, è pur vero che i fenomeni che da essi si vogliono far derivare sono caratterizzati anche da indici fisiologici indubitabili, quali l'aumento dell'eccitabilità neuro-muscolare.

Se allora si ammette che « nell'ipnosi vi sono fenomeni fisiologici e psichici e che l'ipnosi può essere indotta in un modo o nell'altro » i problemi che costituiscono il fulcro della polemica tra le due scuole francesi perdono di senso, o meglio si rivelano come problemi non correttamente posti. Secondo Freud il problema sollevato dall'ipnosi può essere affrontato solo se si cambia di livello e si cerca un anello di collegamento tra i fenomeni fisiologici e psicologici. « L'ipnosi, comunque provocata, è sempre la stessa e presenta sempre gli stessi fenomeni ». Se si accetta che la suggestione sia l'anello che lega le due serie di fenomeni (fisiologici e psicologici) il problema si trasforma in quello di definire che cosa si intenda per suggestione. « Io ritengo — osserva Freud — che l'uso ambiguo ed incerto del termine "suggestione" suggerisce una contrapposizione molto netta che in realtà non esiste; vale la pena di chiedersi che cosa si debba veramente intendere per suggestione ».

La discussione sul significato di « suggestione » lo porta a sottolineare che nonostante la differenza esistente tra « suggestione psichica diretta e suggestione indiretta, fisiologica », si ha a che fare « con fenomeni tanto fisiologici che psicologici » (115).

La suggestione indiretta fisiologica che rimanda più all'auto-suggestione che alla suggestione, permette a Freud di identificare nella tendenza all'autosuggestione una caratteristica dell'isteria e di ricondurre il dilemma ipnosi/suggestione allo studio della serie di anelli intermedi della catena che lega suggestione e autosugge-

(114) FREUD S., Prefazione alla traduzione di «Della suggestione» di BERNHEIM H., in *Opere*, voi. I, cit., 73.

(115) *Ibid.*, 76.

stione. « Chiudere gli occhi induce sonno perché è connesso con l'idea del sonno quale uno dei suoi fenomeni concomitanti più costanti; una porzione del fenomeno del sonno suggerisce le altre parti del-fenomeno complesso » (116).

Questa argomentazione viene però anche usata per ribadire, in opposizione a Bernheim, la validità delle tesi di Charcot : « Questa connessione dipende dalla natura del sistema nervoso... non dalla volontà del medico, e non potrebbe sussistere se non si fondasse su alterazioni nell'eccitabilità delle zone cerebrali interessate » (117).

Se si ammette che la suggestione non fa che provocare fenomeni fondati su caratteristiche funzionali del sistema nervoso dell'ipnotizzato e che nell'ipnosi si manifestano anche altre caratteristiche del sistema nervoso oltre alla suggestionabilità (118), allora la tradizionale contrapposizione tra fenomeni fisiologici e psicologici perde di senso.

Anche in un altro scritto Freud accenna nuovamente alle difficoltà poste dall'uso che del termine « suggestione » fa la scuola di Nancy. Dire, come fa Bernheim, che « tout est suggestion » non fa altro che spostare il problema: anziché chiedersi che cos'è l'ipnosi ci si chiederà che cosa è la suggestione. Bernheim cioè non si azzarda mai a sollevare il problema della suggestione, cioè non tenta mai di dare una definizione di questo concetto, caso mai suggestione diventa un termine per designare « ogni tentativo di esercitare un'influenza psichica su una altra persona » (119).

Ne «// *trattamento psichico* » (120) la questione viene ripresa collocandola all'interno della problematica più ampia del rapporto «corpo-psiche e psiche-corpo». È proprio a questo livello che Freud ricolloca in termini originali il problema della natura dell'ipnosi. In questo scritto la realtà dell'ipnosi, l'esistenza in essa di fenomeni fisiologici e psicologici, non costituisce più oggetto di

(116) *Ibid.*, 77.

(117) *Ibid.*, 77.

(118) *Ibid.*, 78.

(119) FREUD S., Recensione a «L'ipnotismo» di A. FOREL, in *Opere*, voi. I, 91.

(120) FREUD S., Il trattamento psichico, in *Opere*, voi. I, cit., 104.

discussione. Il problema diventa piuttosto quello di come sia possibile studiare scientificamente l'ipnosi, quale ottica adottare per evitare una visione unilaterale del fenomeno.

Freud non si chiede più che cos'è l'ipnosi ma piuttosto in quali condizioni si verifica, o meglio quali sono gli elementi psicologici che caratterizzano il rapporto tra ipnotizzatore e ipnotizzato, in cosa differisce un simile rapporto dall'abituale rapporto medico-paziente. « Questo fenomeno che si chiama *rapport* nel caso dell'ipnosi trova un corrispettivo nel modo in cui dormono alcune persone, per esempio la madre che nutre il bambino. Il fenomeno è così evidente che dovrebbe consentirci di comprendere la relazione tra ipnotizzatore e ipnotizzato ».

È evidente lo spostamento di piano che così si opera. Da una definizione tautologica del problema si passa all'esame delle condizioni che rendono possibile il verificarsi del fenomeno da analizzare: chiedendosi quali sono gli indici psicologici che caratterizzano l'ipnosi ed identificandoli nell'atteggiamento di docilità e di ubbidienza, ad esempio, diventa possibile spostare i termini del discorso e ricercare anche altre situazioni in cui il rapporto è caratterizzato da queste valenze psicologiche : « (l'ipnotizzato) diventa perfettamente arrendevole (verso l'ipnotizzatore), ubbidiente e credulo... L'attuazione di questa ubbidienza e credulità rivela allora come caratteristica dello stadio ipnotico il fatto che l'influsso della vita emotiva sul corpo è straordinariamente intensificato » (121). Troviamo qui l'origine di quella che sarà la teoria psicoanalitica dell'ipnosi di Freud e che esamineremo in altro capitolo.

La suggestione non è più un termine generico per indicare un qualsiasi tentativo di influenzare psichicamente un altro ma un tipo di rapporto ben preciso, caratterizzato da ubbidienza e docilità, il cui prototipo « nella vita reale, fuori dell'ipnosi » viene identificato nel rapporto « del bambino rispetto agli amati genitori » (122) e ancora «una impostazione analoga della propria vita psichica verso quella di un'altra persona, con una sottomissione

(121) *Ibid.*, 105.

(122) *Ibid.*, 105.

simile che ha un corrispettivo unico... in alcuni rapporti amorosi contraddistinti da completa dedizione » (123).

Rispetto alla polemica tra le due scuole francesi possiamo comunque notare che ancora nel 1896, nella introduzione alla seconda edizione di «*Della suggestione*», Freud criticava dal punto di vista della scuola di Charcot la teoria della suggestione di Bernheim.

Il limite della ricerca di Bernheim viene identificato proprio nel fatto che « mentre spiega tutti i fenomeni dell'ipnotismo con la suggestione, la suggestione stessa rimane assolutamente inspiegata, valendosi dell'apparenza di non aver bisogno di alcuna spiegazione » (124).

Concludendo, appare utile identificare nella posizione di Freud nei confronti dell'ipnosi tre diversi momenti:

1) *Coincidenza con le posizioni di Charcot*: la prova della realtà dei fenomeni ipnotici, che Freud si preoccupa di far accettare all'ambiente medico, è basata su argomentazioni « scientifiche » desunte dalle opere di Charcot, e cioè su dati obiettivi, fisiologici: tono muscolare, restrizione del campo visivo, anestesia, sintomi di stintivi, diagnosi differenziale, ereditarietà, degenerazione, ecc.

2) *Si nota l'influsso delle posizioni di Bernheim*.

Il problema che Freud si pone non è quello dell'esistenza della ipnosi, ma di come sia possibile spiegare alcuni fenomeni psicologici ad essa connessi. Dare una spiegazione a livello psicologico non significa negare l'esistenza di una specificità del livello fisiologico: viene negato il riduzionismo di un piano all'altro, ed è sostenuta la necessità, per una spiegazione esauriente, di partire dalla analisi degli anelli intermedi.

3) *Posizione intermedia tra Charcot e Bernheim*.

Accettata l'esistenza del fenomeno e delle manifestazioni fisiologiche e psicologiche, accantonato il problema di stabilire se l'ipnosi sia « un fenomeno normale o un fenomeno indice di... » Freud si chiede quando e come scattino i fenomeni suggestivi. In tal modo

(123) *Ibid.*, 106.

(124) FREUD S., Prefazione alla seconda edizione della traduzione di « *Del la Suggestione* » di H. BERNHEIM, *cit.*, 80.

la sua analisi, pur lasciando aperti i problemi di ordine fisiologico posti dall'ipnosi, è volta a fornire strumenti che permettano di affrontare i fenomeni suggestivi.

Lo studio delle condizioni in cui questi possano prodursi si legherà allo studio delle condizioni di insorgenza dell'isteria, alla questione della natura del trauma e delle ragioni per cui gli affetti connessi all'evento traumatico rimangano incapsulati e possano divenire causa dei disturbi. Si tratterà poi di vedere come l'intervento suggestivo possa agire sul nucleo patogeno e di come quindi la natura delle suggestioni possa essere chiarita mediante lo studio della etiologia « ideogena » dell'isteria e della nevrosi in generale.

È negli *Studi sull'Isteria* che le ricerche di Freud sull'ipnosi cessano, quando come metodo di indagine sono usate le libere associazioni e quando alla isteria da stato ipnoide viene contrapposta l'isteria da difesa (125). Freud affronterà il problema molti anni dopo quando i fenomeni ipnotici interpretati in base alla teoria metapsicologica verranno posti in un sistema concettuale che supera i termini dell'antico dibattito (126).

(125) FREUD S., *Studi sull'isteria*, *cit.*

(126) FREUD S., *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in FREUD S., *Opere*, Boringhieri, Torino, 1977, 257.

CAPITOLO II ANALOGIE

PER L'IPNOSI

« Tutto ciò che è incomprendibile non per questo cessa di esistere ».

BLASIE PASCAL

SOMMARIO: 1. Le analogie in psicologia. — 2. Il sonnambulo. — 3. L'attore. — 4. Lo spettatore. — 5. Il corteggiatore e l'innamorato. — 6. Il malato immaginario.

1. In psicologia e in psichiatria, come in genere nelle scienze, vengono spesso usate *metafore* e *analogie* per spiegare taluni fenomeni: così come si parla di «corrente elettrica», si parla di «esaurimento» nervoso, di «energia psichica» (1), «di esplosione» della aggressività, di « attrazione » interpersonale, ecc. Si manifesta così talvolta il pericolo che queste metafore vengano reificate nel senso che a forza di usare queste analogie ci si dimentica che sono soltanto delle finzioni utili per concettualizzare taluni fenomeni, e si cominci a ritenere veramente che i nervi si esauriscano, che sfogare l'aggressività diminuisca la tensione, ecc. Anche lo studio dell'ipnosi è ricco di usi di metafore poi reificatesi, basti pensare per esempio alla teoria del « magnetismo » animale di Mesmer che pure dominò la scena per qualche tempo. Attualmente le analogie che si riscontrano maggiormente sono quelle del sonnambulismo, della recitazione, del coinvolgimento nella lettura, in uno spettacolo o in una rappresentazione scenica. Esaminiamole partitamente.

(1) Cfr. per es. REY J., La psicoanalisi e la metafora, in PAGANINI A., *Psicoanalisi come filosofia del linguaggio*, Longanesi, Milano, 1976, 182.

2. La metafora classica nello studio dell'ipnosi consiste nel rapportare la condotta dell'ipnotizzato a quella del sonnambulo. Essa è solitamente reificata al punto che quando ci si riferisce allo stato sonnambulico come uno degli stadi più avanzati della trance, taluni ritengono che effettivamente l'ipnotizzato presenti la stessa situazione fisiopsichica del sonnambulo. Barber(2) ha mostrato come gli studi sul sonnambulismo hanno provato che il sonnambulo, *contrariamente all'ipnotizzato*, durante l'episodio di sonnambulismo presenta un elettroencefalogramma che dimostra che egli rimane addormentato, inoltre ha movimenti rigidi e stentati, una notevole inconsapevolezza di ciò che lo circonda, un livello di attività motorie estremamente basso e uno sguardo fisso e attonito; difficilmente risponde a qualcuno che gli parla e per attirare la sua attenzione è necessario parlare in continuazione per interrompere i suoi movimenti; quando poi risponde ha la tendenza a mormorare o a parlare in maniera vaga e distaccata; difficilmente inoltre quando gli si ordina di svegliarsi egli obbedisce, per svegliarlo occorrono persistenti manovre; come per esempio scuoterlo, chiamarlo più volte, ecc. Il mattino poi, quando si sveglia, o, se viene svegliato durante l'episodio di sonnambulismo, non da mai segni di ricordare l'episodio stesso.

3. Poiché come vedremo meglio più avanti talune reazioni che l'ipnotizzato dichiara di non esperire si riscontrano oggettivamente — per esempio la persona a cui è stato detto in ipnosi che non udirà, si dichiara sorda e si comporta come se lo fosse, ma tests appropriati dimostrano che in realtà ci sente — taluni autori (3) hanno ritenuto che l'ipnotizzato si comporta come chi « fa la parte della persona ipnotizzata e che prova ciò che gli è stato suggerito » (role enactment).

Per cogliere l'aspetto precisamente analogico bisogna tenere presente che *l'attore* anche fortemente coinvolto come vuole la scuola di Stanislavski ha una piena consapevolezza di non essere

(2) BARBER T., SPANOS N., CHAVES J., *Hypnotism Imagination and Human Potentialities*, Pergamon, New York, 1974.

(3) SARBIN T., COE W., *Hypnosis*, Hold-Rinehart-Winstoru New York, 1972.

il personaggio cui dà vita, tanto che il suo talento consiste proprio nel mostrarsi il personaggio che rappresenta, mentre consapevolmente per lui e per il pubblico egli non è quel personaggio, cosicché la sua abilità deriva dalla credibilità e dalla verosimiglianza del suo apparire. L'ipnotizzato invece si autoinganna al punto di credere — per esempio nel fenomeno della transidentificazione — di essere Amieto e nel voler far credere di esserlo negando ostinatamente una qualsiasi altra identità, nonostante le prove contrarie che gli si possano offrire. Potrebbe comunque sostenersi per dare valore di realtà a questa metafora drammaturgica che la « sua parte » consiste proprio nel recitare la parte di colui che non ammette di essere quello che è realmente, ma colui che pretende, da ipnotizzato, di essere.

4. Shor(4) discutendo recentemente la propria teoria della ipnosi ha formulato una analogia fra l'ipnotizzato e colui che è immerso nella lettura di un libro. Per Shor, così come l'ipnotizzato, anche colui che legge crea le proprie fantasie per i propri fini, per soddisfare determinate esigenze che gli sono personali. La fantasia non è suscitata nella mente dalle parole del libro, che rappresentano un semplice stimolo. D'altronde questi non è addormentato, può controllare la propria volontà, la propria mente, non è un automa che obbedisce a ciò che lo scrittore gli presenta.

Barber(5) estende questa metafora paragonando l'esperienza dell'ipnotizzato alla gamma delle esperienze che esperisce lo *spettatore di una rappresentazione scenica*. Questi pensa con le sensazioni che gli vengono suggerite dalla scena. Nella misura in cui è coinvolto nell'azione poi, non ha pensieri negativi, come « si tratta semplicemente di uno spettacolo » questi « sono soltanto attori»... però ha delle reazioni che sono in accordo con l'intenzione dello scrittore del dramma, che voleva rendere felice o triste lo spettatore, così come il soggetto ipnotizzato risponde alle suggestioni che gli vengono comunicate dall'ipnotista. Le comuni-

(4) SHOR R. E., The Three - Factor Theory of Hypnosis as Applied to the Book Reading Fantasy and to the Concept of Suggestion, in *Int. J. din. Exp. Hypn.*, 1970, 89.

(5) BARBER T. X., *op. cit.*

cazioni derivanti dallo spettacolo, osserva Barber « sono dirette ad ottenere particolari tipi di pensieri, emozioni od esperienze, sentirsi eccitato, fortemente turbato, partecipare, ridere o gridare, sentirsi felici o tristi. Quelle impartite dall'ipnotista sono invece dirette ad ottenere diversi tipi di pensieri, emozioni, od esperienze; le sensazioni che un braccio sia leggero o stia alzandosi, sentirsi bambino, avere una fervida immaginazione o avere allucinazioni, ecc. Quando una persona sta ricevendo suggestioni in stato ipnotico essa prova dunque esperienze differenti da quelle che può ricevere guardando una rappresentazione scenica, non perché si trova in uno « stato » diverso (trance ipnotica) ma perché sta ricevendo diverse comunicazioni ».

Certo, anche se Barber non vi accenna, la metafora è più calzante se avviciniamo la condizione psicologica dell'individuo ipnotizzato a chi sia coinvolto, in particolare, in una rappresentazione cinematografica (6). Il cinema è infatti uno strumento particolare i cui effetti psicologici sono differenti da quelli prodotti da un libro o da una rappresentazione teatrale. Mentre infatti le vicende di un romanzo sono per il lettore una realtà immaginata, il teatro una realtà rappresentata, il cinema è una realtà presentata. Nella lettura di un libro il lettore è, seppur avvinto dalla vicenda, sempre presente a se stesso, pronto a distaccarsi dall'azione per lo squillo del telefono, o per un qualsiasi altro stimolo della sua realtà; e a teatro lo spettatore non perde mai completamente la consapevolezza che tutto quanto avviene, per quanto avvincente, soltanto scenicamente, in palcoscenico; al cinema invece lo schermo non è visto come tale ma diventa realtà effettiva, come se fosse una finestra dalla quale si vedono gli avvenimenti. Ne deriva così che qualsiasi azione vista al cinema ci appare sempre come più reale che se fosse descritta in un libro o rappresentata in un teatro; da qui d'altronde dipende la maggiore possibilità di raggiungere la sfera emotiva dello spettatore e, probabilmente, tutta la fortuna che il cinema ha come forma di spettacolo.

(6) Cfr. MUSATTI C, Cinema e psicoanalisi, e i processi psichici attivati dal cinema, in MUSATTI C, *Psicoanalisi e vita contemporanea*, Boringhieri, Torino, 1960, 144 e 198.

Questa impressione di realtà, con i conseguenti riflessi emotivi, non è però totale, naturalmente, neppure al cinema. Se una madre spettatrice si immedesimasse nella scena rappresentante un bambino fucilato da dei soldati « cattivi », probabilmente si commuoverebbe e forse verserebbe qualche lacrima, ma il suo modo di piangere sarebbe diverso da quello che si verificherebbe se realmente un bambino venisse ucciso davanti ai suoi occhi. Non vi è disperazione nelle lacrime al cinema: c'è solo una leggera commozione che dipende dalla immedesimazione dello spettatore nella scena. Qualche cosa dentro di lui dice però sempre che egli in realtà è estraneo all'azione. Quindi per quanto il cinema sia emotivamente parlando la più attivante tra tutte le forme d'arte, certamente però i suoi effetti sono sempre limitati.

La differenza dalla condizione di coinvolgimento relazionale determinata dall'ipnosi deriva dal fatto che mentre nella scena filmica in ogni momento ci è possibile ritrarci da essa prendendo consapevolezza che siamo soltanto al cinema, « che la realtà vera, come dice Musatti, dove si svolge la nostra vita è un'altra », nella ipnosi da un certo momento in poi ciò appare più complicato.

5. Poiché a me interessa l'aspetto relazionale *la metafora* cui più spesso faccio riferimento è quella *dell'innamoramento* a seguito della *corte*, o della simpatia che sorge, a seguito della condotta di qualcuno che fa di tutto per essere simpatico ad un altro. È chiaro che mi riferisco ad una semplice *analogia* e non ad una « teoria » della situazione ipnotica, così come è per taluni ipnotisti di impostazione psicoanalitica, che definiscono l'ipnosi come « transfert » cioè come corrente emozionale per lo più individuata tra l'analizzato e lo psicoanalista.

A mio giudizio la teoria che sostiene che l'ipnosi è una forma di transfert commette proprio l'errore di utilizzare una metafora e di dimenticarsi, via via, che era soltanto una metafora: Freud nota che l'ipnotizzato ha la stessa dedizione verso l'ipnotista che l'innamorato ha verso la persona amata (7). E questa è la prima

(7) FREUD S., Psicologia delle masse e analisi dell'Io, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1977, 257.

analogia. Poi sostiene che la relazione emozionale che l'analizzato prova per l'analista, cioè il transfert, ha come prototipo ciò che il bambino prova nei confronti dei genitori. E questa è la seconda analogia. Infine assimila l'affettività dell'analizzato a quella del bambino e a quella dell'ipnotizzato e chiama quest'ultima come la prima transfert. E questa è la terza analogia: da ciò deduce che l'ipnosi è transfert. Ma se il transfert ha una accezione tanto vasta è chiaro che rappresenta un concetto di difficile utilizzazione dato che se vogliamo teorizzare, anziché usare semplicemente delle analogie, dobbiamo usare termini che denotino ciò che il fenomeno ha di specifico più che ciò che ha di generico e che servano a distinguere l'ipnosi da ciò che ipnosi non è.

Torniamo alla analogia tra l'ipnotizzatore ed il corteggiatore.

Chi vuoi fare innamorare qualcuno tende a instaurare nell'altro motivazioni, aspettative, atteggiamenti e sentimenti a lui favorevoli. A questo scopo istituisce una strategia comportamentale e co-municazionale più o meno elaborata. Se la sua iniziativa ha successo, l'altro sarà coinvolto in questo rapporto al punto che i comportamenti del primo avranno per lui una forte risonanza emotiva. Sulla base di questa metafora possiamo renderci conto di come siano mal poste tante domande che solitamente ci si pongono sulla ipnosi.

- 1) Qual'è la tecnica più adatta per ipnotizzare?
- 2) Quanto tempo ci vuole per ipnotizzare qualcuno?
- 3) Tutti possono ipnotizzare?
- 4) Tutti possono essere ipnotizzati?
- 5) L'ipnosi è uno stato fisiologico o uno stato psicologico?
- 6) Si può ipnotizzare qualcuno senza la sua volontà?
- 7) Si può ipnotizzare qualcuno contro la sua volontà?
- 8) Si possono commettere dei crimini sulla persona ipnotizzata o fargliene commettere?

1) Così come per fare la corte non esiste una tecnica più adatta, ma dipende da caso a caso, da situazione a situazione, da individuo a individuo, talvolta è più opportuna una tattica autori-

taria, pervasiva, e altre volte, ed è la maggioranza dei casi, una strategia più subdola, più insinuante, altamente manipolativa.

2) Così come in amore nell'ipnosi talvolta c'è il colpo di fulmine, e in pochi momenti il soggetto è nella cosiddetta trance, altre volte, in un caso capitato a Erickson, certamente il più bravo ipnotista che sia mai esistito, ci sono volute duecento ore per raggiungere una trance leggera.

3) Esistono certamente persone più capaci nel fare la corte, più abili nella manipolazione interpersonale, ma come chiunque in astratto può suscitare nell'altro emozioni che chiamiamo amore, così è per l'ipnotista, che può avere più o meno talento.

4) Analogamente poi, così come in amore, tutti sono suscettibili di esperire la trance, anche se alcuni, soprattutto per la maggiore capacità immaginifica, sono più portati di altri, in taluni periodi lo sono più che in altri, con certe persone possono esserlo più che con altre.

5) L'amore non sappiamo cosa è, così non sappiamo cosa sia l'ipnosi; il fondamento dell'emozione amorosa, come d'altra parte di ogni emozione, certamente è di tipo biologico, lo stesso corredo cromosomico interviene nel processo, probabilmente ci sono alterazioni metaboliche, ormonali... ma chi si sentirà di sostenere che l'amore sia soltanto questo? Certamente anche l'ipnosi non è soltanto questo, ma è soprattutto altro.

6) Così come è possibile fare innamorare qualcuno senza la sua iniziale volontà, con delle manipolazioni interpersonali che chiamiamo « fare la corte », è possibile ipnotizzare qualcuno senza che in partenza questi abbia un atteggiamento positivo in questo senso.

7) Contro la volontà è certamente più difficile. Di solito questo rappresenta atteggiamenti, aspettative e motivazioni che ostano avverso il risultato che si vuole ottenere. Nulla impedisce però che in particolari condizioni anche questo sia possibile con accorgimenti strategici particolari.

8) Così come una persona molto innamorata, l'ipnotizzato può essere coinvolto al punto da diventare vittima o esecutore di atti criminosi.

Come si vede nessuna risposta è univoca, perché non è esatta la formulazione delle domande.

6. Se poi spostiamo l'accento dal rapporto interpersonale alla condizione soggettiva dell'ipnotizzato, la analogia che mi appare più pregnante è quella del *malato immaginario*.

Questi soggettivamente prova le sofferenze e i dolori della malattia che pretende di avere (anche se talvolta la sintomatologia tradisce la sua matrice immaginaria per la diversità da quella reale). Ed è ovviamente banale dire che il paziente « mente » o che simula solo per la mancanza di riscontro oggettivo della causa della sua sofferenza.

L'ipnotista, tramite le manovre dell'induzione riesce a creare uno stato analogo per cui l'immaginazione diventa realtà soggettiva. Così dunque, come nel malato immaginario, l'ipnotista può fare in modo che il soggetto si senta come se fosse cieco, sordo, allucinato, anestetico, sonnambulo, anche se i riscontri obiettivi mostrano che in realtà l'ipnotizzato ci vede, ci sente, non ha allucinazioni, non è anestetico, ed è sveglio.

D'altronde il ruolo dell'immaginazione sulle risposte dell'organismo non è poi così sconosciuto. L'immaginare un amplesso, da talvolta delle risposte che appaiono analoghe a quelle che si provano quando il partner è presente, e l'immaginare un pranzetto ben preparato quando si ha appetito provoca un aumento di salivazione.

Resta da dire che l'ipnotizzato appare da un lato avere una logica tutta particolare, la cosiddetta *logica della trance* e che l'esperienza soggettiva dell'ipnotizzato è talvolta così inaspettatamente drammatica che il fenomeno, al di là delle analogie finora presentate, abbisogna di ulteriori approfondimenti.

CAPITOLO III

METODOLOGIE DELL'IPNOSI SPERIMENTALE E SCALE DI IPNOTIZZABILITÀ

« La razionalità della scienza non consiste nell'ambito che le è proprio, di fare appello alle prove empiriche a sostegno dei suoi dogmi — anche gli astrologi si comportano così — ma soltanto nell'approccio critico: in un atteggiamento che, naturalmente, implica l'uso critico, tra le argomentazioni, delle prove empiriche. Per noi, infatti, la scienza non ha nulla da spartire con la ricerca della certezza o della probabilità o della credibilità. Non ci interessa fondare la sicurezza, o la certezza, o la probabilità delle teorie scientifiche. Consapevoli della nostra fallibilità, siamo interessati solo a criticarle, e a metterle alla prova, nella speranza di scoprire dove siamo in errore, di imparare dai nostri errori, e, se abbiamo fortuna, di procedere a teorie migliori ».

KARL POPPER

SOMMARIO: 1. Il soggetto come controllo di se stesso. — 2. Il gruppo di controllo dei non ipnotizzabili. — 3. Il metodo del gruppo di quasi controllo. — 4. Il metodo del gruppo di controllo con distribuzione casuale dei soggetti. — 5. Le scale di ipnotizzabilità: *a)* Davis e Husband; *b)* Stanford; *e)* Barber.

1. Attualmente coesistono — come meglio è chiarito nel capitolo dedicato alle teorie — differenti paradigmi nello studio dell'ipnosi, questi, che rappresentano le matrici delle varie teorie, consistono in differenti modelli concettuali che presentano assunzioni che sono tra loro differenti.

Come spesso accade" quando le comunità di scienziati si basano su differenti paradigmi, essi dissentono sia sul metodo sperimentale per ottenere i risultati, sia sui criteri per misurare i risul-

tati degli esperimenti, e talvolta addirittura sugli obiettivi che la loro scienza dovrebbe perseguire (1).

Per quanto attiene al metodo, anche studiando solo i ricercatori di maggior rilievo si riscontrano immediatamente delle marcate differenze metodologiche.

Per Hilgard(2) il controllo dei risultati della induzione ipnotica deve avvenire usando *il soggetto come controllo di se stesso*. Lo stesso esperimento cioè viene condotto sullo stesso soggetto prima allo stato di veglia e successivamente previa una induzione ipnotica o viceversa. Hilgard fa seguire ad entrambi gli stadi della sua metodologia una inchiesta aperta in cui il soggetto comunica le proprie esperienze psicologiche. Questo metodo, che presuppone che l'ipnosi sia uno stato psicologico peculiare di cui il soggetto, quando si verifica, prende atto e successivamente lo descrive, è per Hilgard più economico degli altri in quanto non necessita di un campione numericamente consistente, dato che la suscettibilità all'ipnosi varia notevolmente da individuo ad individuo.

Questa metodologia, che è indubbiamente la più semplice, presenta talune manchevolezze. Si è potuto constatare per esempio, quanto vaga, multiforme ed influenzabile sia l'opinione del soggetto che sia stato ipnotizzato circa la situazione psicologica in cui si trova. Diciotto soggetti furono divisi in tre gruppi (3). Al Gruppo A fu chiesto: « Quando le ho presentato una serie di suggestioni-test... sentiva *di* poter resistere alle suggestioni? ». Al Gruppo B fu chiesto : « Quando le ho presentato una serie di suggestioni-test, sentiva di *non* poter resistere alle suggestioni? ». Al Gruppo A fu poi domandato: « Ha sperimentato lo stato ipnotico come sostanzialmente *simile* allo stato di veglia? ». E al Gruppo B : « Ha sperimentato lo stato ipnotico come sostanzialmente *differente* dallo stato di veglia? ».

(1) Cfr. SHEEHAN P., PERRY C., *Methodologies of Hypnosis, a Critical Appraisal of Contemporary Paradigms of Hypnosis*, Wiley, New York, 1976; per un esame dell'ipnosi sperimentale cfr., CESA-BIANCHI M., Ipnosi e psicologia sperimentale, in GRANONE F. (a cura di), *Ipnosi medica*, Minerva, Torino, 1975, 29.

(2) Cfr. HILGARD E. R., *Hypnotic Susceptibility*, Harcourt, Brace e World, New York, 1965.

(3) BARBER T. X., *Ipnosi, un approccio scientifico*, Ubaldini, Roma, 1972, 95.

Il modo in cui la domanda era stata formulata influì in misura rilevante sul fatto che i soggetti affermassero o meno di essersi sentiti incapaci di resistere alle suggestioni. Solo una piccola minoranza dei soggetti (22%) alla domanda «sentiva di poter resistere?», affermò che *non* poteva resistere (Gruppo A). Al contrario, la grande maggioranza dei soggetti (83%) quando venne loro chiesto se «sentiva di non poter resistere?» (Gruppo B), rispose affermando che *non* poteva resistere alle suggestioni.

Anche il fatto che i soggetti dopo l'esperimento attestassero o meno di avere sperimentato lo stato ipnotico come sostanzialmente differente dallo stato di veglia, era in misura importante in dipendenza dalla formulazione della domanda. Solo una piccola minoranza (17%) affermò di aver sperimentato i due stati come differenti quando venne chiesto: «Ha sperimentato lo stato ipnotico come sostanzialmente simile allo stato di veglia?» (Gruppo A). Invece la grande maggioranza (72%) affermò di aver sperimentato i due stati come differenti quando venne domandato: «Ha sperimentato lo stato ipnotico come sostanzialmente differente dallo stato di veglia?» (Gruppo A).

Sui risultati di questo studio furono compiute diverse ulteriori analisi. Una di esse comprendeva solo i 'buoni' soggetti ipnotici, che avevano superato tutte le suggestioni-test della scala Stanford e che avevano valutato da se stessi di essere 'profondamente ipnotizzati'. Tale analisi dimostrò che la testimonianza di 'buoni' soggetti ipnotici è influenzata dalla formulazione delle domande che vengono loro poste. Quando la domanda era formulata in un modo, il 100% dei 'buoni' soggetti ipnotici affermò di non aver potuto resistere alle suggestioni (Gruppo B); quando la domanda venne formulata nell'altra maniera, solo il 50% dei 'buoni' soggetti ipnotici attestò di non poter resistere (Gruppo A). Analogamente quando la domanda venne formulata in un certo modo, solo una minoranza (33%) dei 'buoni' soggetti ipnotici testimoniò di aver sperimentato lo stato ipnotico come differente allo stato di veglia (Gruppo A); mentre, quando la domanda venne formulata in maniera un po' differente, la maggioranza (75%) dei 'buoni' soggetti ipnotici affermò di aver sperimentato i due stati come differenti (Gruppo B).

D'altra parte è provato, come più volte sarà riferito nel corso della trattazione, che l'aspettativa di un risultato incide sul risultato stesso; quando al soggetto nell'esperimento è richiesto di tenere la stessa condotta una volta normalmente e la seconda durante l'ipnosi, il metodo non appare idoneo a provare che l'eventuale differenza dei risultati sia in funzione dell'ipnosi in sé, invece che nell'aspettativa del soggetto di dare risultati differenti quando è in ipnosi, ed indipendentemente quindi da essa.

2. Solitamente allora si usa *confrontare i risultati ottenuti dal gruppo ipnotico con un gruppo indipendente di soggetti che non vengono ipnotizzati*. Questo secondo gruppo è di solito formato da persone che appaiono poco suscettibili all'ipnosi o da persone non selezionate che non hanno partecipato a sedute precedenti di allenamento all'ipnosi. Come nota Barber(4) questi procedimenti di selezione non casuale si prestano ad almeno due critiche :

1) Il criterio esplicito di selezione del gruppo ipnotico — che i soggetti fossero 'ipnotizzabili' — è difficile da differenziare da un criterio implicito collegato, che cioè i soggetti avessero la volontà o la motivazione per cercare di eseguire le suggestioni dello sperimentatore indipendentemente dal fatto di essere o no in « trance ». Dato che i soggetti allo stato di veglia non venivano selezionati in base alla suggestibilità, o erano scelti come soggetti 'scadenti' che rispondevano a criteri di non suggestibilità, essi erano meno responsivi alle suggestioni di quelli assegnati al gruppo ipnotico, indipendentemente dal fatto che i due gruppi, un solo gruppo, o nessun gruppo fosse in 'trance'.

2) Alle volte tra soggetto e sperimentatore si stabiliva un rapporto di amicizia durante le sedute di pratica preliminare o di allenamento, sedute che venivano tenute con il gruppo ipnotico ma non con quello dello stato di veglia. Inoltre, nelle sedute preliminari, il gruppo ipnotico si familiarizzava con la situazione sperimentale e si impraticava nel rispondere alle suggestioni. Questi fattori interpersonali, insieme ai fattori di pratica, potevano benis-

(4) BARBER T. X., *op. cit.*

simo continuare fino alla seduta sperimentale formale, facendo sentire più a suo agio e meno ansioso il gruppo ipnotico del gruppo non ipnotico ed elevando la sua capacità di migliori prestazioni nei compiti di valutazione, indipendentemente dalla presenza e dall'assenza di 'trance ipnotica'.

Per Barber è un errore attribuire alla presenza o all'assenza di un presunto stato ipnotico le differenze tra le prestazioni dei gruppi « ipnotico » e « non ipnotico » quando i soggetti non sono assegnati a caso ai due gruppi e non vi è controllo riguardo alla pratica ed all'addestramento precedente.

3. Per risolvere taluni di questi problemi Orne adotta una metodologia differente (5). L'autore parte dal punto di vista che l'ipnosi sia uno stato di coscienza peculiare dimostrato dalla presenza della « logica della trance » cioè dalla caratteristica del soggetto di accettare, manifestare e tollerare incongruenze logiche (come nel caso del soggetto regredito ipnoticamente in un'epoca in cui non conosceva la lingua inglese ma soltanto la lingua madre tedesca che rispondeva congruamente, ma in tedesco, alle domande postegli dall'ipnotista in inglese che all'epoca in cui era stato regredito non poteva comprendere). Orne sostiene che in ogni esperimento diretto a considerare gli effetti dell'ipnosi (così come in ogni altro esperimento di psicologia umana) esiste esplicita o più spesso implicita una *richiesta caratteristica* percepita dal soggetto che lo stimola a rispondere secondo ciò che egli ritiene che lo sperimentatore si aspetti da lui. La richiesta caratteristica contamina i risultati non consentendo di distinguere l'artefatto dalla realtà. Allo scopo di limitare l'influenza e la richiesta caratteristica Orne utilizza *gruppi indipendenti di soggetti assegnati a due condizioni sperimentali*, « genuini » e « simulatori », cui si somministrano le stesse procedure. Il gruppo « genuino » è composto

(5) Cfr. ORNE M. T., On the Social Psychology of the Psychological Experiment: With Particular Reference to Demand Characteristics and their Implication, in *Arti. Psychol.*, 1972, 776; On The Simulating Subject as a Quasi-Control Group in Hypnosis Research: What, Why and How, in FROMM E., SHOR E. R., *Hypnosis Research, Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972, 389.

6. G. GULOTTA, *Ipnosi*.

da soggetti molto suscettibili alle suggestioni ipnotiche (pre-selezionati mediante scale di suscettibilità), mentre il gruppo di simulatori (anche loro selezionati) è composto da soggetti refrattari all'ipnosi. Gli sperimentatori-ipnotisti sono due. Uno di questi, poco prima dell'esperimento, cerca di motivare i soggetti refrattari ad ingannare lo sperimentatore facendogli credere di essere ipnotizzati ed obbedendo alle suggestioni senza confessare di essere refrattari fino alla fine dell'esperimento. Dice loro che lo sperimentatore porrà fine all'esperimento se si accorgerà che stanno simulando. Mentre i soggetti genuini non sanno che nell'esperimento sono usati soggetti simulatori, questi invece sanno che sono utilizzati soggetti in ipnosi. Altri particolari di questa metodologia sono: *a)* l'ipnotista sperimentatore non deve conoscere l'identità e la suggestibilità dei soggetti mentre i soggetti sanno che lo sperimentatore non conosce la loro responsività; *b)* i simulatori sanno che loro scopo preciso è ingannare lo sperimentatore e conoscono l'importanza del loro apporto; *c)* i simulatori non devono allenarsi a simulare, ma devono cominciare la simulazione solo appena inizia l'esperimento; *d)* le istruzioni a simulare devono essere impartite appena prima dell'esperimento; *e)* l'inchiesta post-sperimentale (con il 1° sperimentatore) deve constatare se i soggetti refrattari sono eventualmente caduti in ipnosi. Questi gruppi agiscono in situazioni diverse sia per la natura del loro compito, sia per l'atteggiamento psicologico con cui lo compiono. Orne si basa sull'assunto che nel contesto sperimentale ogni soggetto, suscettibile o refrattario, è una persona il cui comportamento può anche non dipendere dal trattamento applicato. Inoltre, poiché la percezione delle intenzioni dello sperimentatore può diventare una fonte di errore, Orne propone quali mezzi per controllare il ruolo delle richieste della situazione, la pre-inchiesta e l'inchiesta post-sperimentale. Nella prima ad un gruppo di soggetti della stessa popolazione utilizzata nello studio si chiede di fingere di essere effettivi soggetti dell'esperimento. Si danno loro le stesse istruzioni che si daranno ai soggetti e si chiede quali risultati, secondo loro, si otterranno con un tale trattamento. I soggetti dovrebbero cioè indovinare ciò che altri potrebbero fare nella stessa situazione e con le stesse istruzioni. Nell'inchiesta post-sperimentale si chiede

ai soggetti, dopo aver effettuato l'esperimento, di rivelare informazioni su eventuali effetti artificiali provocati dal contesto. È evidente che quando un risultato è ottenuto sia dal gruppo in ipnosi che dai simulatori non può escludersi che si tratti di un artefatto. Ma quando un fenomeno si verifica solo nel gruppo ipnotico e non in quello del quasi controllo l'artefatto deve necessariamente escludersi. Orne cerca con questo sistema di isolare l'implicito suggerimento che l'ipnotista invia al soggetto di confermare l'ipotesi che con l'esperimento sottopone a controllo e quindi di neutralizzare la richiesta caratteristica. D'altronde l'ipnotista non sa quale dei due gruppi simula (e difficilmente come si è potuto verificare lo scopre) e così non può meta-comunicare scopi differenti ai due gruppi. Orne non esclude che lo stato ipnotico in sé, della cui esistenza non dubita, possa influenzare positivamente la motivazione a compiacere lo sperimentatore, ma ritiene che la richiesta caratteristica possa essere, anzi sia stata spesso confusa, con lo stato di coscienza su cui si indagava.

Orne ammette che la presenza di un gruppo di comparazione simulante, non sempre serve per riuscire a risolvere ogni problema sperimentale, tuttavia vi sono tre circostanze in cui tale gruppo appare essenziale:

1) Ogni volta che si ritiene che un dato fenomeno si verifichi perché il soggetto è ipnotizzato, ed il comportamento del soggetto è considerato prova di ciò; così che si ritiene che i soggetti non ipnotizzati non siano capaci di tenerlo. Ciò interessa tutti gli studi in cui si chiede di trascendere la capacità volitiva del soggetto in stato di veglia. Ai soggetti che simulano si chiede di fornire un test sulle capacità dei soggetti motivati in stato di veglia, che sono stati trattati nello stesso modo dell'ipnotista.

2) Quando il soggetto ipnotizzato tiene un comportamento che si desidera dimostrare che non avrebbe tenuto se il soggetto non fosse stato ipnotizzato.

Diventa quindi importante per stabilire ciò, vedere come un soggetto non ipnotizzato si comporti nella medesima situazione, se tale modo di comportarsi risulta legittimato in altro modo diverso dall'ipnosi. In questo contesto è utile la particolare qualità del modello realtà-simulazione per evitare differenze nel tratta-

mento del gruppo di comparazione tenendo l'ipnotista all'oscuro di tale fatto.

3) Ogni volta che un esperimento contiene un inganno, e l'efficacia di tale inganno è importante per interpretare le conclusioni. L'includere un gruppo di comparazione simulante diventa necessario per valutare l'adeguatezza della procedura d'inganno.

Naturalmente il tipo di ipotesi che si vuole vagliare, determina se il confronto fra i due gruppi sia appropriato. Riassumendo si può dire che questa metodologia appare utile ogni qualvolta si riscontrano fenomeni che non possono essere previsti dal soggetto allo stato di veglia: se si verificano nel gruppo ipnotico e non in quello dei simulatori si può legittimamente supporre che siano stati provocati dall'induzione.

Barber(6) ha fatto notare le manchevolezze di questa metodologia osservando che: 1) negli studi di Orne il gruppo di simulatori e quello ipnotico sono stati tratti da popolazioni differenti, i simulatori selezionati fra soggetti ipnotici 'scadenti' mentre il gruppo ipnotico comprendeva 'buoni' soggetti ipnotici selezionati. Quando i due gruppi differivano nelle prestazioni, non poteva venire esclusa la possibilità che le differenze fossero dovute all'assegnazione non casuale dei soggetti ai due gruppi (i soggetti suggestibili erano stati assegnati ad un gruppo ed i soggetti non suggestibili all'altro) piuttosto che alla presenza o all'assenza di 'trance'. 2) Le istruzioni impartite al gruppo dei simulatori comportavano evidentemente che il soggetto esibisse tutte le risposte alle suggestioni-test di rigidità muscolari, di analgesia, di allucinazioni, di amnesia, eccetera, ma non provasse l'esperienza degli effetti delle suggestioni. Le istruzioni e le suggestioni impartite al gruppo ipnotico dichiaravano esplicitamente che il soggetto doveva provare l'esperienza degli effetti delle suggestioni. Per conseguenza, ogni differenza nelle risposte soggettive (esperienziali) alle suggestioni-test riferita dal gruppo dei simulatori e da quello ipnotico potevano essere dovute alle differenze nelle istruzioni ricevute dai gruppi (infatti un gruppo aveva ricevuto istruzioni di non provare gli effetti mentre l'altro aveva ricevuto istruzioni di provarli) piut-

(6) BARBER T. X., *op. cit.*, 32.

tosto che alla presenza o all'assenza del presunto 'stato di trance ipnotica'.

Barber non esclude che il sistema del quasi controllo possa essere utile nei casi specificati da Orne, ma ritiene necessario che i soggetti di entrambi i gruppi siano presi dalla stessa popolazione ed assegnati a caso al gruppo dei simulatori o al gruppo ipnotico.

4. Per Barber, il metodo di ricerca più appropriato che possiamo definire operativo, è quello di adottare un gruppo di confronto a cui non siano state impartite le istruzioni tipiche dell'induzione ipnotica e al quale la situazione non venga definita né implicitamente né esplicitamente come ipnosi, inoltre (7) per controllare le variabili del soggetto, *il gruppo di confronto non ipnotico viene preso a caso dalla stessa popolazione del gruppo ipnotico*. Per controllare gli effetti di pratica e addestramento precedenti entrambi i gruppi, ipnotico e non ipnotico, non dovranno partecipare a sedute preliminari di pratica, oppure entrambi i gruppi dovranno partecipare ad un eguale numero di sedute preliminari e dello stesso tipo. Per controllare le variabili interpersonali, entrambi i gruppi dovranno avere lo stesso grado e lo stesso tipo di conoscenza dello sperimentatore. Poiché la situazione sarà definita come 'ipnosi' ai soggetti sperimentali, questo fatto desterà il loro interesse e la loro curiosità; anche al gruppo di confronti la situazione dovrà venire definita in maniera da destare interesse. Ad entrambi i gruppi dovranno venire impartite le stesse istruzioni motivanti intese a suscitare una prestazione massima nei compiti di valutazione. A entrambi i gruppi dovranno venir presentate le stesse suggestioni-test, con le stesse parole e lo stesso tono di voce, ad esempio, per mezzo di un registratore. Mediante l'uso di registratori per impartire istruzioni e suggestioni e di questionari scritti per condurre l'interrogatorio, gli effetti sui risultati delle aspettative e delle inclinazioni dello sperimentatore possono venire minimizzati.

5. Non solo però come si è preannunciato vi sono differenti impostazioni quanto alla scelta dei soggetti per l'esperimento, ma

(7) BARBER T. X., *op. cit.*, 34.

anche per quanto riguarda la misura dei risultati, di solito valutati secondo *scale di ipnotizzabilità o di suggestionabilità*, a) La scala di *Davis-Husband* (8) spesso utilizzata per le varie sperimentazioni, secondo Barber non soddisfa i minimi di accettabilità scientifica, non fornendo i criteri in base ai quali si possa accertare se i fenomeni si siano o non si siano verificati. La scala stabilisce, ad esempio, che il rilassamento indica una 'profondità ipnoidale', l'anestesia a guanto indica una 'lieve profondità di trance' e che l'anestesia post-ipnotica indica una 'media profondità di trance'. Davis e Husband non hanno stabilito quali suggestioni si debbono dare per indurre il rilassamento, l'anestesia a guanto e l'anestesia post-ipnotica. Non hanno neppure chiarito come determinare la presenza o l'assenza dei fenomeni. Ad esempio, non hanno reso noto quali suggestioni si devono dare per indurre anestesia, quale stimolo applicare per constatare se vi è anestesia, o quale risposta sia necessaria da parte del soggetto per giudicare se si è prodotta l'"anestesia".

b) La scala più comunemente usata è però quella di suscettibilità ipnotica di *Stanford* (SHSS, FORM A, B, C) nelle sue tre forme alternative (9). Ciascuna delle tre forme alternative comprende dodici suggestioni-test standardizzate, che vengono somministrate insieme ad un procedimento di induzione ipnotica pure standardizzato. Ad esempio, la Forma A, che è stata usata più frequentemente, comprende una suggestione-test somministrata prima del procedimento di induzione ipnotica (Oscillazione postulare), una suggestione presentata durante l'induzione ipnotica (chiusura degli occhi), e dieci suggestioni impartite dopo il completamento dell'induzione (Abbassamento della mano, Immobilizzazione del braccio, Blocco delle dita, Rigidità del braccio, Movimento di avvicinamento delle mani, Inibizione verbale per il proprio nome, Allucinazione di una mosca, Catalessia delle palpebre, Risposta post-ipnotica del cambiamento di sedia, Amnesia).

(8) DAVIS L. W., HUSBAND R. W., A Study of Hypnotic Susceptibility in Relation to Personality Traits, in *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1931, 175.

(9) WEITZENHOFFER A. M., HILGARD E. R., *Scala Stanford di suscettibilità ipnotica, forme A, B e C*, O.S., Firenze, 1975.

Questo strumento presenta tra l'altro il difetto di non essere, se non impropriamente, utilizzabile con soggetti che non siano stati precedentemente ipnotizzati e quindi queste scale sono poco applicabili al gruppo di controllo non ipnotizzato.

Alcune delle suggestioni-test sono formulate per essere rivolte a soggetti che hanno ricevuto suggestioni di rilassamento e sonnolenza, e appaiono quindi incongrue per un gruppo di confronto che non abbia ricevuto tali suggestioni. (Ad esempio, la suggestione di 'inibizione verbale' afferma: «Ora è molto rilassato. Pensi come potrebbe essere difficile parlare mentre è così profondamente rilassato. Forse altrettanto difficile quanto parlare mentre è addormentato. Adesso perché non cerca di dire il suo nome? »).

Le risposte alle suggestioni-test comportano almeno due aspetti o dimensioni: *a)* risposte motorie osservabili; *b)* risposte di esperienze soggettive. Le scale Stanford misurano soltanto le risposte motorie. Le procedure di valutazione (scoring) non tengono conto delle risposte soggettive (esperienziali) : ad esempio, ognuna delle tre forme alternative della Scala Stanford comprende suggestioni che un braccio è appesantito e non può essere piegato. Di due soggetti che superano questa prova, ossia che non piegano il braccio quando si chiede loro di provarci, uno può dichiarare che si sentiva il braccio pesante e inamovibile e che aveva cercato di piegarlo senza riuscirci, mentre l'altro può dichiarare che si sentiva il braccio perfettamente normale ma non aveva cercato di muoverlo. Malgrado la notevole differenza della testimonianza soggettiva, entrambi i soggetti superano con lo stesso punteggio il test di 'immobilizzazione del braccio'.

e) Barber invece ha standardizzato una scala di suggestibilità (BSS) che comprende otto suggestioni-test (10) che possono essere somministrate con manipolazione sperimentale di variabili antecedenti, ad es., con o senza istruzioni motivanti e con o senza istruzioni preliminari di rilassamento, sonnolenza e sonno. Le otto voci (items) della scala sono state prescelte in quanto rappresentative dei tipi di suggestioni-test che sono stati tradizionalmente usati

(10) BARBER T. X., *op. cit.*, 41.

in esperimenti di ipnosi. La scala comprende una scala di allucinazione, una di risposta post-sperimentale o di 'tipo post-ipnotico', e una di amnesia. Include anche tre elementi di 'sfida' (es. : « Non può alzarsi, tenti... non lo può») e due voci in cui prima si chiede al soggetto di immaginare certi effetti, e poi si suggeriscono certe conseguenze oggettive (es. : « Immagini di sentirsi il braccio destro più pesante, sempre più pesante; si sta abbassando sempre di più »). La BSS comprende criteri per valutare due tipi di risposte alle suggestioni-test; risposte aperte, osservabili (punteggio oggettivo) e risposte soggettive, di esperienze personali (punteggio soggettivo).

Questa panoramica delle difficoltà epistemologiche può scoraggiare, ma come si è detto all'inizio è solo guardando in luce critica i risultati ottenuti che possiamo imparare dall'esperienza. Fino ad un certo punto gli studiosi dell'ipnosi hanno presentato le teorie che non erano né controllabili né soprattutto falsificabili e non avevano quindi i requisiti minimi per rendersi accettabili scientificamente.

Solo negli ultimi anni invece i problemi metodologici si sono posti in primo piano nell'ipnosi (11) e occorre concentrarci soprattutto su quelle ricerche e concettualizzazioni che, solo negli ultimi anni, si sono poste problemi epistemologici.

(11) Cfr. specificatamente SHOR E. R., *The Fundamental Problem in Hypnosis Research as Viewd from Historic Perspectives*, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, cit., 15.

CAPITOLO IV PARADIGMI TEORETICI DEL FENOMENO IPNOSI

« Ogni confutazione dovrebbe essere considerata come un grosso successo; non semplicemente un successo dello scienziato che ha confutato la teoria, ma anche quello dello scienziato che ha creato la teoria confutata e che in questo modo ha suggerito in prima istanza, anche se solo in modo indiretto, lo esperimento che l'avrebbe confutata ».

KARL POPPER

SOMMARIO: 1. Introduzione. — 2. Teorie fisiologiche. — 3. Ipnosi come sonno lucido. — 4. Risposta condizionata. — 5. Dissociazione. — 6. Teoria dei tre fattori. — 7. Sonno base. — 8. Particolare stato psicofisico. — 9. Labilizzazione del campo percettivo. — 10. Comportamento diretto ad uno scopo in uno stato alterato della persona. — 11. Transfert e riattivazione del complesso di Edipo. — 12. Riduzione delle frontiere dell'Io. — 13. Reazione psicosomatica. — 14. Autoesclusione dell'Io. — 15. Regressione adattiva al servizio dell'Io. — 16. Perdita dell'orientamento generalizzato della realtà. — 17. Teoria dello sviluppo interattivo. — 18. Teoria neo dissociativa. — 19. La logica della trance. — 20. Role-enactment. — 21. Teoria cognitivo-comportamentale. — 22. I paradigmi nella scienza. — 23. Il paradigma tradizionale. — 24. Il paradigma alternativo. — 25. Punti di contatto tra i due paradigmi. — 26. Ipnottizzabilità : tratto o capacità?. — 27. Ipnosi ed altri stati di coscienza.

1. Allo stato delle nostre conoscenze non è ancora possibile definire concettualmente cosa sia l'ipnosi. Qui di seguito tenterò di passare in rassegna le teorie più comuni su questo fenomeno che appare più facile da descrivere che da spiegare. Forse all'ipnosi è applicabile quello che Bertrand Russel diceva della matematica « una scienza sulla quale non sappiamo di cosa stiamo parlando e se quello che stiamo dicendo è vero » (1).

(1) RUSSEL B., *Mysticism and Logic and Other Essays*, Longmans, London, 1916.

Esistono essenzialmente due tipi di approccio allo studio dell'ipnosi da Sutcliffe denominati in modo ormai famoso « credulo » l'uno e « scettico » l'altro. Il punto di vista *credulo* assume a priori una distinzione tra il comportamento della trance e quello frutto di simulazione ed accetta la testimonianza del soggetto circa la genuinità del fenomeno ipnotico. Gli Autori che possono farsi rientrare in questo punto di vista ritengono che l'ipnosi attui delle reali alterazioni percettive, regressioni d'età, anestesie, ecc.

L'altro punto di vista, quello *scettico*, non considera il comportamento ipnotico come distinguibile dalla simulazione dello stato ipnotico. Molto spesso ha poi dimostrato che ogni fenomeno ipnotico può essere prodotto anche senza il rituale dell'induzione della trance e che i fenomeni prodotti sono spesso una inconsapevole risposta alle aspettative dell'ipnotista allo scopo di compiacerlo.

Le teorie sull'ipnosi possono essere distinte in due gruppi differenti: quelle fisiologiche, che vedono lo stato ipnotico come uno stato particolare del cervello, e quelle psicologiche, che lo descrivono in termini intrapsichici o interpersonali con una terminologia di tipo prettamente psicologico. Talune di queste teorie psicologiche hanno poi matrice psicoanalitica.

Qualche teoria combina l'aspetto fisiologico a quello psicologico, di solito mantenendo una netta distinzione tra le due parti della teoria.

Un sottotipo delle teorie psicologiche è rappresentata da quelle che negano allo stato ipnotico una individuazione caratteristica rispetto allo stato di coscienza diciamo normale (3).

2. Vediamo dapprima quelle di *tipo fisiologico*. Lo stesso Mesmer credeva in una teoria essenzialmente organica. Chiamò

(2) SUTCLIFFE J. P., *Credulous and Skeptical Views of Hypnotic Phenomena: a Review of Certain Evidence and Methodology*, in *Int. J. of Clin. Exp. Hyp.*, 1960, 73. *Credulous and Skeptical Views of Hypnotic Phenomena: Experiments on Esthesia. Hallucination and Delusione*, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1961, 189.

(3) Per un esame delle teorie sull'ipnosi (a parte quelle contenute nei manuali di lingua italiana, come quelli di Granone, Guantieri, di Pavesi e Mosconi) si veda: BRENNAN M., GILL I., *Hypnotherapy*, I.U.P., New York, 1947, 91; PATTIE T., *Theories of Hypnosis*, in DORCUS R., *Hypnosis and its Therapeutic Applications*, McGraw-Hill, New York, 1956, 1.

« magnetismo animale » la forza che produceva gli effetti ipnotici (4). Sebbene il magnetismo animale di Mesmer sia caduto in discredito, vi è una concorde indagine speculativa sui termini di correlazione fisiologici dell'ipnosi. Crasilneck e Hall (5) hanno introdotto il termine « ipnosi neutra » per designare lo stato ipnotico prima che siano date specifiche suggestioni di cambiamento. Essi hanno riferito di non aver riscontrato nell'ipnosi neutra alterazioni statisticamente rilevanti nelle pulsazioni, nella pressione arteriosa e nella frequenza del respiro. Sempre Crasilneck (6) riporta un importante caso clinico che reca un solido sostegno alla base neurofisiologica dell'ipnosi. Una paziente sottoposta ad anestesia tanto ipnotica quanto chimica del cuoio capelluto si risvegliò improvvisamente quando il neuro chirurgo toccò la regione dell'ippocampo. Fu subito reipnotizzata, ma interruppe di colpo l'ipnosi quando venne nuovamente toccato l'ippocampo.

Fu ripetuta l'induzione ipnotica e l'operazione continuò. Ovviamente si pensò che in qualche modo la stimolazione meccanica della regione dell'ippocampo avesse un'influenza immediata sullo stato ipnotico, avvalorando chiaramente l'ipotesi che l'ippocampo sia interessato in qualsivoglia circuito neurale che sia sotteso all'ipnosi. Lieberson, Smith e Stern (7) effettuarono degli esperimenti « sulla ipnosi animale » nelle cavie trovando che gli ippocampogrammi erano utili come indicatori del grado di attività interna dell'animale. Benché non sia del tutto chiaro il rapporto fra ipnosi animale e ipnosi umana, posteriori studi sul funzionamento del cervello potreb-

(4) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *Ipnosi clinica*, Astrolabio, Roma, 1977, 34 s.

(5) CRASILNECK H. B., HALL J. A., Physiological Changes Associated with Hypnosis: A Review of the Literature since 1948, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1959, 50; CRASILNECK H. B., HALL J. A., Blood Pressure and Pulse Rates in Neutral Hypnosis, in *Int. J. Clin. Exp. Hyp.*, 1960, 137 s.

(6) CRASILNECK H. B., Mc CRANIE E. G., JENKINS M. T., Special Indications for Hypnosis as a Method of Anesthesia, in *J. Ani. Med. Assoc.*, 1956, 162, 1606 s.

(7) LIEBERSON W. T., SMITH R. W., STERN M. A., Experimental Studies of the Prolonged « Hypnotic Withdrawal » in the Guinea Pig, in *J. Neuropsychiatry*, 1961, 28 s.

bero mostrare che durante l'ipnosi vi è qualche evidente alterazione neurofisiologica. Bartlett (8) ha avanzato l'ipotesi che l'ipnosi possa alterare il rapporto della comunicazione corticale e subcorticale, interessando particolarmente l'ipotalamo, la formazione reticolare ed il sistema limbico. La possibilità di modelli ipnotici del sistema nervoso centrale è stata considerata anche da Granone (9) e da Reyher (10). Più volte in questo volume si dirà come i neuropsicologi moderni attribuiscono, nel processo ipnotico, grande importanza alla differenza di funzioni collegate ai due emisferi cerebrali.

Anche nelle teorie che equiparano l'ipnosi al sonno e nel modello del riflesso condizionato elaborato dai pavloviani è evidente il fondamento fisiologico. L'osservazione clinica più concorde ed impressionante, una di quelle che avvalorano le teorie fisiologiche, riguarda il fatto che l'aspetto dei soggetti in stato sonnambulico di trance è identico ovunque, nonostante le enormi differenze di « ruolo » e di presupposti culturali.

In buoni soggetti ipnotici provenienti da più culture diverse, appare spesso un pallore periorale ai margini delle labbra. In Italia Pinelli (11) con accurati studi sperimentali ha potuto affermare che « nella trance ipnotica profonda può verificarsi una duplice attivazione; anzitutto qualcosa di analogo a quanto sperimentalmente si realizza con l'eccitamento del sistema talamico intrinseco di Morrei e Jasper; vale a dire una attivazione di fondo molto intensa di settori corticali circoscritti (possiamo parlare dello sfondo dell'ipnosi). In secondo luogo, su questo sfondo, vengono facilitati alcuni modelli interni : il contenuto dell'ipnosi ».

I maggiori rappresentanti della concezione dell'ipnosi come risultato di un fenomeno neurale patologico, sono stati Charcot ed i suoi allievi. Charcot riteneva che l'isteria e l'ipnosi fossero entrambe originate da un disturbo del sistema nervoso, ponendo l'accento su un supposto sostrato neurale delle due condizioni.

(8) BARTLETT E. E., A Proposed Definition of Hypnosis with a Theory of its Mechanism of Action, in *Am. J. Clin. Hyp.*, 1968, 69 s.

(9) GRANONE F., *Trattato di ipnosi (Sofrologia)*, Boringhieri, Torino, 1972.

(10) REYHER J., Brain Mechanisms, Intrapsychic Processes in Behavior: A Theory of Hypnosis and Psychopathology, *Am. J. Clin. Hyp.*, 1964, 7, 107 s.

(11) PINELLI P., Il tests di Shagass nell'ansia e nella trance ipnotica, in *Rass. di Ipnosi e Med. Psicosomatica*, 1976, 32, 868.

Recentemente è stata avanzata l'ipotesi che l'induzione di ipnosi, soprattutto quale manipolazione dell'attenzione può anche essere intesa come un mezzo per impegnare l'emisfero dominante del cervello che presiede alle attività razionali e alle attività linguistiche (quello sinistro per i destrimani) e per accedere a quello non dominante che presiede alla attività immaginativa e fantastica (12).

Per Ornstein(13) sia la struttura che la funzione di queste due metà del cervello in una certa misura sottolineano i due modi di coscienza che coesistono simultaneamente all'interno di ciascuno di noi.

Sebbene ciascun emisfero condivida il potenziale di molte funzioni, e sebbene entrambi i lati partecipino a molte attività, nella persona normale i due emisferi tendono a specializzarsi.

L'emisfero sinistro si occupa prevalentemente del pensiero analitico, logico, specialmente nelle funzioni verbali e matematiche. La sua modalità di funzionamento è principalmente lineare. L'emisfero destro pare sia specializzato nel lavoro mentale olistico. La sua capacità di linguaggio è limitata. Questo emisfero risponde soprattutto al nostro orientamento nello spazio, al lavoro d'arte, d'artigianato, all'immagine del corpo (14).

Se l'EEG è registrato in entrambi gli emisferi di una persona normale durante azioni di manipolazione della informazione verba-

(12) LEVY J., *Psychobiological Implication of Bilateral Asymmetry in Hemisphere Function in Human Brain*, Wiley, New York, 1974; DENES F., UMLITÀ C. (a cura di), *I due cervelli; neuropsicologia dei processi cognitivi*, Il Mulino, Bologna, 1978.

(13) ORNSTEIN R. E., *La psicologia della coscienza*, Angeli, Milano, 1978. 70 s.

(14) Kinsbourne, dell'Università di Duke, ha compiuto esperimenti che confermano la specializzazione differenziata dei due emisferi. Se si chiede ad una persona di tenere in equilibrio un bastone di legno sull'indice di ciascuna mano, una mano alla volta, chiedendogli anche di parlare mentre compie questa azione, il tempo di equilibrio della mano destra diminuisce, visto che l'aggiungersi di questo compito interferisce con l'azione in corso. Ma il tempo di equilibrio della mano sinistra aumenta con l'aggiungersi di questa azione di verbalizzazione. La mano destra è controllata dall'emisfero sinistro. Quando questo è occupato dal discorso, il suo controllo sulla mano destra ne soffre. Ma se questo lavoro è fatto dalla mano sinistra, l'emisfero sinistro ha la possibilità di interferire con il suo lavoro. Cfr. KINSBOURNE M., COOK J., Generalized and Lateralized Effects of Concurrent Verbalization on a Unimanual Skill, in *Quarterly J. of Exp. Psychology*, 1971, 341.

le o spaziale, risultano diversi modelli di «onde cerebrali » (15). Durante un'azione verbale il ritmo alfa nell'emisfero destro aumenta rispetto al sinistro, e in un'azione spaziale l'alfa aumenta nell'emisfero sinistro rispetto al destro.

Quasi come per ridurre le interferenze tra i due modi di operazione in conflitto nei suoi due emisferi cerebrali, il cervello tende a mettere fuori circuito il lato non usato in una situazione specifica (16).

Forse è su questa base che si può spiegare l'analogia tra i fenomeni che si producono nell'ipnosi, nello yoga, nello zen, nel training autogeno, le istruzioni di un «guru» (T.M.) ecc, dove in uno stato di rilassamento e di manipolazione si riscontra un aumento della suggestionabilità.

Reyher ricorda che rispetto al linguaggio l'emisfero cerebrale sinistro effettua una selezione voluta e difficile tra « bit » differenti di informazione (le parole) e le dispone secondo una sequenza particolare (sintassi) a secondo di certe regole allo scopo di comunicare (17). Questo processo rappresenta una trasformazione del linguaggio da analogico in digitale. A differenza di un'immagine visiva la parola infatti è un simbolo, il che significa che esiste una relazione semantica tra la sua struttura grafica o fonetica ed il suo referente. I significati emergono dall'ordinamento sintattico delle parole a formare delle frasi. Reyher chiama l'operazione di scegliere le parole a seconda dei loro significati e di formulare le frasi come « il sistema espressivo semantico-sintattico di elaborazione in-

(15) GALIN D., ORNSTEIN R., Lateral Specialization of Cognitive Mode: An EEG Study, *Psychophysiology*, 1972.

(16) Per una disamina dei rapporti dei due emisferi con l'ipnosi, cfr. HILGARD E. R., *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, Wiley, New York, 1977, 109 ss.; e GRINDER J., DE LORIER J., BANDER R., *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson M. D.*, Meta Cupertino, voi. II, 1977, 34 ss., i quali esemplificano come il movimento degli occhi possa segnalare utilmente il tipo di emisfero impegnato e il tipo di vissuto del soggetto. Per una estensione dell'argomento alla psicoterapia in generale cfr. WATZLAWICK P., *The Language of Change*, Basic, New York, 1979.

(17) REYHER J., Clinical and Experimental Hypnosis: Implications for Theory and Methodology, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Academy of Science, New York, 1977.

formativa». L'ascoltare coinvolge un sistema di conversione da digitale ad analogico, conversione che si suppone debba essere mediata da una precisa area corticale ».

Poiché l'ascolto ed il discorso linguistico rappresentano parecchie vie di elaborazione semantico-sintattica, non possono procedere simultaneamente senza qualche interferenza reciproca, che raggiunge il massimo quando si parla ed ascolta insieme (per esempio si perde il filo del discorso, si dimentica cosa si voleva dire, ecc). Normalmente poi questa situazione si verifica per le parole che entrano nei reciproci discorsi e per le regole implicite della conversazione, che mantiene la relazione come a due vie. Ma la situazione è ben distinta per chi ascolta in silenzio e acriticamente chi parla, come avviene appunto nell'ipnosi, training autogeno, ecc.

Perciò la conversione da digitale ad analogico è mediata dal sistema recettivo semantico-sintattico, ed è incorporata nella sottostante funzione cerebrale di sintesi, che rende possibile alle suggestioni di influenzare i processi percettivi, cognitivi e neurofisiologici. Dunque la suggestionabilità aumenta quando c'è un'interruzione dell'esprimersi del sistema espressivo semantico-sintattico che si verifica nelle situazioni sopra viste. In altre parole nella attesa acritica i modelli sintattico-semantici dell'emisfero sinistro sono soppressi ed il modello sintetico analogico incorpora le istruzioni attraverso il modello semantico sintattico in una sintesi.

3. L'abate Faria definì l'ipnosi come un *sonno lucido*. Anche Pavlov con la sua teoria dei riflessi condizionati sembra accreditare questa ipotesi.

Egli notò che la ripetizione di uno stimolo condizionato senza alcuna presentazione di stimoli non condizionati, cioè senza rinforzo, causava uno stato letargico e sonnolente negli animali, qualcuno addirittura si addormentava. Ne deduceva che quella parte del cervello che era più direttamente attaccata dallo stimolo condizionante diveniva il centro di un processo inibitorio che si irradiava in altre parti del cervello stesso, fino a che lo stimolo era presentato in modo monotono. La parte finale di questa inibizione era il sonno, gli stadi precedenti al sonno erano chiamati ipnosi.

Pavlov(18) spiegava perciò l'ipnosi come sonno parziale provocato dall'inibizione degli emisferi cerebrali originata da diversi stimoli: presenta così gradi diversi di estensione ed intensità, lasciando però dei punti vigili in alcune zone che rimangono sveglie ed attive. Per lui l'ipnosi provoca una dissociazione delle funzioni del cervello: il soggetto ipnotizzato pur comprendendo ciò che gli si dice, perde il controllo dei suoi muscoli; pur volendo non può cambiare la posizione di nessuna parte del corpo. Questa prima manifestazione, la catalessia, risulta da una inibizione isolata della zona corticale motoria che però non scende nei centri motori situati più in basso negli emisferi che infatti possono funzionare normalmente. Una seconda manifestazione da Pavlov individuata è l'automatismo. I soggetti ipnotizzati riproducono in maniera stereotipata le azioni compiute dall'ipnotizzatore davanti ad essi oppure compiono correttamente movimenti difficili e complessi. Nell'ipnosi si produce il riflesso di imitazione che durante l'infanzia ha permesso a tutti di elaborare il comportamento individuale e sociale. Inoltre, come già detto, in ipnosi rimangono « punti vigili » nella corteccia cerebrale che permettono il contatto tra soggetto ed ipnotista mentre altre zone sono inibite. Questi punti vigili sono estremamente recettivi alle parole, che agiscono in modo più intenso ed immediato di altri fattori esterni reali.

La parola è collegata esperienzialmente a tutti gli stimoli esterni ed interni che pervengono al cervello. La suggestione è il riflesso condizionato più semplice, e il più tipico dell'uomo. La parola suggestiva, concentrando la stimolazione in una zona ristretta degli emisferi, esclude altre stimolazioni per cui assume una particolare forza, sia durante che dopo l'ipnosi.

Dalle ricerche di Pavlov sull'ipnosi si riscontra che dal punto di vista fisiologico, ipnosi e sonno si differenziano tra loro per il grado di irradiazione dell'induzione, per la localizzazione e per la misura delle differenziazioni (estensione ed intensità dei processi di eccitazione ed inibizione della corteccia cerebrale).

Contro la teoria che equipara l'ipnosi al sonno militano gran parte delle prove che oggi abbiamo, come i riflessi plantari, la re-

(18) PAVLOV L., *I riflessi condizionati*, Boringhieri, Torino, 1966 e VENTURINI R. (a cura di), *I livelli di vigilanza*, Bulzoni, Roma, 1973.

spirazione, l'attività cardiaca, la circolazione cerebrale, l'encefalogramma, la resistenza elettrica della pelle, del metabolismo basale, che sono sempre differenti nell'ipnosi e nel sonno. I risultati delle indagini dimostrano che l'ipnotismo è più vicino ad uno stato di veglia piuttosto che ad uno stato di sonno. In taluni esperimenti è stato dimostrato che quando il soggetto viene ipnotizzato col metodo della fissazione oculare e poi facendogli chiudere gli occhi, l'elettroencefalogramma è lo stesso che nella situazione, diciamo, di veglia comune, ma quando vengono date suggestioni specifiche per la produzione del sonno, allora vi sono delle caratteristiche encefalografiche che si avvicinano al sonno fisiologico (19).

Evans (20) in base a suoi esperimenti afferma però che la capacità di raggiungere un profondo grado di ipnosi e l'abilità di addormentarsi facilmente hanno in comune almeno qualche meccanismo. È stato ipotizzato che questo meccanismo coinvolge differenze individuali nella capacità di mantenere un controllo sul livello di funzionamento corporeo o di stato di coscienza che a quella persona sembra opportuno al momento. In apparenza questo meccanismo di controllo coinvolge l'abilità di passare prontamente da un tipo di stato psicologico o di attività ad un altro tipo; cioè mantenere l'elasticità nel variare l'assetto psicologico. Il tipo di controllo che permette ad una persona di scegliere di entrare in ipnosi, o di addormentarsi o di raggiungere diversi stati di coscienza può essere una capacità più ampia, generale, appannaggio di alcune persone e può manifestarsi in un gran numero di circostanze. Le persone che hanno questa abilità possono sviluppare una varietà di strumenti o modi di affrontare la realtà e di funzionare a differenti livelli psichici.

Nel numero delle possibili condizioni psicologiche in cui un individuo può decidere di entrare, quelle scelte dipendono da capacità

(19) Per un esame aggiornato delle differenze tra sonno ed ipnosi cfr., EVANS F., *Hypnosis and Sleep: Techniques for Exploring Cognitive Activity during Sleep*, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research, Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972, 43; cfr. anche PINELLI P., *Sonno, sogno, ipnosi e stati patologici di inibizioni cerebrali*, Cortina, Padova, 1958.

(20) EVANS F., *Hypnosis and Sleep: The Control of Altered States of Awareness*, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, cit., 171.

che egli possiede o meno. Per esempio molti individui hanno la capacità di addormentarsi in qualsiasi momento lo desiderano, mentre altri non hanno il necessario controllo del meccanismo del sonno per addormentarsi prontamente, possono avere difficoltà a raggiungere il sonno, o aver bisogno di tutta una varietà di rituali o una rigidità di abitudini temporali per aumentare la probabilità di ottenere il sonno. D'altra parte la capacità di sperimentare lo stato ipnotico è una capacità ancora meno diffusa. Ma il fatto che un individuo possieda una notevole « flessibilità » nel modificare il proprio assetto psicologico è irrilevante se non possiede altre « capacità » o non ha motivazioni a sperimentare l'ipnosi. Se una persona possiede un buon meccanismo per addormentarsi può avere le doti indispensabili per provare l'ipnosi, ma può anche non averle. Cioè ipnosi e sonno non sono intercambiabili o funzionalmente equivalenti, piuttosto l'abilità di raggiungere stati diversi è « classificata » sotto gli stessi meccanismi di controllo che includono anche la capacità di modificare il proprio modello psicologico, il grado di concentrazione, i diversi livelli di veglia.

4. Strettamente connesse alla teoria del sonno quelle così dette *ideomotorie* o di *risposta condizionata*.

Secondo James, sostenitore della teoria ideomotoria, ogni idea di movimento risveglia in qualche grado il movimento concreto di cui è oggetto, e questa evocazione è tanto maggiore quanto più non vi è una rappresentazione antagonistica simultanea nella mente, non deve esistere cioè una situazione conflittuale. Modernamente chi sostiene questa teoria sottolinea che il principio ideomotorio consiste nel fatto che la ripetizione frequente di un antecedente di un atto, può divenire uno stimolo condizionante dell'atto stesso e le parole possono essere stimoli condizionati delle azioni. Questa teoria è stata sostenuta soprattutto da Hull(21).

Esso però non riesce a spiegare come mai questi stimoli verbali e simbolici rappresentati dall'ipnotista siano più efficaci di quelli che il soggetto eventualmente potrebbe rappresentarsi da solo. Perché, per esempio, il soggetto in trance eteroindotta è più abile che

(21) HULL C, *Hypnosis and Suggestibility*, Appleton, New York, 1933.

in stato di autosuggestione nell'inibire certe risposte emozionali e somatiche come risposta alla stimolazione dolorosa?

Teniamo conto tra l'altro che come Sarbin ha potuto dimostrare, taluni soggetti entrano in ipnosi senza il bisogno di questo stimolo ripetitivo e monotono, cioè, dicendo ad un soggetto, che era andato da lui per farsi ipnotizzare, « stia comodo su questa poltrona io lascio la stanza per cinque minuti e lei si rilassi, quando tornerò conterà fino a 10 e lei entrerà nel sonno ipnotico», il che puntualmente accadeva. Pavlov, di cui abbiamo già parlato, riteneva che la parola sia uno stimolo che provoca riflessi condizionati di natura fisiologica, questi riflessi sarebbero copia di innati riflessi organici. Secondo questi autori, la suggestione sarebbe un tipico riflesso condizionato e per questa ragione non c'è nessuna funzione che non possa essere facilitata, inibita o cambiata attraverso mezzi verbali. Per Eysenck la suggestione è la risultante di due forze : azione ideomotrice e inibizione (22). Non è chiaro però come l'ipnosi possa essere considerata un processo di condizionamento se talvolta la si può produrre quasi immediatamente.

5. Un'altra teoria è quella della *dissociazione*.

Storicamente era sostenuta da Pierre Janet e da Morton Prince e si basava sul fatto che molti 'fenomeni di tipo isterico e di personalità multipla, possono essere facilmente imitati o riprodotti per mezzo dell'ipnosi. Questa teoria sostiene che l'ipnosi consiste nella produzione di una secondaria coscienza dissociata, cioè nella formazione di un gruppo di inconscie memorie ed attività che temporaneamente prendono il posto della coscienza. La profondità dello stato ipnotico dipenderebbe quindi dal grado di dissociazione. Oggi il concetto di stato dissociato è stato ripreso da alcuni per spiegare l'ipnosi. Secondo McDougall il soggetto non riesce a compiere un certo movimento non solo perché non vuole o non ha sufficiente motivo per farlo, ma perché muscoli antagonisti entrano in giuoco e prevengono i movimenti. Questa teoria pur sug-

(22) Per una interessante discussione parzialmente a sostegno delle teorie di Pavlov e di Hull, cfr. EDMONSTON W., Stimulus: Response Theory of Hypnosis, in GORDON J., *Hand-book of Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967, 345.

gestiva non spiega però come mai è poi piuttosto semplice in ipnosi, togliere, scotomizzare, il suono di una voce particolare e non di altre, nell'amnesia consentire di ricordare certi fatti e non altri. In questi casi come applicare la teoria della dissociazione della personalità? Si dovrebbe ammettere la possibilità di selezionare le dissociazioni all'interno delle dissociazioni; McDougall riconosce che questo è un problema piuttosto oscuro. È stato d'altronde notato come quei sistemi che si suppone debbano essere dissociati o isolati, partecipano notevolmente nella determinazione del comportamento ipnotico, per esempio, in una allucinazione negativa di certe carte rispetto ad altre carte, è chiaro che in qualche modo le carte che devono essere allucinate negativamente debbono essere selezionate.

6. Quella dei *tre fattori* è una teoria eclettica avanzata da Weitzenhoffer(23) basata sul verificarsi di tre processi separati: « omoazione », « generalizzazione di suggestionabilità » e uno « stato alterato di consapevolezza ».

Uomoazione è riferita alla efficacia progressiva delle suggestioni. Se l'ipnotista ad esempio, insiste nell'affermare che le palpebre diventano pesanti, la risposta iniziale a questa suggestione, anche se limitata, facilita le risposte successive, cosicché prontezza e adeguatezza di esse aumentano. Le procedure ipnotiche creano appunto una situazione che favorisce l'omoazione. Weitzenhoffer spiega il comportamento omoattivo utilizzando la fisiologia neuromuscolare. La suggestione iniziale di pensare di muovere un muscolo comporta una risposta all'inizio impercettibile del muscolo. Con l'aumento dell'eccitazione la possibilità di una aperta contrazione muscolare aumenta. Il secondo processo è quello della generalizzazione di suggestionalità o *eteroazione*, che è un ampliamento del principio di generalizzazione dell'apprendimento. Una risposta appresa in rapporto ad uno stimolo particolare, può essere provocata anche da uno simile a quello originario. Lo stesso vale se anziché ad uno stimolo ci si riferisce ad una situazione, con ciò si spiega la tendenza a dare una risposta in una data situazione, in quanto viene nel suo insieme associata con la risposta.

(23) WEITZENHOFFER A. M., *Hypnotism*, Wiley, New York, 1953.

Poiché il soggetto durante l'ipnosi è sollecitato a dare risposte che gli vengono rinforzate dalla approvazione dell'ipnotista, le suggestioni di per sé agiscono come una base di generalizzazione. Così il soggetto tende a dare le risposte suggerite anche quando da sole non si sarebbero verificate. Mentre la omoazione aumenta, la situazione è fissata dal processo di generalizzazione della suggestionabilità. L'ipnosi è definita uno stato di ipersuggestionabilità eteroattiva, in cui eteroazione significa che una risposta ad una suggestione tende a facilitare la risposta a suggestioni differenti.

Il terzo processo, quello di *consapevolezza limitata* (ristretta), comporta che il soggetto agisca nel modo che per lui è l'unico possibile secondo la sua percezione dell'ambiente circostante. Tale processo è dovuto al fatto che l'induzione ipnotica isola il soggetto dall'ambiente. Il soggetto è cosciente solo della voce dell'ipnotista a cui risponde, che sostituisce la consapevolezza normale.

Weitzenhoffer attraverso l'analisi delle caratteristiche dell'induzione ha cercato di studiarne gli effetti sulle risposte ipnotiche individuando i tre processi sopra visti. Da essi dipende la discontinuità del comportamento del soggetto una volta ipnotizzato. In particolare l'automaticità delle risposte è dovuta al processo di restrizione della sfera consapevole, l'amplificazione delle risposte all'omoazione, quando vi è un leggero stato ipnotico, all'eteroazione quando questo è moderato; dalla consapevolezza ristretta dipendono infine i comportamenti con caratteristiche dissociate che sono per lo più associati a stati profondi di ipnosi. Ma rimangono inesplicate però le differenze di risposta da individuo ad individuo; così l'autore non giustifica il perché un soggetto mostra solo risposte omoattive mentre un altro tutte le risposte. Si può arguire solo che ciò può dipendere dal diverso grado di sensibilità all'induzione e alla conseguente capacità di esperire i cambiamenti interni suggeriti.

7. Benussi(24) ha studiato i fenomeni suggestivi ed ipnotici teorizzando l'esistenza di un *sonno base* cioè lo stato basale di

(24) BENUSSI V., La suggestione e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica del reale, in *Suggestione e psicoanalisi*, Principato, Messina, s.d.; Cesare Musatti ha

quiete mentale, « privo di pensieri e di immagini » — caratterizzato da una forma respiratoria specifica — su cui è possibile innestare suggestivamente situazioni emotive diversissime. Queste situazioni, che partono tutte da quello stato di piacevole estinzione intellettuale che è il sonno base, vengono considerate come situazioni emotive pure, prive cioè di qualsiasi interferenza con altri stati emotivi o intellettivi.

Il metodo suggestivo — e le forme respiratorie, diverse per ogni singola situazione emotiva animata in sonno base e raggrup-pabili in serie secondo le analogie formali esistenti tra le singole situazioni lo provano — può darci lo stato emotivo puro. Il fatto che sia possibile animare situazioni emotive in forma pura, che cioè situazioni come quelle di tristezza, felicità, dolore fisico, simpatia, odio, ecc. possano insorgere e sussistere senza alcuna base o giustificazione, o motivo di ordine intellettuale, è una prova per Benussi che al concetto di unità della coscienza, quale si era inteso e si intende abitualmente, si deve sostituire quello di collegamento armonico tra le varie funzioni di coscienza.

8. Per Granone (25) l'ipnotismo è la possibilità di indurre in un soggetto un *particolare stato psicofisico* che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del « rapporto » creatosi fra questo e l'ipnotizzatore, e l'ipnosi rappresenta uno stato di coscienza particolare che presenta una modificazione di natura psichica che riguarda la coscienza e la volontà e a tali modificazioni seguono quelle di ordine somatico, viscerale e umorale. Nonostante le lunghe discussioni per mostrare come queste modificazioni si manifestino e si rilevino, a Granone non interessa esaminare se tali manifestazioni si possano ottenere senza un'induzione ipnotica preventiva. Egli però fa un

recentemente ripreso gli studi di Benussi che fu suo maestro e ne ha promesso la pubblicazione di una edizione commentata, cfr. MUSATTI C, Il linguaggio ed i fenomeni ipnosuggestivi, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V convegno nazionale medico di studi sull'ipnosi clinica*, Milano 11-12-13 novembre, Ed. AMISI, Milano, 1979.

(25) GRANONE F., *Trattato, op. cit.*, 321 ss.

uso esteso del termine « ipnosi vigile » che gli serve per spiegare fenomeni che si producono senza l'induzione propriamente detta.

9. Per Melica (26) i dinamismi ipnotici — che di solito, in un qualunque soggetto sono avviati su processi di progressiva *labilizzazione della trama connettiva del campo percettivo*, ma che a tali processi non sono assolutamente legati da necessità — consistono nella costruzione di un tipo di realtà, cosiddetta ipnotica, operata apparentemente dall'esterno, a spese di quella, cosiddetta normale, in qualche modo già costruita dal soggetto. Tali dinamismi sono caratterizzati da una sintomatologia fisica peculiare dei processi di progressiva labilizzazione del campo percettivo, con varianti dovute solo al tipo di processi all'uopo prescelti e messi in atto, comunque non assolutamente correlata di necessità alla più o meno contemporanea progressiva riduzione delle dimensioni dell'io normale, al soggetto proprio in quel momento, ed al concomitante progressivo aumento compensativo di un io ipnotico coerente. « Coerenza « sui generis » comunque derivante dal permanere — con modalità altrettanto « sui generis » ma reali — della efficienza del meccanismo di verifica del reale, tanto che il soggetto non si avvede di vivere una realtà diversa, entro l'ambito della quale gli è agevole il raggiungimento di certezze, il patimento di conflitti, la assunzione di comportamenti, la attuazione di prestazioni per lui normalmente eccezionali, di solito quali reazione di tipo impellente ed, infine, dal fatto che si tratta di dinamismi labili e reversibili che possono cessare quando e come si voglia, con il ripristinarsi dei rapporti « quo ante » con la realtà normale, salvo in alcuni casi — o forse in tutti — il residuare di nuclei di rappresentazioni di frazioni di quella realtà ipnotica, strutturati, agenti o non agenti secondo il meccanismo della difesa ».

10. L'ipnosi è stata considerata anche come un *comportamento diretto ad uno scopo in uno stato alterato della persona*.

(26) MELICA V., *Una ipotesi sui dinamismi ipnotici*, Cadtnos, Milano, 1974; e più essenzialmente in *La realtà ipnotica*, in *Dispense del I Corso di insegnamento della Scuola di Ipnosi dell'AMISI*, Milano, 1977, 45.

È stato sostenuto nel 1941 da White(27) con un approccio di tipo motivazionale. Secondo l'Autore, lo scopo dell'ipnotizzato sarebbe quello di ottenere di dirigere il proprio comportamento verso gli scopi che l'ipnotista si prefigge, in particolare l'ipnotismo sarebbe un comportamento significativo diretto ad uno scopo che in linea generale sarebbe quello di comportarsi come una persona ipnotizzata, il che è definito continuamente dall'operatore, cioè l'ipnotista, e accettato dal soggetto. Poiché questo, secondo l'Autore, non potrebbe spiegare comunque tutti i fenomeni ipnotici, White dice che il tutto avviene in uno stato alterato della persona. La debolezza di questa teoria sta nel fatto che non chiarisce in che cosa consista questo stato alterato della persona.

11. Talune spiegazioni del fenomeno ipnotico poi hanno una matrice psicoanalitica.

Normalmente l'interpretazione psicoanalitica dell'ipnosi la considera una forma di *transfert* attraverso il quale si riattiverebbe una forma di rapporto tipico del genitore (ipnotista) nei confronti del figlio (ipnotizzato).

Questo approccio ha il merito di enfatizzare l'aspetto relazionale dell'ipnosi ma, come ho già detto nel secondo capitolo, rappresenta la reificazione di una metafora che non aiuta a distinguere ciò che l'ipnosi ha di peculiare riguardo ad altre situazioni interpersonali in cui è in gioco un alto grado di affettività.

Ferenzi considerò il rapporto ipnotico come una *riattivazione del complesso di Edipo* in cui l'ipnotizzato nei confronti dello ipnotista è come un bambino nei confronti di un genitore, e differenzia una l'ipnosi materna da quella paterna, la prima basata sull'amore, la seconda sulla paura (28).

Freud in accordo di fondo con Ferenzi equipara l'ipnosi all'essere innamorati osservando come ci sia la stessa umile sottomissione, la stessa complicità, la stessa assenza di critica (29). L'ipno-

(27) WHITE R., A Preface to the Theory of Hypnotism, in Moss S., *Hypnosis in Perspective*, MacMillan, New York, 1965, 118.

(28) FERENZI S., Introjection and Transference, in *First Contributions to Psychoanalysis*, Hogarth, London, 1952, 58.

(29) FRETJD S., *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in *Opere*, cit., Borringhieri, Torino, 1977, 257.

tista si pone come Io ideale così il senso della realtà diventa alterato in accordo con quanto suggerisce l'ipnotista; per Freud l'ipnosi è un gruppo di due e la suggestione è una condizione che non è basata sulla percezione e sul ragionamento, ma sul *legame erotico* sottostante a questo rapporto interpersonale.

Schilder e Kauders (30) hanno approfondito questo tema insistendo che il rapporto tra ipnotizzato e ipnotista è di natura erotica, tanto è vero che il primo spesso accusa il secondo di aggressioni sessuali nei suoi confronti. L'ipnotizzato si identifica con l'ipnotista che vede come un aggressore condividendone così infantilmente la onnipotenza operativa.

12. In un articolo molto significativo, Kubie e Margolin(31) pur tenendo conto di fattori relativi al transfert enfatizzano insieme ad altri aspetti psicodinamici anche talaltri di tipo fisiologico. Questi Autori distinguono il processo ipnotico dallo stato ipnotico ritenendo che quest'ultimo sia distinto in *tre fasi*. Nella prima fase vi è una *progressiva eliminazione dei canali comunicazionali* con l'ambiente rimanendo salvi solo quelli che stabiliscono un rapporto tra il soggetto e l'operatore; la condizione che ne deriva è quella di un sonno parziale nei confronti del quale l'ipnotista diviene l'unico rappresentante della realtà esterna, proprio come per il bambino in tenera età i genitori sono l'unica realtà pregnante. Nella seconda fase aumenta la *riduzione delle frontiere dell'Io*, del soggetto in connessione alla riduzione dei rapporti con la realtà che producono una specie di stato di fusione tra l'ipnotista e l'ipnotizzato, così che le parole del primo non sono per il soggetto più distinguibili dai propri pensieri. Da un punto di vista fisiologico il processo appare una estensione del normale processo di attenzione che si risolve in una focalizzazione concentrata di eccitazione nel sistema nervoso centrale, cui è correlata, in senso pavloviano, un'area di inibizione; ciò avverrebbe essenzialmente attraverso l'immobilità, la monotonia, il ritmo... Secondo questi due Autori da un punto di vista psicolo-

(30) SCHILDER P., KAUDERS O., Hypnosis, in *Nervous Meritai Disease Monogr.*, Washington, 1927 e in SCHILDER P., *The Nature of Hypnosis*, I.U.P., New York, 1956.

(31) KUBIE L., MARGOLIN S., The Process of Hypnotism and the Nature of Hypnotic State, in *The Nature of Hypnosis*, *op. cit.*, 217.

gico ciò porterebbe poi ad un acquietamento dell'ansia e di altre difese. Nella terza fase si verifica una *parziale riespansione delle frontiere dell'io* attraverso la quale il soggetto può comunicare più ampiamente con l'ambiente esterno avendo, tra l'altro, incorporato frammenti dell'immagine dell'ipnotista nell'ambito stesso delle frontiere dell'io. L'ipnotista diviene così una componente inconscia della nuova personalità del soggetto che emerge dal loro rapporto in questa fase. Ciò avviene, per proseguire il parallelismo tra la ipnosi e il naturale processo di sviluppo, esattamente come per il bambino che in un certo stadio del suo sviluppo ha introiettato nella sua personalità le immagini parentali. L'ipnosi dunque sarebbe una specie di ricapitolazione dello sviluppo infantile.

13. Direttamente collegata con questa teoria è quella di Wolberg (32) per cui l'ipnosi è una complessa *reazione psico-somatica* prodotta sia da fattori fisiologici che psicologici. Questo Autore ritiene che l'ipnosi consista in un'espansione di inibizione verso i più alti centri corticali. L'ipnosi rimuoverebbe le barriere fra aree corticali e sub-corticali in modo analogo alla situazione che esiste nell'infante prima della mielinizzazione dei neuroni. Così nell'ipnosi si avrebbe un tipo di regressione che metterebbe in giuoco aree del sistema nervoso centrale che normalmente non sono accessibili al soggetto allo stato di veglia; ciò spiegherebbe perché si possono stabilire dei riflessi condizionati più facilmente che nella veglia. In questa inibizione corticale per il quale il soggetto sperimenta una regressione generalizzata, il suo senso del tempo è alterato, i legami tra l'io e il mondo esterno non sono nettamente delimitati e possono produrre un'insicurezza che spinge il soggetto ad identificare l'ipnotista col genitore onde ritrovare sicurezza.

L'ipnotizzabilità è caratterizzata dal bisogno di soddisfare una carenza di sicurezza e di autostima riproducendo uno stadio di sviluppo infantile; con questo processo regressivo si ha quella inibizione dei più alti centri corticali di cui si è detto. La dipendenza diventa il più importante meccanismo per acquisire sicurezza e lo ipnotista diventa il sostituto del genitore.

(32) WOLBERG L., *Medical Hypnosis*, Grune and Stratton, New York, 1960.

14. Talune teorie sull'ipnosi si ancorano su quella corrente psico-analitica che va sotto il nome di « Psicologia dell'Io ».

Secondo Bellak(33) l'ipnosi è un fenomeno di *autoesclusione dell'Io* che per Hartmann, Kris ed altri, rappresenta una delle funzioni dell'Io stesso consistente nella possibilità di escludere o diminuire le altre funzioni. Per es., nell'addormentarsi l'Io esclude le funzioni cognitive, ciò avverrebbe analogamente ed in modo più parziale nell'ipnosi, che sarebbe anzi un caso speciale di autoesclusione. L'Io per raggiungere taluni scopi deve, attraverso la concentrazione, mettere a fuoco taluni oggetti, col risultato che altri ne scoloriscono. Si pensi al caso dello scienziato preso dai suoi problemi che è poi così ridicolmente distratto.

Nell'ipnosi talune funzioni dell'Io sono delegate all'ipnotista ed il grado di autoesclusione dell'Io varia in relazione alla profondità dello stato ipnotico, comunque non è così completa come nel sonno in quanto è mantenuta la cognizione della presenza dell'ipnotista (anche nel sonno comunque possiamo avere la consapevolezza di taluni specifici rumori, si ricordi, per es., il fenomeno della «vigilanza» per cui la madre si sveglia se il figlio si muove, o la sentinella si desta se qualcuno si avvicina). Secondo questa teoria le persone non ipnotizzabili non sono in grado di escludere talune funzioni dell'Io, così come le persone che soffrono di insonnia. Si verifica una regressione di tipo topologico della percezione conscia alla funzione preconsca simile a quei comportamenti che abbiamo per routine, per es., guidare l'automobile, e che sono automatizzati.

Per Bellak tutti i fenomeni prodotti nell'ipnosi sono in pratica controllati dall'Io, attraverso l'autoesclusione; anche l'ipermnesia, si può interpretare come una diminuzione dei controlli dell'Io, e nello stesso senso la perdita della percezione del dolore e della fatica.

15. Secondo Gill e Brenman(34) l'ipnosi è una forma di *regressione adattiva ed servizio dell'Io*. Essi distinguono la fase del-

(33) BELLAK L., An Ego-Psychological Approach to Hypnosis, in *The Broad Scope of Psychoanalysis*, Grane and Stratton, New York, 1967, 85.

(34) GILL M., BRENNAN M., *Hypnosis and Related States*, IUP, New York, 1959. Questa teoria è stata controllata sperimentalmente da GRUENEWALD D.,

l'induzione in cui l'Io perde il suo controllo e gran parte della sua autonomia, da quella della trance vera e propria. In quest'ultimo status, l'Io diventa potenzialmente capace di riguadagnare il controllo e l'uso dei suoi apparati, intervenendo così, in luogo della deautomatizzazione provocata dall'induzione, una reautomatizzazione.

Per usare la terminologia di Hartmann, l'ipnotista durante la induzione, canalizzando l'attenzione dell'ipnotizzato, tende a deautomatizzare apparati precedentemente automatici. L'atto della deautomatizzazione fa sprecare delle energie, che prima venivano adoperate per altri usi e principalmente per mantenere la funzione sintetica dell'Io per gran parte automatizzato.

Disturbata la funzione sintetica dell'Io, l'Io stesso deve adattarsi a forme più antiche di assestamento e quindi a stati pregressi che reciprocamente aumentano la perdita del potere di controllo delle strutture dell'Io e aumentano le cariche pulsionali dell'Es.

Oltre a questa attività di deautomatizzazione, l'ipnotista opera in altri due sensi che diminuiscono grandemente in via principale l'autonomia primaria dell'Io; da un lato egli tende a diminuire il nutrimento proveniente da informazioni (in senso lato) dall'esterno, che, anche se difficilmente ce ne possiamo rendere conto, sostengono le strutture dell'Io, dall'altro crea una pulsione molto forte attraverso le « suggestioni » e i comandi da lui operati verbalmente (35).

FROMM E., OBERLANDER M., Hypnosis and Adaptive Regression: an Ego Psychological Inquiring, in FROMM E., SHOR R., *op. cit.*, 495; e da LEVIN L., Hypnosis and Regression in the Service of the Ego, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1976, 400. È risultato secondo gli Autori che in taluni soggetti l'ipnosi favorisce l'attività mentale inconscia, in particolare i processi che in psicoanalisi vengono chiamati primari.

(35) Cfr. HARTMANN H., *Psicologia dell'Io e problemi dell'adattamento*, Boringhieri, Torino, 1966.

La tesi di Hartmann è che, mentre precedentemente in psicoanalisi tutte le strutture erano considerate come di origine conflittuale e difensiva, vi sono percezioni, intenzionalità, comprensione, pensiero, linguaggio, memoria e produttività che costituiscono apparati di *autonomia primaria* dell'Io facenti parte di una sfera libera dai conflitti, la cui origine in un primo tempo è indifferenziata dall'Es. ma che nel corso dello sviluppo diventa peculiare dell'Io.

Questi apparati funzionanti anche indipendentemente dai conflitti possono essere al loro servizio. È vero d'altronde anche il contrario e che cioè processi originati nella sfera conflittuale cioè l'Es, possono più tardi fare parte della zona li-

Quando il soggetto raggiunge la trance vera e propria, « L'Io diventa potenzialmente capace di riguadagnare il controllo e l'uso dei suoi apparati, intervenendo così in un luogo della deautomatizzazione, provocata dall'induzione, una reautomatizzazione».

L'Io ipnotico che si viene così a creare non è l'« Ego » in senso metapsicologico, ma è un subsistema dello stesso, al servizio dell'Io vero e proprio o Io totale (over-all Ego), che ha il controllo dell'apparato reautomatizzato. La sua natura è regressiva e rappresentativa in modo selettivo di tutta la personalità ed ha pertanto contenuti dell'Es, dell'Io e del Super-Io. Si è detto che questo sistema ha natura regressiva, ma non in senso vero e proprio; si tratta di una « regressione a favore dell'Io » secondo la terminologia di Kris, perché mentre nella regressione vera e propria le cariche sono ritirate da certe funzioni e distribuite tra le funzioni dell'Io a scopo di difesa, nella regressione a favore dell'Io le cariche sono ritirate dalle difese ed impiegate per costruire un sub-sistema, il cui mantenimento richiede alcune delle controcariche trattenute dall'Io.

È soltanto quest'ultimo subsistema — per Gill e Brenman — che è sotto il controllo dell'ipnotista, ed è in virtù di questo controllo, che l'ipnotista, che capitalizza il transfert, può manipolare o dirigere gli apparati ».

Se non che l'Io lascia il controllo di se stesso all'ipnotista in modo soltanto temporaneo in quanto il così detto « Io totale » (over-all Ego) mantiene il controllo della situazione anche se può capitare che la regressione adattiva sfugga per così dire dalle mani dell'Io totale, invadendolo.

Questa teoria, che ottiene molto credito presso gli ipnotisti di orientamento psicoanalitico, non spiega adeguatamente le ragioni per le quali l'Io nell'ipnosi dovrebbe adottare meccanismi adattivi che si instaurano naturalmente nel soggetto in condizioni che derivano da decisioni di altri quale è l'ipnotista. Nella produzione arti-

bera dei conflitti e anche divenire attività di controllo dell'Io. Nello stesso senso, ma da un altro punto di vista, un comportamento originato come difesa contro una pulsione può modificarsi divenendo una struttura automatizzata operante in modo indipendente dalle pulsioni originarie. Tale processo è denominato *cambiamento di funzione*, questa relativa indipendenza che ne deriva è chiamata *autonomia secondaria*.

stica o nell'umorismo, due casi tipici di regressione adattiva a favore dell'Io, quest'ultimo produce, delle condotte per così dire regressive che lo arricchiscono senza incatenarlo a stadi pregressi dello sviluppo psichico in quanto sono strumentali, limitati nel tempo e reversibili. Ma quale è per l'Io la strumentalità, lo scopo adattivo, nel caso di chi, per esempio in un salotto, venga richiesto ed accetta di essere ipnotizzato?

* 16. Sviluppando un concetto di White, *la perdita dell'orientamento generalizzato della realtà* per Shor è l'essenza dell'ipnosi. Mentre la spinta motivazionale serve per comprendere la relazione ipnotica, tuttavia la « vera » ipnosi è caratterizzata da cambiamenti cognitivi del soggetto nella situazione ipnotica (36).

Shor ha definito l'orientamento generalizzato della realtà come esistente nel normale stato di coscienza e quale status che fornisce la struttura del background che regge, interpreta e dà significato a tutte le esperienze. La perdita dell'usuale orientamento generalizzato della realtà non è specifica dell'ipnosi, ma può verificarsi anche in altri tipi di comportamento. Esperienze mistiche e certi stati patologici sono altri accadimenti dove l'orientamento generalizzato della realtà è intaccato.

L'orientamento generalizzato della realtà richiede uno sforzo attivo per mantenerla. Quando questo manca, l'orientamento scivola sempre più nel background di attenzione, e diviene dal punto di vista funzionale, meno valido. La perdita dell'orientamento si verifica quando diveniamo così assorbiti da un aspetto della realtà che il resto temporaneamente scompare. Le procedure ipnotiche di induzione, tendono a creare una situazione in cui il soggetto focalizza l'attenzione su un fuoco limitato, cioè permette che un orientamento più generale sia ignorato. Questo non significa che in uno stato di trance l'orientamento generale della realtà non sia utilizzabile; si tratta di una utilizzabilità relativa per la percezione cosciente, e il grado di utilizzazione indica la profondità della trance.

(36) SHOR R. E., Hypnosis and the Concept of the Generalized Reality-Oriented, in *Am. J. of Psychotherapy*, 1959, 13, 582-602; Three Dimension of Hypnotic Depth., in *Int J. of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1962, 10, 23-28.

Shor definisce l'ipnosi come la somma di due processi fondamentali: quello di un orientamento speciale e temporaneo verso un fuoco limitato, e quello di relativa scomparsa dell'orientamento generale della realtà in una inconsapevolezza non funzionale. Quando ciò avviene esistono allora altre possibilità di comportamento che definiamo come tipiche della trance. Particolari orientamenti (compiti ipnotici) diventano così la sola «realtà per il soggetto».

Shor definisce un buon soggetto ipnotico come colui che è capace di rinunciare, volutamente, e per una certa estensione, al suo normale orientamento della realtà, e che contemporaneamente costituisce un nuovo e speciale orientamento della realtà che diventa la sua unica realtà.

Egli ha specificato tre dimensioni della profondità ipnotica: il coinvolgimento del ruolo, la profondità della trance e il coinvolgimento arcaico.

Il coinvolgimento del ruolo ipnotico è definito come il punto in cui le spinte motivazionali e le conoscenze del soggetto circa il ruolo ipnotico non sono più soggette agli atteggiamenti e alla volontà cosciente. Dal coinvolgimento del ruolo quando è profondo deriva una qualità comportamentale involontaria e compulsiva. La seconda dimensione, quella della *profondità di trance*, è determinata dal grado in cui l'orientamento usuale nella realtà svanisce in una inconsapevolezza non funzionale. Più è profondo e più il mondo intorno scompare diventando l'ipnotista l'unica realtà. La terza dimensione, cioè *la profondità del coinvolgimento arcaico*, è definita con tre caratteristiche: A) la portata della proiezione di relazione con oggetti di relazione psicologica arcaici durante l'ipnosi, sulla persona dell'ipnotista; B) la portata della relazione di transfert; C) l'intensità con cui la parte più profonda della personalità del soggetto è coinvolta nei processi ipnotici. La profondità del coinvolgimento arcaico è data dall'aumentare della corrispondenza emotiva del soggetto con l'ipnotista. Le sue reazioni e le percezioni della situazione ipnotica vanno sempre più basandosi su ciò che è rimasto nel soggetto di esperienze precedenti con persone importanti, il più delle volte si tratta dei genitori o di chi li ha sostituiti. Shor sottolinea che l'ipnosi non può essere vista come un fenome-

no unidimensionale e come l'uso di scale che comporta la misurazione di un solo aspetto del fenomeno manchi della necessaria sensibilità per comprendere il comportamento in ipnosi. Così egli presenta delle combinazioni dei tre tipi di profondità, che determinano i classici comportamenti associati con l'ipnosi. Nella prima combinazione tutte e tre le dimensioni hanno un'uguale intensità e sono molto profonde. In questo caso, (coinvolgimento del ruolo, profondità di trance, coinvolgimento arcaico), tutti i classici comportamenti ipnotici sono presenti. Quando le dimensioni hanno la stessa intensità, indipendentemente dalla profondità, non è possibile individuare il ruolo che ciascuna svolge.

Solo quando hanno una intensità diversa è possibile individuare questo ruolo. Una di queste è data da una profondità superficiale di trance, ma dalle altre due dimensioni profonde. Il soggetto è allora relativamente cosciente della singolarità di quanto accade, sebbene realizzi tutti i compiti tipici dello stato ipnotico. Shor fa l'esempio del sonnambulo che ha allucinazioni, ma nello stesso tempo è consapevole che sono false percezioni e come tali le descrive.

Un'altra combinazione si ha quando il coinvolgimento di ruolo è superficiale, ma la profondità della trance e il coinvolgimento arcaico sono alti. Il soggetto in queste condizioni è in difficoltà, o sembra non essere incline a passare con facilità da una suggestione ad un'altra. E fortemente emotivo e può sfuggire perciò al controllo dell'ipnotista.

Un'altra combinazione consiste in un superficiale coinvolgimento arcaico, mentre quello del ruolo e la profondità della trance sono elevati. Un soggetto in questa situazione è più facile trovarlo in un laboratorio di psicologia che in una seduta clinica. L'ipnosi è troppo superficiale per raggiungere la personalità più interna del soggetto; infatti questo presenta una modesta reazione emotiva. Egli sperimenta l'isolamento associato a profondità di trance in risposta alle suggestioni e istruzioni dell'ipnotista, tuttavia non è emozionalmente coinvolto nel rapporto con l'ipnotista.

Shor riconosce che interazioni e interrelazioni possono verificarsi fra le dimensioni, una cioè può aiutare ad aumentare un'altra o al contrario l'aumento dell'una ostacola l'altra. Ad esempio, più la trance è profonda, più alto è il coinvolgimento arcaico. L'ipno-

tista può infatti costruire al soggetto un'immagine parentale che facilita le libere associazioni con le vere figure genitoriali del soggetto. Al contrario, un profondo coinvolgimento arcaico può interferire con quello del ruolo, in quanto il soggetto non interpreta accuratamente le direttive dell'ipnotista.

Implicitamente la teoria di Shor è un tentativo di spiegare la variazione individuale attraverso l'analisi qualitativa della trance. L'ipnotista e le sue istruzioni diventano la sola « realtà » per il soggetto. A secondo della entità di questo fenomeno, si osserva una discontinuità di comportamento. Il coinvolgimento arcaico spiega i cambiamenti emozionali che non sono continui con il comportamento di pre-trance e quello di post-trance, mentre il coinvolgimento del ruolo spiega il genere di cambiamenti che si verificano. Quest'ultima dimensione è più pertinente per spiegare l'apparente automaticità del soggetto. Quanto più è inconscio il coinvolgimento del ruolo tanto più automatiche saranno le risposte. L'ampiezza della risposta ad uno stimolo favorevole può essere considerata conseguenza della combinazione della profondità della trance e del coinvolgimento arcaico, che dipendono dal comportamento osservato. La perdita di memoria ed i comportamenti dissociati dipendono dal grado in cui muta la normale coscienza (profondità della trance), mentre le risposte emotive si comprendono meglio se si considera che dipendono dal grado in cui il soggetto entra in un rapporto di transfert con l'ipnotista (coinvolgimento arcaico). La spiegazione delle differenze individuali è in armonia con i tre concetti di profondità. La teoria di Shor presenta varie difficoltà, in particolare è potenzialmente tautologico il concetto di trance. Shor non ha fornito un mezzo di misura delle varie profondità di trance se non attraverso il verificarsi di comportamenti che si suppone la spieghino. Le speculazioni psicologiche circa la trance però non spiegano molto, a meno che non possano essere ancorate ad eventi osservabili.

17. Hilgard(37) nel 1965, ha presentato una teoria ipnotica dello *sviluppo interattivo* basata su tre ordini di proposizioni : *pro-*

(37) HILGARD E. R., *Hypnotic Susceptibility*, Harcourt Brace & World Inc., New York, 1965.

8. G. GULOTTA, *Ipnosi*.

posizioni inerenti allo sviluppo (proposizioni-D), che trattano le esperienze storiche del soggetto, e che sono tese a spiegare il grado di risposta ipnotica del soggetto; *proposizioni di interazione* (proposizioni-I) che sottolineano i caratteri fondamentali della relazione soggetto-ipnotista, e le caratteristiche interpersonali della rispondenza affettiva; *proposizioni di stato* (proposizioni-S) hanno a che fare con lo stato ipnotico e con le caratteristiche del comportamento ipnotico e che differiscono o non vi sono necessariamente correlate, con l'interazione ipnotista-soggetto o con le esperienze storiche del soggetto. Le proposizioni-S riflettono l'ipotesi di Hilgard intorno all'unicità del comportamento ipnotico.

Egli stesso ammette la natura di tentativo delle sue proposizioni e la possibilità di revisione sulla base di evidenze empiriche nuove. Afferma anche che è una teoria limitata, in quanto le sue proposizioni si occupano solo delle differenze individuali nella prontezza di risposta.

Esaminiamo le *proposizioni inerenti allo sviluppo*. Proposizione D-1. Ogni persona ha la capacità innata di sperimentare una ipnosi profonda. Le esperienze inerenti allo sviluppo (apprendimento) riducono questa capacità. La capacità ipnotica non deve essere imparata, ma piuttosto può non essere persa. Infatti vi sono esperienze che mantengono questa abilità. La prova fondata sulla ereditarietà non è valida per dare supporto a questa affermazione o al suo contrario.

La rispondenza ipnotica è un fatto normale come le altre risposte umane e può essere interrotta in egual modo. Hilgard si riferisce per analogia all'insonnia come una rottura della risposta innata e normale al sonno.

Proposizione D-2. I modelli parentali sono ipotizzati come modelli fondamentali nel mantenere la capacità della esperienza ipnotica. Nella misura in cui i genitori sono capaci di coinvolgere, incoraggiare o tollerare « distorsioni del reale » il bambino imparerà a realizzare la « dissociazione parziale » e ad essere capace di staccarsi temporaneamente dalla realtà. Ciò gli consentirà anche da adulto di esperire l'ipnosi.

Proposizione D-3. Il periodo della mezza infanzia appare essere quello in cui le esperienze di apprendimento hanno il maggiore

impatto sulla successiva rispondenza ipnotica. Da interviste è risultato che esperienze favorevoli alla distorsione della realtà, che si verificano dopo l'inizio della adolescenza, non sono correlate al livello di rispondenza ipnotica, a meno che vi siano state esperienze precedenti nello stesso senso.

Proposizione D-4. Un bambino che ha imparato ad usare la fantasia senza contrastarla sarà anche capace di incorporare nuovi interessi come la lettura e la musica. La soddisfazione derivante da queste nuove esperienze manterrà la sua propensione ad essere ipnotizzato da adulto.

Proposizione D-5. Le influenze e le identificazioni parentali svolgono un ruolo importante nel preservare, estendere o ridurre e distruggere la suscettibilità ipnotica. Questa proposizione accentua ancor di più l'importanza delle esperienze precoci anche nel comportamento ludico e dell'apprendimento attraverso modelli parentali.

Si ritiene che certi tipi di identificazione parentale favoriscano la suscettibilità ipnotica:

1) la somiglianza con il genitore del sesso opposto anche se questi non è sensibile all'ipnosi. Ciò si spiega con il fatto che è culturalmente accettabile identificarsi con gli aspetti ricreativi del « play-ego » del genitore del sesso opposto piuttosto che con gli aspetti più vincolanti dell'« work-ego ». Perciò una identificazione incrociata è di solita compiuta nell'area della funzione che promuove la distorsione della realtà e il rilassamento dei controlli normali sopra le esperienze psicologiche;

2) se i genitori sembrano essere buoni soggetti da ipnotizzare la somiglianza con il genitore dello stesso sesso favorisce la sensibilità all'ipnosi;

3) così consegue che i soggetti altamente ipnotizzabili si identificano con i genitori altamente sensibili nella sfera del « play-ego », piuttosto che in quella del « work-ego ».

Proposizione D-6. La « salute mentale » come criterio comune nella psichiatria non è correlato alla ipnotizzabilità. Hilgard ha ipotizzato che il primo fattore che favorisce la ipnotizzabilità è il modo in cui si è risolto l'adattamento alla difficoltà piuttosto che il giudizio finale circa la salute mentale del soggetto.

Proposizione D-7. Le esperienze individuali di vario genere possono produrre una rispondenza selettiva alla ipnosi. È risultato inoltre che persone che presentano circa lo stesso livello di suscettibilità presentano anche sorprendenti differenze nel genere di comportamenti che tengono durante l'ipnosi. La validità di questa affermazione sta soprattutto nell'associare le esperienze anteatte del soggetto con particolari tipi di item da compiere. Ad esempio le persone che sono facilmente assorbite dalla musica hanno più facilmente delle allucinazioni ipnotiche.

Vediamo ora le *proposizioni interattive*.

Proposizione I-I. Fino a che l'ipnotista è percepito come compiacente, sensibile, disponibile, le altre sue caratteristiche hanno poca rilevanza per la rispondenza iniziale del soggetto all'ipnotista.

Proposizione 1-2. Nelle prime sedute un soggetto suscettibile impara ad entrare in trance molto più prontamente di quanto facesse inizialmente, ma ciò non significa che aumenta anche la profondità.

Proposizione 1-3. Con il ripetersi delle induzioni ipnotiche da parte dello stesso ipnotista si verificano diversi tipi di transfert, le caratteristiche individuali del soggetto e dell'ipnotista fra loro in relazione diventano sempre più importanti.

Proposizione 1-4. La interazione ipnotica cade facilmente in aree prive di conflitti. Se è toccata un'area conflittuale il soggetto oppone allora delle difese che possono interferire con l'ipnosi, difese del tipo di quelle di solito usate in stato di veglia. Hilgard nota che possono verificarsi però anche cambiamenti nei meccanismi difensivi in un soggetto particolare quando è ipnotizzato. L'Autore postula un cambiamento verso una difesa di tipo isterico, come la tendenza ad allontanare il materiale disturbante dalla sfera cosciente.

Proposizione 1-5. Hilgard ipotizza che le diverse esperienze dissociative attivate con l'induzione e le suggestioni ipnotiche sono correlate con specifiche esperienze di sviluppo. Così il fatto che la madre dica al bambino che se gli bacerà la parte dolente il dolore sparirà costituisce un esempio di una prima esperienza che entrando a far parte del background del soggetto lo prepara ad accettare il controllo del dolore attraverso la suggestione. Esperienze

opposte invece possono essere la causa di mancanza di rispondenza nel soggetto.

Proposizione 1-6. Molti sono i canali (paths) che durante la ipnosi l'induzione può attivare; se uno di questi è più forte degli altri o come struttura o come stile della personalità, l'induzione può comunicare attraverso esso e così condurre più facilmente allo stato ipnotico. Questi fattori che mantengono la rispondenza possono essere diversi ma spesso la loro combinazione non aumenta ancora di più la sensibilità del soggetto.

Secondo Hilgard, se ci fossero degli strumenti per misurare accuratamente questi canali, si potrebbero rintracciare differenze nei comportamenti tenuti durante l'ipnosi a seconda dei canali attivati attraverso i quali il soggetto è caduto in ipnosi. Tuttavia potrebbe anche esserci una sovrapposizione a causa del fattore generale osservato nel comportamento ipnotico. L'implicazione interattiva sta nella frase « l'induzione può comunicare con il canale particolare ». Un soggetto può rispondere ad una parte particolare della procedura di induzione, mentre un altro ad un'altra.

Da ultimo Hilgard articola le *proposizioni di stato* (proposizioni S).

Proposizione S-1. La trance è essa stessa un prodotto di suggestione e può essere considerata separatamente dalla sensibilità alle suggestioni date in questo stato.

L'ipnosi non è quindi solo uno stato di ipersuggestionabilità, ma vi è un'altra componente, la trance. Infatti i soggetti riferivano di un sentimento di « entrata in trance », sebbene essi fossero altamente obiettivi nelle loro risposte alle suggestioni. Le persone fortemente suggestionabili non devono farsi ipnotizzare per dimostrare la loro suggestionabilità, tuttavia essi devono ricevere l'induzione ipnotica per sperimentare la trance.

L'induzione è un insieme di suggestioni che provocano la trance, l'ipnotista ricorda sottilmente e ripetutamente al soggetto che tipo di trance egli si aspetta.

Proposizione S-2. Sebbene vi sia un certo aumento della suggestionabilità che segue alla induzione della trance è scarso e insufficiente definirla suscettibilità. Questa proposizione nega una definizione di ipnosi basata solamente sulla risposta al test obiettivo

delle suggestioni. Le scale di suscettibilità sono usate in quanto vi è uno scarso aumento della suggestionabilità che segue all'induzione di trance e anche perché la persona che risponde alle suggestioni in base alla scala è la stessa che risponderà alle suggestioni di trance e riferirà le esperienze soggettive della trance.

Proposizione S-3. L'ipnosi non si può identificare con la suggestionabilità in generale. Hilgard la distingue dagli altri comportamenti anch'essi etichettati come risultato di suggestionabilità. Altri tipi di suggestionabilità, come la credulità rispondono alla suggestione personale e non per questo sono necessariamente predittivi di suggestionabilità ipnotica.

Proposizione S-4. Lo stato ipnotico è caratterizzato da parziali e varie dissociazioni. Questa proposizione spiega come le dissociazioni parziali siano un'importante, anche se non necessario, evento, nell'ipnosi. Hilgard definisce la dissociazione come qualcosa che va al di là del riconoscimento consapevole. Per esempio nella scrittura automatica l'attenzione normale è diretta altrove e non sull'attività che si sta compiendo. L'Autore deduce che la capacità per la dissociazione può essere il risultato di una identificazione scissa con le figure parentali; ad esempio un maschio può identificarsi con il padre come ego-work e con la madre come ego-play perché lo stato ipnotico risveglia più del solito espressioni di identificazione con la madre.

La teoria di Hilgard ha deliberatamente sottolineato l'importanza della conoscenza delle differenze individuali nelle risposte ipnotiche. Le proposizioni D suggeriscono ipotesi circa le precedenti esperienze che possono essere ritenute responsabili della differente suscettibilità ipnotica. In molti casi si è affermato che esse possono essere chiaramente misurate e correlate alle osservazioni empiriche del comportamento ipnotico. Nello stesso modo le proposizioni sono definite in maniera da incoraggiare lo studio empirico e da cercare un test della loro validità. Entrambi i gruppi di queste proposizioni tuttavia hanno qualche rilevanza in rapporto ad altre classi di osservazioni come la discontinuità del comportamento, l'automaticità del comportamento e l'ampiezza delle risposte. Alcune delle proposizioni D e delle proposizioni I suggeriscono variabili che aumentano le possibilità che uno entri nel ruolo

del soggetto ipnotizzato e così presumibilmente che manifesti una discontinuità, automaticità e ampiezza sproporzionata di risposte. Per esempio la proposizione 1-5 suggerisce che specifiche esperienze di sviluppo possono essere attivate dall'induzione ipnotica e la risposta risultante può essere di un'ampiezza inaspettata come la analgesia. Nello stesso senso la proposizione D-7 suggerisce che esperienze precedenti possono portare a particolari risposte che appaiono di una grandezza discontinua e inaspettata. Tuttavia i concetti fondamentali di spiegazione dei tre punti, discontinuità, automaticità e ampiezza, sono fondati sulle proposizioni S. Questi gruppi di proposizioni pongono il comportamento ipnotico distaccato rispetto agli altri comportamenti. Viene postulato che lo stato di trance è presumibilmente una importante caratteristica dell'ipnosi sebbene in piccola proporzione rispetto a tutta la situazione ipnotica.

Le proposizioni S al confronto con le proposizioni I e le proposizioni D non sono facilmente difendibili sul piano della loro chiarezza e controllabilità. Termini vaghi e non chiaramente definiti o misurabili indipendentemente sono presenti nelle proposizioni S come ad esempio il termine trance, dissociazione parziale e consapevolezza. Hilgard ritiene presente la trance in base ai racconti dei soggetti, il che non appare un criterio sufficientemente valido in quanto non verificabile e spesso fuorviante.

18. Lo stesso Hilgard, poi, insieme alla moglie, e singolarmente (38) ha sviluppato una diversa teoria che si può definire *neo-dissociativa* sulla base di alcune osservazioni ricavate da studi sull'anestesia in ipnosi.

Essi, ricordando come il dolore si manifesti sia come dolore sensoriale che come sofferenza, cioè esperienza soggettiva consapevole, hanno constatato strumentalmente che l'anestesia ipnotica toglie la sofferenza ma non elimina il dolore sensoriale. Infatti le risposte fisiologiche dell'ipnotizzato in anestesia sono quelle di un organismo che sta soffrendo. Eppure se al soggetto ipnotizzato si

(38) HILGARD J. R., HILGARD E. R., *Hypnosis in the Relief of Pain*, Kaufmann, Los Altos, 1975; HILGARD E. R., *Divided Consciousness*, *cit.*

chiede se stia soffrendo, questi lo nega. Hilgard ha intervistato ulteriormente gli ipnotizzati attraverso il metodo della scrittura automatica, riscontrando che, nonostante negassero verbalmente la sofferenza, essi scrivevano di soffrire. Hilgard ha proposto la metafora dell'« osservatore nascosto » che corrisponderebbe ad una parte dissociata dell'Io.

A mio parere questo osservatore nascosto altro non è che una parte di cui è formata la personalità, cioè « gli altri dentro di noi ». Noi non solo compiamo delle azioni ma ci osserviamo compierle. Così in condizioni particolari come quelle che stiamo studiando, il soggetto a causa delle circostanze prova sensazioni di dolore ma al tempo stesso viene indotto a non esperirle come tali vivendo simultaneamente questa esperienza contraddittoria.

Questa situazione comunque ha indotto Ernest Hilgard a proporre una teoria neodissociativa dell'ipnosi generalizzando questi studi sulla anestesia. L'esistenza di una risposta aperta e di una risposta coperta al dolore gli suggerisce la presenza nella consapevolezza di sistemi di controllo alternativi. L'ipnosi in questo senso sarebbe in grado di alterare i rapporti tra le gerarchie di questi sistemi di controllo attraverso una scissione della consapevolezza.

La teoria di Hilgard si riferisce sia all'ipnosi come stato, sia all'ipnosi come tratto della personalità, ma essenzialmente è diretta allo studio dei processi causali dell'ipnosi come stato.

19. Orne, che come abbiamo già visto, ha dato un notevole contributo al perfezionamento della tecnica sperimentale — indicando la necessità di utilizzare gruppi di simulatori — come teorico del fenomeno ipnotico rientra nel gruppo così detto *scettico*, ritenendo però, al contrario dei teorici che esaminerò tra poco, che essa rappresenti uno stato di coscienza peculiare (39).

Egli ritiene che la manifestazione principale dello stato di trance sia la *logica della trance*, che consiste nella possibilità, per il soggetto, di accettare delle incongruenze logiche.

(39) ORNE M. T., The Nature of Hypnosis: Artifact and Essence, in SHOR R., ORNE M. T., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart, Winston, 1965, 89 s.

Orne ha dato alcune dimostrazioni interessanti di questo fenomeno. Per esempio ad un soggetto profondamente ipnotizzato viene dato un suggerimento : « Il numero tre non ha più senso, l'idea del tre è un concetto senza significato ». Al soggetto vengono quindi proposti vari quesiti aritmetici, quali « Quanto fa due più uno? ». In base alle sue assunzioni sussidiarie, il soggetto evolve rapidamente una nuova logica aritmetica che non coinvolge il numero tre. Alla domanda « quanto fa due più uno? » risponde « quattro ». Alla domanda « quanto fa sei diviso due » risponde « due » o « quattro » a secondo delle assunzioni sussidiarie (40). Ad una persona alla quale avevo suggerito di dimenticare l'esistenza del numero quattro, ho chiesto : « Quanto fa due più due? » mi ha risposto «tre più Uno».

Le incongruenze logiche che si riscontrano sono solitamente tanto ovvie che è da escludere che il soggetto, se simulasse volontariamente, « cadrebbe » in simili banalità. È per questo che Orne ritiene che l'incongruenza logica di cui parliamo segnali una condizione psicologica particolare. Regredendo un soggetto ad una età in cui non mi conosceva mi diceva : « Non ti conosco eppure sento che ti conosco ».

Orne ha anche enfatizzato molto il controllo sociale che si verifica in ipnosi. All'inizio di una conferenza universitaria, chiese ad uno studente di togliersi la giacca, ad un altro di scambiare la cravatta con il vicino, a un altro ancora di togliersi le scarpe.

Gli studenti eseguivano questi atti senza senso, dimostrando completa compiacenza alla richieste del professore, il quale fece notare loro che, se le stesse richieste fossero state fatte in una situazione diversa (es. in autobus, in un bar, ecc.) non sarebbero state eseguite, mentre se fossero state fatte in una situazione di ipnosi, tutti i presenti non avrebbero mancato di osservare come il soggetto fosse incapace di resistere alla volontà dell'ipnotista che « gli fa fare quello che vuole».

Il comportamento degli studenti aveva invece dimostrato che tali atti potevano essere provocati anche da svegli da una semplice richiesta del conferenziere; questo perché Orne come professore,

(40) cfr. TART C. H., *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma, 1977.

e in più di psicologia, aveva un controllo sociale sugli studenti assai elevato e questi ultimi erano così pronti ad assecondarlo nei suoi esperimenti.

20. I più autorevoli sostenitori *édX approccio scettico* sono Sarbin e Barber. Essi insieme a vari (collaboratori, hanno messo seriamente in dubbio che l'ipnosi rappresenti uno stato di coscienza peculiare.

Sarbin considera lo stato ipnotico come un *role-enactment*, l'investirsi cioè della parte dell'ipnotizzato non distinguendolo dal coinvolgimento emozionale che avviene nella recitazione, tanto è vero che facendo recitare delle pantomime a dei soggetti in condizioni di veglia gli esperti di recitazione diedero una votazione che era congrua con la valutazione che ottenevano con una scala appropriata per valutare la loro ipnotizzabilità : i buoni soggetti ipnotici, cioè erano anche dei buoni attori e viceversa (41).

La role-theory pur non negando che l'esperienza ipnotica possa essere densa di significato e drammatica per il soggetto, non vede la condotta ipnotica come unica ed isolata da altre forme di comportamento sociale e psicologico e come sostenuta da un processo specifico; cerca di conoscerne l'essenza studiando gli eventi antecedenti e concorrenti, associati a differenze individuali con le quali la persona esegue il ruolo ipnotico.

Sarbin e Andersen descrivono sei variabili psicologiche in causa nel gioco del ruolo ipnotico: validità delle aspetti ve del soggetto circa il ruolo; precisione della percezione del ruolo; rilevanti capacità per il ruolo, congruenza tra ruolo e soggetto, sensibilità alle richieste del ruolo, sensibilità al rinforzo fornito dagli spettatori.

Viste dettagliatamente queste variabili sono:

1) aspettative circa il ruolo: riguarda lo sviluppo delle percezioni positive del ruolo, per comportarsi in modo appropriato; 2) precisione nella percezione del ruolo: riguarda l'abilità del sog-

(41) SARBIN T., Contributions to Role Taking Theory: 1) Hypnotic Behavior, in SHOR R., ORNE M., *The Nature of Hypnosis*, cit., 234; SARBIN T., ANDERSEN M., Role Theoretical Analysis of Hypnotic Behavior, in GORDON E., *op. cit.*, 319; SARBIN T., COE K., *Hypnosis, a Social Psychological Analysis of Influence Communication*, Holt, Rinehart, Winston, New York, 1972.

getto a trovare il ruolo appropriato nella situazione specifica. Nella situazione ipnotica l'ipnotista, affermandosi come professionista competente, emette informazioni che il soggetto utilizza almeno in parte per identificare ciò che gli viene richiesto, proprio in quanto soggetto ipnotico; 3) rilevanti capacità per il ruolo: riguardano il grado con cui il soggetto possiede le abilità richieste da un ruolo particolare, la capacità di identificarlo correttamente, di sviluppare aspettative positive, armonizzando l'Io ed il ruolo; 4) congruenza tra ruolo e soggetto: è il grado con cui le caratteristiche del soggetto si armonizzano con il ruolo richiesto. Questa variabile si manifesta specialmente nel periodo preparatorio all'induzione, in cui il soggetto riceve informazioni sull'ipnosi e viene stimolato perché offra una buona prestazione; 5) sensibilità alle richieste del ruolo: riguarda le modalità con cui il comportamento è espresso in termini di regole della società o di costumi sociali. Nella maggior parte delle situazioni sociali ed interpersonali vi sono limitazioni alle modalità di comunicazione e di espressione: tali limiti sono presenti anche nella situazione ipnotica ed aiutano il soggetto a reagire in modo adeguato; 6) sensibilità al rinforzo fornito dagli spettatori: nella situazione ipnotica, il modo od il grado con cui l'ipnotista manifesta la sua approvazione alla prestazione del soggetto può aiutare a continuare nella prestazione positiva.

La sua elaborazione non si limita però a questi fattori; mentre infatti all'inizio Sarbin accettava la formulazione dell'ipnosi come « stato alterato di coscienza », a poco a poco tende a rifiutare questa posizione per la sua implicita tautologia (i soggetti rispondono alle suggestioni perché sono in stato ipnotico, il quale a sua volta è rivelato dalla risposta dei soggetti alle suggestioni) e descrivere piuttosto l'ipnosi come risposta ad « immaginazioni ritenute reali ». Sarbin riconosce tuttavia che durante le situazioni ipnotiche avvengono alterazioni di processi cognitivi ed accetta le testimonianze dei soggetti ipnotizzati sulle loro esperienze come un probabile indice di alterazione soggettiva. Alcune di queste testimonianze mostrano la percezione interiore di un avvenimento contrario alla realtà obiettiva ed espresso con intensa convinzione. Sarbin nota che i soggetti si differenziano nella intensità con cui credono alle loro fantasie e nelle circostanze in cui sperimentano tali fenomeni.

Egli postula un continuum nella convinzione soggettiva correlato alle differenze individuali nella suscettibilità ipnotica. Assumendo le condizioni ipnotiche come « immaginazioni » privilegia le circostanze sociali, situazionali e di aspettativa e le variabili di ruolo come elementi determinanti per la risposta, anzi si definisce un contestualista.

Si considerino le suggestioni di allucinazioni e di credere di essere un bambino piccolo. In tali suggestioni, distinte da quelle di sogno ipnotico, le « caratteristiche » della situazione servono ad enfatizzare la richiesta di una particolare accuratezza da parte del soggetto, difatti spesso l'ipnotista si rivolge al soggetto adulto col tono di chi sta parlando ad un bambino. Nella regressione di età in ipnosi, il soggetto regredito si comporta allora come un bambino per soddisfare l'ipnotista sulla genuinità del suo comportamento. Il soggetto rivive l'esperienza suggerita dall'ipnotista come se fosse reale, ed è la specificità della richiesta che determina per gran parte quanto il soggetto abbellirà, colorerà il suo resoconto.

Per Sarbin la concettualizzazione dell'immaginazione, del ricoprire un ruolo, è legata alla dimensione del « come se ». L'imparare a rinvestire un ruolo, per esempio, dipende dall'abilità con cui il soggetto tratta gli oggetti, gli eventi come se fossero qualcosa d'altro, e la capacità che il soggetto mostra nel tenere e rivestire tale ruolo può essere definita come il grado del suo successo nel manifestare un comportamento «come se».

Si può dire che il comportamento « come se » del soggetto ipnotizzato ha lo stesso fondamento di quello in cui normalmente un soggetto immagina o fantastica un oggetto recentemente visto, e ne riferisce come se quella precedente esperienza stesse accadendo nell'attualità.

Un soggetto ipnotizzato che dice di avere un'immagine mentale di un giardino non sta contemplando una somiglianza del giardino nel senso proprio del termine, ma è paragonabile ad uno spettatore del giardino in modo che si comporta come se lo stesse percependo. Da questo comportamento noi deduciamo il processo di immaginazione.

Secondo Sarbin, dunque l'immaginazione rappresenterebbe una sorta di « come se » certi accadimenti ipotetici veramente acca-

dessero; consisterebbe dunque più in una azione che in un attributo mentale che come tale sarebbe soltanto la reificazione di una metafora. Potrebbe allora spiegarsi perché l'immaginarsi il movimento di un braccio provochi il movimento stesso: la risposta ideomotoria non sarebbe una traduzione in atto della immaginazione in quanto l'immaginazione è già un'azione.

La formula « come se » è condizionale, implica cioè che la condizione è irrealistica e impossibile. L'immaginazione non è il percepire e non si possono identificare. Non è il fatto impossibile per se stesso che è assunto come reale, ma la maniera di considerare il fatto in questione è paragonata alle conseguenze che discendono da esso, e che sono necessariamente legate a questo. Ciò non esclude che vi sia una stretta corrispondenza fra il comportamento di immaginazione e quello di percezione. Tale corrispondenza dipende dalle richieste di accuratezza suggerite dall'ipnotista. Se colui che immagina agisce come se qualcosa sia realmente un avvenimento, deve essere così abile e realistico da convincere della sua pretesa, in modo che colui che lo osserva fallisca nel tentativo di smascherare tale corrispondenza è suggerita, la fantasia sembra particolarmente babilità di confusione aumenta. Così il soggetto ipnotizzato buon immaginatore si comporta come se l'oggetto « allucinato » fosse presente, e se ciò avviene in maniera convincente, il comportamento verso l'oggetto immaginato sarà quello suggerito dall'ipnotista, simile a quello del percepire.

Gli eventi immaginari sotto la direzione implicita o esplicita dell'ipnotista rendono il soggetto capace di reagire alle suggestioni come se fossero letteralmente veri. Le parole dell'ipnotista contenute nella suggestione determinano il modo in cui il soggetto si conforma a queste ultime, che possono variare considerevolmente nelle costrizioni poste al soggetto. Ed è altrettanto vero che le istruzioni dell'ipnotista determinano l'attività immaginifica e fantastica, processi fra loro distinti.

Mentre l'immagine enfatizza la qualità degli oggetti specifici, come suggerito dall'ipnotista, e serve a rievocare l'esperienza percettiva in una maniera più letterale che la fantasia, quando tale irrealità. Se agisce « come se » in maniera poco convinta la proadatta all'ipnotizzato quando con suggestioni gli si «fa credere di»,

cioè quando manca una precisa costrizione nelle esplicite domande dell'ipnotista di conformarsi alla realtà. Entrambe però sono necessarie al soggetto per permettergli di comportarsi come se ciò che l'ipnotista dice fosse vero.

Occorre però non dimenticare che la teoria del rivestire un ruolo non basta da sola a spiegare la fenomenologia ipnotica. Infatti il soggetto ipnotizzato non solo può comportarsi come se le sue immaginazioni fossero reali, ma sperimentarle egli stesso come tali.

Io stesso però ho potuto constatare come i fenomeni che consideriamo riferiti all'ipnosi non si possano imputare solamente all'assunzione di un ruolo dell'ipnotizzato: un giovane scolaro in una situazione non sperimentale, davanti alla madre, senza che questo sapesse che mi occupo di psicologia e che sono un ipnotista, è stato da me ipnotizzato con una tecnica indiretta semplicemente osservando come un suo ultimo insuccesso scolastico poteva dipendere da una certa difficoltà a concentrarsi ed invitandolo, così, a fissare la sua attenzione sul pollice e l'indice della mano destra, facendo notare come si sarebbero pian piano avvicinati... quindi toccati, quindi incollati, ecc. In quell'occasione riuscii a produrre regressione d'età, allucinazioni positive o negative e transidentificazione (col suo professore di religione, ecc).

21. Ma il più rigido assertore dello scetticismo in ipnosi è certamente Barber (42).

La sua posizione non è teorica ma assolutamente operativa tanto che nelle sue opere egli prospetta semplicemente una serie di generalizzazioni empiriche. Il suo approccio, che egli definisce *cognitivo-comportamentale*, è del tipo input — variabili indipendenti e cioè quelle che precedono il risultato che si vuole ottenere e che sono lo stimolo per i risultati da studiare — e output, variabili dipendenti che sono le variabili conseguenti all'attività dello sperimentatore e che rappresentano il comportamento così detto ipnotico. Gli esperimenti di Barber e collaboratori sono diretti ad evidenziare le relazioni funzionali esistenti tra i due tipi di variabili, tenendo conto anche delle variabili intermedie derivate

(42) BARBER T. X., *Ipnosi: un approccio scientifico*, Ubaldini, Roma, 1972.

dagli attributi personali ed interpersonali dell'ipnotista e del soggetto.

Con un impegno concettuale e sperimentale a mio modo di vedere eccezionale questo Autore ha mostrato con centinaia di esperimenti come il concettualizzare uno stato ipnotico come differente dalla veglia sia del tutto inutile.

In effetti secondo questo Autore, con un ragionamento circolare e tautologico, lo stato ipnotico viene oggi dedotto dalla presenza di taluni fenomeni, e la presenza di questi stessi fenomeni viene poi attribuita causalmente alla esistenza di uno stato ipnotico (43).

Giustamente nota Barber che l'esistenza di uno stato ipnotico come stato di coscienza andrebbe provato obiettivamente. Egli ha dimostrato sperimentalmente che i fenomeni che ascriviamo alla trance sono producibili anche senza l'induzione : talvolta anche semplicemente motivando al compito (per es., dicendo ai soggetti che si tratta di mettere alla prova la loro immaginazione, che la maggior parte delle persone riesce ad ottenere degli ottimi risultati e chiedendo grande collaborazione) talvolta, seppure con risultati un po' inferiori, dicendo ai soggetti che sarebbero stati semplicemente sottoposti ad una prova di immaginazione.

Il sostenere, come è stato fatto da parte dei teorici dello stato ipnotico, che in taluni di questi casi si sarebbe scivolati da uno stato di ipnosi vigile, lungi dallo spiegare i risultati li complica, premesso che « ipnosi vigile » è una *contradictio in terminis*. E poi se fosse così, la più parte delle ricerche sperimentali sul comportamen-

(43) Questa situazione mi fa venire in mente quanto scrive GREGORY BATESON, in *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976, 24: « Molière, tanto tempo fa, descrisse un esame orale di laurea, in cui i sapienti dottori chiedono al candidato di esporre la "causa e ragione" per cui l'oppio fa dormire. Il candidato risponde trionfante in latino maccheronico: "Perché esso contiene un principio soporifero (virtus dormitiva)". Emblematicamente, lo scienziato si trova di fronte a un complesso sistema interagente, in questo caso l'interazione avviene tra l'uomo e l'oppio. Egli constata un cambiamento nel sistema: l'uomo s'addormenta. Lo scienziato allora spiega il cambiamento dando a una "causa" fattizia, situata in una delle due componenti del sistema interagente: o l'oppio contiene un principio soporifero reificato, o l'uomo contiene un bisogno reificato di dormire, una sonnolenza, che è "espressa" nella sua reazione all'oppio ».

to umano andrebbe invalidata, visto che nessuno dei ricercatori ha tenuto conto di questa variabile, per esempio, studiando sperimentalmente l'attenzione, l'apprendimento, ecc.

Le teorie dello stato ipnotico possono, allo stato, grazie alla circolarità epistemologica che le contraddistingue, spiegare qualunque possibile risultato sperimentale e pertanto non possono essere né confutate, né provate, non sono dunque falsificabili nel senso di Popper e come tali non sono scientifiche.

Spetta dunque a coloro che insistono nel sostenere che esista uno stato ipnotico distinto dalla veglia e dal sonno di mostrare, indipendentemente dai fenomeni che si assumono essere prodotti da questo stato, come questo stato sia obiettivabile.

Per usare le parole di Barber (45) « Parlando in senso lato, sembra che • un livello elevato di responsività alle suggestioni-test possa essere suscitato da procedimenti chiamati *istruzioni motivanti al compito*, come pure da procedimenti chiamati *induzioni ipnotiche*. Però ciascuno di tali procedimenti è pluridimensionale; ognuno comprende diverse variabili indipendenti. Le istruzioni motivanti al compito comprendono almeno due variabili indipendenti: *a)* Istruzioni a collaborare e a tentare e, *b)* Dichiarazioni che è facile rispondere. I procedimenti d'induzione ipnotica comprendono tipicamente le due variabili incluse nelle istruzioni motivanti al compito, più due altre variabili; *e)* Definizione della situazione come ipnosi; e *d)* Suggestioni di rilassamento e sonno. È stata condotta una serie di esperimenti per accertare l'efficacia di queste quattro variabili nel facilitare la risposta a suggestioni-test. Tali esperimenti, hanno indicato che, presa isolatamente, ciascuna delle quattro variabili facilita il comportamento 'ipnotico'. Tenute costanti o controbilanciate le altre variabili, vennero ottenuti livelli più elevati di risposta a suggestioni-test quando: *a)* venivano impartite istruzioni a collaborare e a tentare, *b)* la risposta alle suggestioni veniva descritta come 'facile' piuttosto che 'difficile', *e)* la situazione veniva definita come 'ipnosi' piuttosto che come 'controllo'. I-

(44) POPPER K., *Logica della ricerca scientifica*, Einaudi, Torino, 1970.

(45) BARBER T. X., *Ipnosi*, cit., 101, 103.

noltre, quando la situazione veniva descritta come 'ipnosi', la reattività era aumentata da *d*) suggestioni di rilassamento e sonno.

I risultati hanno anche indicato che esistono complesse interazioni fra le quattro variabili. I risultati di alcune combinazioni di variabili si sommano: per esempio, la « Definizione della situazione come ipnosi più Dichiarazione che è facile rispondere » producevano dei livelli di suggestibilità più alti che non le due variabili da sole. Altre combinazioni però non davano risultati aggiuntivi. Per esempio; le tre seguenti combinazioni di variabili erano egualmente efficaci nel facilitare la risposta: 1) le variabili a-fb (Istruzioni a collaborare e a tentare più dichiarazioni che è facile rispondere); 2) le variabili c+d (Definizione della situazione come ipnosi più Suggestioni di rilassamento e sonno); 3) le variabili a+b+c+d ».

Barber ha recentemente offerto un nuovo importante contributo che, oltre a confermare la sua opinione di ritenere inutile la concettualizzazione di uno stato specifico per l'ipnosi, indica notevoli prospettive applicabili in senso clinico (46). Sessantasei soggetti furono assegnati a caso ad uno dei tre trattamenti sperimentali, ciascuno relativo a 10 tests standardizzati: 1) induzione ipnotica; 2) il « pensare con » (to think with); 3) gruppo di controllo. Per misurare le risposte ai tests in questo esperimento si è usata la « Scala di immaginazione creativa ». Questa scala standardizzata misura le risposte ai seguenti 10 tests: pesantezza del braccio, levitazione della mano; anestesia del dito, allucinazione di bere acqua, allucinazione olfattiva e gustativa, allucinazione di udire della musica, allucinazione di temperatura, distorsione temporale, regressione d'età, rilassamento mente-corpo.

La Scala di immaginazione creativa si può usare con individui o gruppi, con o senza precedente procedimento di induzione. I tests sono articolati senza schemi fissi e proposti con frasi per guidare i soggetti ad immaginare le cose descritte. Questa scala è stata scelta come strumento di misura in questo esperimento perché le altre

(46) BARBER T. X., WILSON S. C., Hypnosis. Suggestion and Altered States of Consciousness : Experimental Evaluation of the New Cognitive-Behavioral Theory and Traditional Trance-State Theory of « Hypnosis », in EDMONSTON W. (a cura di), *op. cit.*, 34.

scaie sono state create per essere usate dopo un'induzione e sono inappropriate con soggetti di controllo. Seconda ragione per usarla al posto delle altre scaie è che queste includono tests in cui è presente l'aspettativa dei soggetti quando la situazione è stata definita come ipnosi e che perciò non valgono con soggetti « non ipnotici » 0 di controllo. Per es. includono suggestioni o comandi del tipo: «la tua gola e la mascella sono diventate rigide e solide... sono così rigide che non puoi parlare... non puoi dire il tuo nome... prova... prova con più forza; vedi che non riesci». Questo tipo di comando è inaspettato ed incongruo quando la situazione non è definita come ipnosi, cioè quando i soggetti sono in un gruppo di controllo cui è stato mostrato come pensare le suggestioni. Anche se queste suggestioni non violano il patto implicito ipnotista-soggetto in una situazione di ipnosi, violano il patto informale tra sperimentatore e soggetto non ipnotico, perché il patto stabilisce che il paziente partecipa ad un esperimento in cui si aspetta di dover usare la sua abilità immaginativa.

Ai 66 soggetti di una scuola di infermieri (65 donne ed 1 uomo) che seguivano un corso di psichiatria fu chiesto da uno dei ricercatori di partecipare ad un esperimento sull'immaginazione in cui sarebbero stati sottoposti a tests in piccoli gruppi con la scala di immaginazione creativa. Venne dato un compenso di 2 \$ per ogni seduta di 45 minuti. Tutti i 66 soggetti accettarono; nessuno di loro aveva partecipato a precedenti esperimenti.

I soggetti vennero assegnati a caso ad uno dei tre gruppi sperimentali: 1) il «pensare con» cioè secondo le istruzioni in modo immaginativo; 2) gruppo di controllo; 3) induzione, con 22 soggetti per ogni trattamento suddivisi in gruppi da 4 a 7. Subito dopo ogni trattamento veniva amministrata la Scala di immaginazione creativa mediante una registrazione della voce dello sperimentatore. I trattamenti furono svolti così: 1) «Pensare con»: ai 22 soggetti di questo trattamento furono date istruzioni di pensare ai temi suggeriti dando anche una dimostrazione. Lo sperimentatore disse: « Ora vi darò una serie di tests in cui dovrete mettere a fuoco il vostro modo di pensare ed usare la vostra immaginazione creativamente. Potrei per esempio chiedervi di "sentirvi" come se steste guardando un programma alla televisione».. Poi descrisse i tre mo-

di in cui i soggetti potevano rispondere: *a)* potevano dire cose negative a loro stessi, tipo « è ridicolo, non c'è televisione qui » e non sarebbe successo niente; *b)* potevano aspettare passivamente di vedere apparire uno schermo televisivo, e di nuovo non sarebbe successo niente; *e)* potevano far sì che i loro pensieri e la loro immaginazione seguissero la suggestione di richiamare alla mente un programma televisivo che a loro era piaciuto riuscendo così a « vederlo » di nuovo nella loro mente. Poi lo sperimentatore mostrò un secondo esempio di tests: tenere un pendolo con l'estremità di due dita e pensare al movimento del pendolo avanti ed indietro. Lo sperimentatore mostrò come il pendolo si muove quando una persona pensa ed immagina che si muova, poi mostrò che invece non si muove quando una persona pensa che non si possa muovere, o quando aspetta passivamente che il pendolo si muova. Infine disse ai soggetti che a lui sarebbe piaciuto se avessero risposto al meglio della loro abilità. Subito dopo il « Pensare con » fu amministrata la Scala di immaginazione creativa mediante una registrazione della voce dello sperimentatore.

2) Gruppo di controllo: i 22 soggetti furono sottoposti alla Scala di immaginazione creativa dopo che era stato detto loro che in questo esperimento dovevano immaginare le cose suggerite col massimo della loro abilità.

3) Induzione : il procedimento di induzione standardizzato era registrato e della durata di 11 minuti. Aspetti caratteristici : 1) istruzioni motivanti (se fai molta attenzione a ciò che dico e segui ciò che ti racconto puoi facilmente imparare a cadere in trance, quello che ti chiedo è la tua cooperazione ed il tuo interesse); 2) suggestioni di fissazione dell'occhio, di pesantezza e chiusura dell'occhio; 3) suggestioni ripetute di rilassamento muscolare, respiro profondo e regolare, intorpidimento e sonno; 4) suggestione di essere in uno stato di profonda ipnosi in cui si possono avere interessanti esperienze fuori dal comune. Vennero poi valutati come nei due gruppi precedenti sulla Scala di immaginazione creativa.

Scala di immaginazione creativa: i 10 tests della Scala sono:
1) pesantezza del braccio: il braccio sinistro è steso orizzontalmente con il palmo della mano verso l'alto. Fu data la suggestione di immaginare che tre pesanti dizionari fossero posti sulla mano prò-

vocando una sensazione di pesantezza al braccio; 2) levitazione della mano : il braccio destro è orizzontale col palmo della mano verso il basso. Il soggetto deve immaginare che una forte corrente di acqua spinga la mano verso l'alto; 3) anestesia del dito: la mano del soggetto è sul suo grembo, col palmo verso l'alto. Il soggetto deve immaginare che della novocaina sia iniettata vicino al mignolo procurando una sensazione di anestesia; 4) allucinazione di acqua: il soggetto deve immaginare di bere una tazza di fresca acqua di montagna; 5) allucinazione olfattoria e gustatoria: il soggetto deve immaginare di annusare ed assaporare un'arancia; 6) allucinazione di musica: deve ricordare quando ascoltava della bella musica e risperimentare quella sensazione; 7) allucinazione di temperatura: le mani del soggetto sono sul suo grembo coi palmi verso il basso. Il soggetto deve immaginare che *il* sole splende proprio sulla sua mano destra provocando una sensazione di caldo; 8) distorsione temporale: il soggetto deve immaginare che il tempo rallenta; 9) regressione d'età: al soggetto viene suggerito di ricreare le sensazioni di quando era bambino alla scuola elementare; 10) rilassamento mente-corpo: il soggetto deve immaginare di essere sdraiato su una spiaggia sotto il sole e di essere rilassato.

Subito dopo la Scala di immaginazione creativa ai soggetti fu dato un questionario in cui dovevano segnare le loro esperienze personali ed il punteggio che si autoassegnavano, per ognuno dei 10 tests. La Scala andava da « niente affatto lo stesso » (punti 0) a « quasi esattamente lo stesso » (punti 4). Dato che il punteggio per ogni tests era da 0 a 4 sulla Scala variava da 0 a 40.

La teoria cognitivo-comportamentale postulava che il « pensare con » sarebbe stato più efficace della tradizionale induzione per ottenere risposte dai vari tests.

La teoria tradizionale naturalmente postulava che sarebbero stati più rispondenti i soggetti sottoposti ad induzione.

I risultati di questo esperimento indicarono che il « pensare con » era più efficace nell'accrescere la responsività ai tests sulla Scala di immaginazione creativa sia rispetto al livello basale (gruppo di controllo), sia alla tradizionale induzione. Più precisamente tutti i soggetti del gruppo « pensare secondo le istruzioni » otten-

nero punteggi sopra i valori normali, mentre negli altri due gruppi alcuni mostrarono punteggi alti, altri medi, altri bassi.

Un esperimento simile fu compiuto da De Stefano (47) con pazienti che furono valutati in base ai 10 tests della Scala di immaginazione creativa poi, senza interruzione, anche sugli 8 tests della BSS. De Stefano trovò: 1) il pensare con istruzioni produceva un livello significativamente più alto di risposte ai tests sulla Scala di immaginazione creativa che il trattamento di controllo o l'induzione; 2) i soggetti sottoposti ad induzione non mostrarono punteggi più alti del gruppo di controllo. Questi risultati avvalorano la teoria cognitivo-comportamentale contro quella dello stato di trance.

I risultati con la BSS sono: 1) il punteggio di media del gruppo « Pensare con istruzioni » tendeva ad essere più alto del punteggio medio del gruppo di induzione, mentre era significativamente più alto che nel gruppo di controllo. Un altro esperimento eseguito indipendentemente da Katz(48) in un altro laboratorio conferma questi risultati. Ad un gruppo di soggetti vennero date informazioni per correggere convinzioni errate ed aumentare le attitudini favorevoli verso l'ipnosi. Poi lo sperimentatore descrisse ad alta voce i suoi pensieri mentre stava rispondendo a delle autosuggestioni. Per es. : « Immagino che il mio braccio stia diventando sempre più pesante, come una barra d'acciaio, con il gomito pesante ed il braccio metallico. Immagino che per il peso non posso piegare il braccio... più vado avanti più continuo a farmi credere che il mio braccio è pesante, solido e rigido, e io — e te — non possiamo piegarlo... Oh, è ridicolo, io posso piegarlo. Appena decido di smettere di immaginare che il mio braccio è pesante, si piega facilmente ».

I soggetti sottoposti a queste istruzioni erano significativamente più rispondenti ai tests della SHSS form C di altri sottoposti alla tradizionale induzione.

(47) DE STEFANO R., *The « Inoculation » Effect in Think-With Instructions for « Hypnotic-Like » Experiences. Doctoral Dissertation*, Temple University, Philadelphia, 1976.

(48) KATZ N. W., *Comparative Efficacy of Sleep/Trance Instructions and Behavior Modification Procedures in Enhancing Hypnotic Suggestibility. Doctoral Dissertation*, Washington University, St. Louis, Mo., 1975.

Già dagli anni '60 Barber con i suoi esperimenti mostrò che soggetti sottoposti ad istruzioni di un minuto che li esortavano ad immaginare le cose suggerite al massimo della loro abilità (istruzioni motivanti), rispondevano ai tests come soggetti sottoposti ad induzione. Ma le istruzioni motivanti non risultarono superiori alla trance nel produrre alti livelli di risposta ai tests. L'attuale esperimento, insieme con quelli di De Stefano e Katz, sembra mostrare che il « pensare con » è più efficace della trance nel provocare risposte ai tests.

Questi esperimenti indicherebbero che è più efficace dire direttamente ad un soggetto come rispondere — cioè come pensare a — piuttosto che usare un procedimento indiretto come l'induzione tradizionale della trance. I risultati di questi esperimenti hanno importanti implicazioni cliniche. Gli psicoterapisti potrebbero stabilire che è più efficace usare un procedimento diretto che indiretto per stimolare la responsività dei loro pazienti nel dominare il dolore, nella regressione d'età, nel rilassamento mente-corpo, ecc. Dal momento che l'accettazione di una teoria spesso segue un cambiamento nella pratica, la teoria cognitivo-comportamentale potrebbe essere meglio accettata dai clinici che riscontrano nella pratica che il pensare immaginativamente secondo le istruzioni, è più efficace della induzione nello sviluppare la responsività dei pazienti.

Certo rimangono comunque dei dubbi e l'ansia di sapere. Accettando il punto di vista scettico all'estremo, non è molto chiaro perché lo stesso soggetto risponde positivamente a certe istruzioni dell'operatore ed in taluni casi alle vere e proprie suggestioni e non ad altre fattegli dallo stesso operatore nello stesso contesto. Ripeto, i dubbi rimangono: quando Barber dimostra inequivocabilmente che la suggestione in ipnosi di non sentire, per fare soltanto un esempio, non crea una reale sordità e che l'anestesia non provoca una reale assenza di dolore, come, per esempio, quella chimicamente indotta, si potrebbe, forse, spiegare il tutto ritenendo che il soggetto viene stimolato dai suoni o dal dolore pur non avendone la percezione subiettiva cosciente, così come quando distratti, incontriamo un amico molto ben conosciuto, ma per così dire « senza vederlo » proseguiamo nel nostro cammino perché assorti in altri pensieri.

C'è un'altra importante considerazione da fare. I risultati di Barber nel gruppo ipnotico derivano da una induzione che di solito è standardizzata. Ciò perché a fini sperimentali gli consente di mantenere costanti le variabili indipendenti o antecedenti. Ma quando si opera clinicamente la tecnica è altamente sofisticata e spesso completamente ad hoc, il che potrebbe anche far migliorare i risultati che Barber ottiene sul suo gruppo ipnotico rispetto al gruppo non ipnotico (49). Il problema degli stati di coscienza è un fatto che va stabilito soprattutto a livello individuale; infatti è possibile, come è stato rilevato, che ciò che non sia riscontrabile nella media lo sia in alcuni (50).

22. Esaminiamo quanto abbiamo appena detto circa i differenti orientamenti nella comprensione del fenomeno ipnotico alla luce di quello che è la moderna « lettura della storia della scienza » che si contrappone alla « gnoseologia scientifica » di Popper e Lakatos.

Essa considera le teorie e le scoperte scientifiche da un punto di vista sociopsicologico e non razionale: il più famoso rappresentante ne è Thomas Kuhn(51). Da questo punto di vista lo sviluppo scientifico nel tempo non è determinato da un accumularsi progressivo e reversibile di dati o fatti sempre nuovi, ma determinato dal succedersi di *paradigmi* o istanze macro teoretiche autonome, cioè non dipendenti né dalla natura né dalla quantità dei dati o fatti accumulati, ed in una certa misura è anche indipendente dai risultati sperimentali. Ogni paradigma produce una o più teorie che tendono a spiegare i fenomeni, e costituisce così una struttura implicita della comunità di studiosi che vi aderiscono. Queste teorie possono differire le une dalle altre, ma hanno delle assunzioni comuni, lo stesso criterio metodologico e lo stesso quadro di riferimento nel decidere quali questioni siano importanti.

(49) È ovvio però che anche le istruzioni motivanti al compito potrebbero essere di gran lunga migliorate, ed allora il problema si riproporrebbe.

(50) TART C. T., *op. cit.*, 151.

(51) KUHN T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969; cfr. anche FEYRABEND T. e al., *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 1976.

Fatti incompatibili con il paradigma spesso non vengono compresi come controfatti che lo mettono in discussione ma solo come dei rompicapo che inducono la comunità degli scienziati a rivedere il paradigma onde poterlo adattare, con teorie ad hoc, a questi fatti. Ciò costruendo una « cintura protettiva » del paradigma. Quando l'evidenza contrasta con il paradigma un gruppo di scienziati tende, attraverso l'enfaticizzazione di questi controfatti, a mettere in crisi il paradigma, offrendo un paradigma alternativo.

Quando la scienza cosiddetta « normale », cioè il paradigma dominante, entra in crisi, si prepara l'introduzione di un nuovo paradigma.

23. Per quanto riguarda l'ipnosi esiste certamente un *paradigma dominante* che si può rintracciare nelle teorie che abbiamo enunciato secondo le quali lo stato ipnotico sarebbe uno stato di coscienza particolare.

Le assunzioni di questo paradigma sono le seguenti (52):

1) Esiste uno stato di coscienza dell'organismo che è fondamentalmente e qualitativamente differente sia dallo stato di veglia, che dallo stato di sonno, che dallo stato di incoscienza. Questo stato distinto è chiamato « ipnosi », « stato ipnotico », « trance ipnotica » o più semplicemente « trance ».

2) Lo stato ipnotico può occasionalmente prodursi in modo spontaneo, ma normalmente è indotto da un tipo speciale di procedure che sono chiamate induzioni ipnotiche o induzioni della trance. Nonostante le differenze nello stile di induzione le caratteristiche di essa sono rappresentate dal fatto che aiutano il soggetto ad entrare in uno stato speciale.

3) Lo stato ipnotico, la trance, durano per tutto il periodo che è richiesto dall'ipnotista.

4) I soggetti in questo stato rispondono obiettivamente e subiettivamente a suggestioni di anestesia, allucinatorie, cecità, sordità, sogno, ecc.

(52) BARBER T. X., Suggested Hypnotic Behavior: The Trance Paradigm Versus an Alternative Paradigm, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, cit.

5) Come si è già detto alcuni investigatori che aderiscono al paradigma della trance ritengono che i fenomeni suggeriti siano genuini e reali, mentre altri sono più scettici. Per esempio molti investigatori che accettano il paradigma della trance vedono la sordità ipnotica come distinguibile dalla reale sordità e il sogno ipnotico come distinguibile da quello notturno, mentre altri ritengono che non siano distinguibili.

6) Esistono livelli della profondità della trance, vale a dire la trance può essere leggera, media, profonda o molto profonda (sonnambulismo).

7) Aumentando la profondità della trance l'abilità del soggetto di esperire i fenomeni suggeriti aumenta direttamente, per esempio quanto più una persona è profondamente ipnotizzata, tanto più ha una esperienza intensa di regressione di età, allucinazione, ecc,

24. *A questo paradigma se ne contrappone un altro che ha, come si è visto parlando di Sarbin e Barber, differenti assunzioni:*

1) Non è necessario postulare una differenza fondamentale tra lo stato di una persona che sia rispondente alle suggestioni e quella che non lo sia.

2) Ambedue le persone hanno atteggiamenti, motivazioni e aspettative verso ciò che l'ipnotista gli comunica.

3) La persona che è molto rispondente alle suggestioni ha atteggiamenti, motivazioni e aspettative positive verso le istruzioni, cioè si lascia pensare ed immaginare ciò che gli è suggerito.

4) Una persona che non è rispondente alle suggestioni ha atteggiamenti, motivazioni e aspettative che sono negative nei confronti di ciò che gli è comunicato. Questi tre fattori variano in un continuo dal negativo al positivo e possono interagire in modo complesso.

5) Concetti che derivano dalla psicologia anormale come la trance, il sonnambulismo e la dissociazione, confondono e non spiegano pienamente le risposte oggettive né quelle soggettive. La risposta alle suggestioni è un fenomeno psicologico normale che può essere concettualizzato nei termini e nei costrutti della psicologia

normale specialmente della psicologia sociale. Questa concettualizza altri fenomeni di influenza interpersonale come la persuasione e il conformismo, senza addurre che i soggetti siano in uno stato psicologico particolare.

6) I fenomeni che sono associati alle suggestioni sono considerati essere nell'ambito delle potenzialità psichiche.

Il paradigma alternativo mette certamente in crisi il paradigma della « scienza normale » ipnotica. Sperimentalmente infatti, come si è detto, si è mostrato che molti individui sono molto rispondenti sia obiettivamente che subiettivamente alle istruzioni e alle suggestioni anche quando sono posti come gruppo di controllo senza speciali istruzioni o meglio quando hanno delle semplici istruzioni motivanti al compito, senza che ci sia stata una induzione ipnotica.

Come Kuhn ha spiegato magistralmente, questi controfatti di solito non vengono intesi come tali dalla scienza normale che cerca di adattare il paradigma a queste « anomalie ». Così si è sostenuta l'esistenza di una « ipnosi vigile », con un ragionamento ad hoc puramente tautologico e cioè che certi risultati si ottengono perché c'è la trance, e reciprocamente che la trance esiste dal momento che si ottengono certi risultati; quindi se certi fenomeni si verificano « è ovvio » che deve esistere uno stato di trance.

Dal punto di vista del paradigma alternativo il problema non è più di stabilire quali sono i metodi efficaci per indurre una trance ipnotica profonda, o come lo stato ipnotico differisce dallo stato di veglia, ma piuttosto è quello di stabilire quali sono le istruzioni più efficaci nel sollecitare atteggiamenti, motivazioni e aspettative positive nei confronti della situazione suggestiva. Bisogna stabilire in che misura giocano questi tre fattori, quali sono quelli più importanti, come si possono indurre i soggetti a immaginare sempre più vividamente ciò che viene suggerito. Sostenere che le istruzioni motivanti al compito, o comunque le richieste, siano in realtà delle induzioni ipnotiche, come è stato sostenuto, significa snaturare talmente il concetto di induzione di trance ipnotica da fargli perdere ogni significato. Ciò significa d'altronde presentare un argomento distruttivo per il paradigma della trance: dopo che si è sostenuto che

si tratta di uno stato particolare prodotto da talune manovre, si assume poi che può sopraggiungere con una semplice richiesta.

25. Quali sono allo stato attuale delle nostre conoscenze i *punti di contatto tra i due paradigmi?* (53).

Nessun teorico contemporaneo prima di tutto ritiene che esista una equivalenza tra il fenomeno ipnotico e il sonno. In linea generale poi, sia quelli che seguono il paradigma dello stato di coscienza particolare che gli altri, hanno un atteggiamento critico nei confronti dei fenomeni che prima venivano accettati supinamente. Abbiamo visto d'altronde che molti rappresentanti del paradigma dello stato di coscienza, come per esempio Orne, hanno un atteggiamento che rientra nel punto di vista critico. D'altronde anche molti teorici che sono contrari al paradigma dello stato di coscienza sono d'accordo con gli altri che i fenomeni ipnotici costituiscono dei cambiamenti genuini dell'esperienza del soggetto, che non possono essere spiegati nei termini di un comportamento solamente simulato.

La sensazione che se ne ricava è che stiamo parlando attorno ad un'area di ricerca piuttosto che a una teoria esplicativa; la stessa tecnica ipnotica appare più un orientamento che un metodo. Bisogna cercare di superare l'atteggiamento dei ricercatori, che tende ad enfatizzare le differenze dei paradigmi piuttosto che le loro somiglianze. Secondo Barber, indipendentemente dal paradigma a cui fanno riferimento, i ricercatori potrebbero essere d'accordo almeno su questi punti. Il primo è che il soggetto deve collaborare in qualche modo con lo sperimentatore per raggiungere gli scopi della suggestione, il secondo è che la condizione di chi risponde alle suggestioni può considerarsi una specie di slittamento dell'orientamento cognitivo da una prospettiva obiettiva e pragmatica a un coinvolgimento immaginifico che è in relazione con le suggestioni. Il soggetto sembra sperimentare *due processi cognitivi*: da un lato elabora delle immagini che sono congrue con gli scopi delle suggestioni, dall'altro neutralizza le informazioni che sono incompatibili

(53) Per questa parte cfr. HILGARD E., *The Main of Hypnosis*, in *Am. PsychoL*, 1972, e SPANOS N., BARBER T., *Toward a Convergence in Hypnosis Research*, in *Am. PsychoL*, 1974, 500.

con gli scopi della suggestione. Questi due processi cognitivi rappresentano le due facce della stessa medaglia. Per quanto riguarda // *desiderio di cooperare per raggiungere gli scopi della suggestione*, esiste tra i ricercatori di ambedue i paradigmi un accordo di base concernente l'importanza delle motivazioni e degli atteggiamenti del soggetto per determinare la risposta alla suggestione ipnotica. Whithe, abbiamo visto, parlava di « comportamento diretto ad uno scopo in uno stato alterato della persona », Shor parla di profondità del coinvolgimento arcaico che deriverebbe dal bisogno intenso di alcuni soggetti di cooperare e di piacere all'ipnotista. Orne parla di controllo sociale, Sarbin e Coe di congruenza nel ruolo.

Se queste sono le impostazioni teoriche, anche su base empirica i ricercatori sono d'accordo. Per esempio è pacifico che i soggetti che si attendono di rispondere bene alla suggestione ipnotica dimostrano un livello molto alto di rispondenza, mentre quelli che non si aspettano di rispondere bene hanno risultati piuttosto bassi. D'altronde questi studi empirici dimostrano anche che il bisogno di cooperare, l'atteggiamento positivo del soggetto, non è direttamente connesso con alti livelli della suscettibilità, così che questo aspetto taglia in due il paradigma in questione, in modo che si può dire che il desiderio di cooperare costituisce un'importante ma non sufficiente condizione per la risposta cosiddetta ipnotica.

Parlando dell'altro processo, cioè del *coinvolgimento nelle immagini* che siano in relazione alle suggestioni, tutti i teorici appaiono d'accordo sul fatto che fattori extra motivazionali debbono essere postulati in ordine al tentativo di dare conto delle risposte ipnotiche. Questi fattori extra motivazionali sono stati definiti come «trance», «stato alterato di coscienza», «sub sistema regredito dell'Io», «capacità di entrare nel ruolo», «capacità di pensare e immaginare in relazione alle suggestioni », « coinvolgimento immaginativo»... Comunque tutti questi costrutti tendono a dimostrare che bisogna fare riferimento a qualche cosa d'altro, rispetto alla motivazione positiva e alla cooperazione.

I teorici dei differenti paradigmi sono dunque d'accordo nel dire che le suggestioni coinvolgono uno slittamento di riorientamento da una posizione pragmatica che governa la nostra vita quotidiana ad una che coinvolge l'immaginazione.

Per Sarbin(54) il buon soggetto sta attivamente immaginando le cose che gli sono suggerite e questa immaginazione attiva gli preclude la possibilità di focalizzare la sua attenzione simultaneamente su informazioni che sono incongruenti con le suggestioni. Spanos(55) parla di *fantasia diretta verso un fine* che coinvolge la immaginazione di una situazione che se accadesse realmente produrrebbe il comportamento che è richiesto dalla suggestione. Ad esempio nella levitazione del braccio se egli immagina dei palloncini che lo sollevano. I buoni soggetti trasformano i suggerimenti in queste fantasie dirette ad uno scopo, mentre i cattivi soggetti sono incapaci di crearle e di rimanerne coinvolte ma continuamente valutano i fatti che contraddicono la veridicità della suggestione.

D'altronde è provato che le suggestioni che offrono al soggetto la possibilità di una strategia di immaginazione sono più facili da esperire e da porre in essere in quanto comportamento, che le altre.

26. Nel dibattito sulla natura dell'ipnosi si inserisce quello sulla *ipnotizzabilità*. Che cosa significa cioè dire che un soggetto è buono o cattivo? Tra l'altro i risultati sperimentali, salvo rare eccezioni, sono orientati nel senso che l'ipnotizzabilità ha carattere di stabilità, nel senso che la suscettibilità all'ipnosi, di fronte a successive induzioni sulla stessa persona, con diversi ipnotisti e a distanza di tempo, da gli stessi risultati e quindi il cattivo soggetto non può essere trasformato in buon soggetto.

Pochi studi sono stati fatti per valutare la correlazione tra la suscettibilità all'ipnosi e l'età, il sesso o altre caratteristiche personali dei soggetti. Uno dei primi studi sulla suscettibilità ipnotica correlata all'età risale al 1887(56) e già in questo studio Liebault aveva trovato che i bambini sono più ipnotizzabili degli adulti soprattutto nell'arco di età tra i sette ed i quattordici anni. Stukat(57)

(54) SARBIN T., *Imagining as Muted Role-Taking*, in SCHEFFAN P., *The Function and Nature of Imagery*, Academic, New York, 1972, 333.

(55) SPANOS N. P., *Goal-Directed Phantasys and Performance of Hypnotic Test Suggestions*, *Psychiatry*, 1971, 86.

(56) BEAUNIS H., *Le Somnambulisme Provoqué*, Bailière, Paris, 1887.

(57) STUKAT K. G., *Suggestibility: A Factorial and Experimental Analysis*, Almqvist and Wiksell, Stockholm, 1958.

in un esperimento più recente esaminò un campione di 319 bambini a cui sottopose, senza ipnotizzarli, vari tests, alcuni classificati come tests di 'suggestionabilità primaria' (test di barcollamento, l'abbassamento del braccio ed il pendolo di Chevreul), ed altri di 'suggestionabilità secondaria' (per es. rispondere a suggestioni contraddittorie).

Egli trovò una sensibile diminuzione della suscettibilità nei tests di suggestionabilità secondaria nell'età dagli otto ai quattordici anni, ma nessun cambiamento significativo nei tests di suggestionabilità primaria. In uno studio più recente su di un campione di 240 bambini London(58) ha rilevato dei mutamenti collegati all'età, dove il massimo dell'ipnotizzabilità era raggiunto tra i nove ed i quattordici anni con una diminuzione verso i quindici-sedici anni. Un altro esperimento è stato compiuto da Barber e Calverley(59) su un campione di 724 bambini senza usare l'induzione ipnotica ma dicendo al soggetto che sarebbe stato sottoposto ad una prova di capacità di immaginazione. I soggetti dai nove ai dieci anni ottennero il punteggio oggettivo più elevato, dai dieci ai quattordici si verificava una graduale diminuzione con la tendenza alla stabilità dopo i quattordici anni. Il punteggio soggettivo era molto simile a quello oggettivo; i punteggi soggettivi tendevano ad aumentare tra i sei ed i nove anni con un punteggio massimo tra i nove ed i dieci anni, diminuendo gradatamente tra gli undici ed i tredici anni per stabilizzarsi ai livelli di età tra i quattordici ed i ventidue anni. [Fig. 1]. Gli Autori riscontrarono anche differenze tra i bambini e gli adulti nel rispondere ad items specifici. [Fig. 2]. Infatti tra gli otto ed i dieci anni si rivelarono più facili gli items di amnesia selettiva, levitazione del braccio e risposta post-ipnotica; circa l'80% dei soggetti superò l'item di amnesia selettiva contro il 21% dei soggetti dai diciotto anni in poi.

La seconda variabile di solito considerata è il *sex*. Per lungo tempo si è pensato che le donne fossero maggiormente ipnotizzabili degli uomini. Gli studi più recenti hanno però negato l'esistenza di

(58) LONDON P., Developmental Experiments in Hypnosis, in *J. Proj. Tech. Pers. Assess.*, 1965.

(59) BARBER T. X., CALVERLEY D. S., « Hypnotic-like » Suggestibility in Children and Adults, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1963, 66.

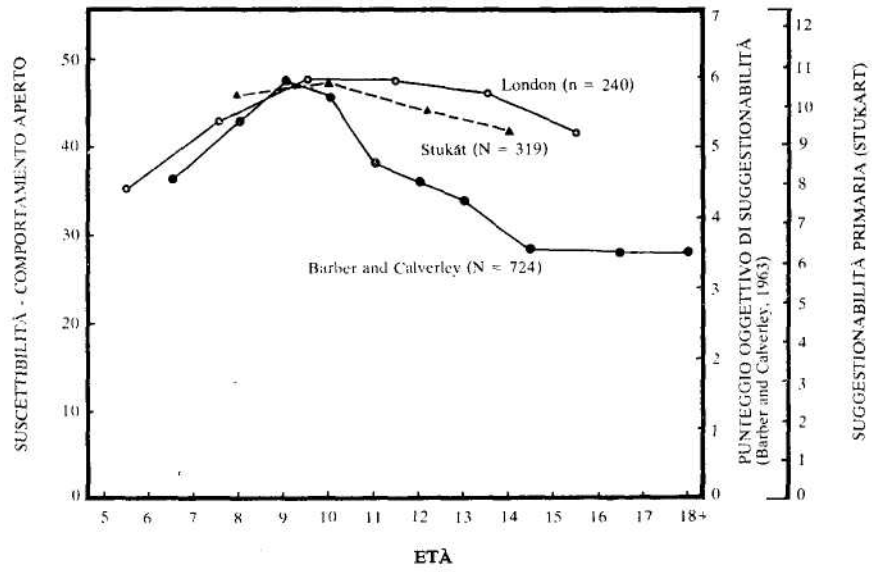


Fig. 1. Mutamenti nella suggestionabilità in base all'età. Esperimenti di London (con induzione dell'ipnosi), Stukart e Barber e Calverley (senza induzione di ipnosi).

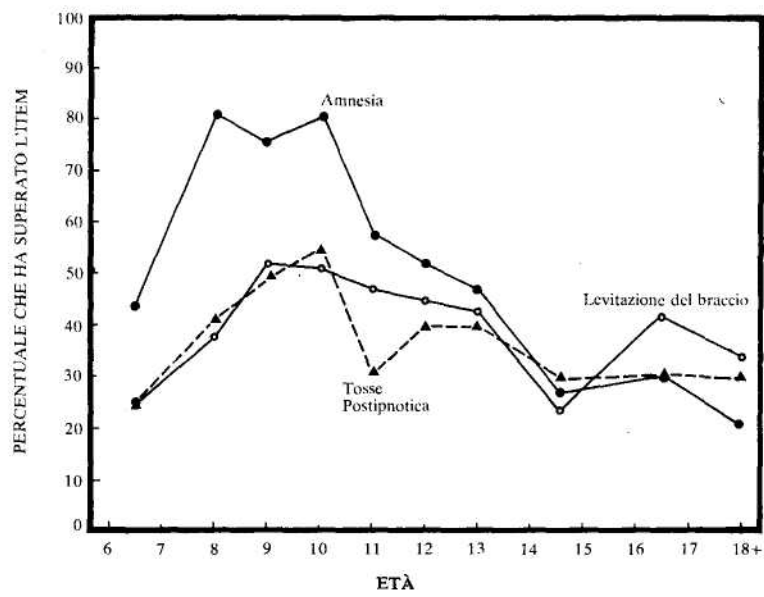


Fig. 2. Differenti risposte ad items specifici nelle diverse età. Dati di Barber e Calverley.

differenze tra i due sessi. In un esperimento di Weitzenhoffer (60) paragonando i risultati ottenuti da un gruppo di 100 uomini ed uno di 100 donne, per metà ipnotizzati da un ipnotista uomo e per l'altra metà da una donna, non si rilevò alcuna differenza tra i due gruppi.

Altra variabile sono i *disturbi mentali*. I soggetti mentalmente deficienti sono sempre stati considerati non ipnotizzabili per la loro scarsa abilità verbale e l'incapacità a concentrarsi. Alcuni Autori (61) hanno esaminato un gruppo di venti bambini mentalmente handicappati di cui dodici risultarono ipnotizzabili. Cinque di quelli che ottennero un alto punteggio ipnotico avevano un'età mentale di sei o più anni, uno aveva un'età mentale di cinque anni. Il livello intellettuale minimo necessario per un'ipnosi soddisfacente sembra corrispondere alla capacità verbale di un bambino di scuola materna o elementare.

Malgrado l'ipnosi sia usata da anni in psicoterapia, non si sa molto sui rapporti tra ipnotizzabilità e *nevrosi*. Per Gill e Brenman (che utilizzarono i risultati ottenuti da Ehrenreich su un campione di 717 pazienti psichiatrici e 180 normali adulti) i soggetti nevrotici sono meno ipnotizzabili degli individui normali, mentre gli isterici sono forse più ipnotizzabili che gli altri nevrotici e gli schizofrenici non sono affatto ipnotizzabili.

Molti studi negano anche che i soggetti *psicotici* siano meno ipnotizzabili dei soggetti normali. Questi studi, riesaminati da Abrams(62), dimostrano che circa il 50% dei soggetti psicotici studiati era ipnotizzabile, indipendentemente dal fatto che fossero classificati come appartenenti al gruppo funzionale o a quello organico, oppure che fossero classificati o no come schizofrenici o paranoici. L'unica prova contraria all'ipnotizzabilità degli schizofrenici deriva da uno studio di Barber, Karacan e Calverley (63) in

(60) WEITZENHOFFER A. M., WEITZENHOFFER G. B., Sex, Transference and Susceptibility to Hypnosis, in *Am. J. din. Hypnosis*, 1958, 15.

(61) STERNLICHT M., WANDERER Z. W., Hypnotic Susceptibility and Mental Deficiency, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1963, 104.

(62) ABRAMS S., The Use of Hypnotic Techniques with Psychotics, in *Am. J. Psychoter.*, 1964, 237.

(63) BARBER T. X., KARACAN I., CALVERLEY D. S., Hypnotizability and Suggestibility in Chronic Schizophrenics, in *Ardi. Gen. Psychiat.*, 1964, 439.

cui trovarono che i soggetti schizofrenici erano poco suscettibili all'ipnosi. Bisogna ricordare però che il campione esaminato era cronico (ospedalizzato da anni) e che gli Autori non forniscono alcuna indicazione sul tipo di rapporto stabilito con i soggetti.

Un gruppo di studiosi ritiene che la suscettibilità all'ipnosi sia un *tratto* caratteristico dell'individuo come il senso dell'umorismo. Secondo invece un altro gruppo la ipnotizzabilità consisterebbe in una *abilità* o *capacità* come per esempio quella atletica.

Uno dei tratti esaminati è stato quello della suggestibilità, cioè la capacità del soggetto di reagire a suggestioni auto-etero imposte. Eysenck e Fourneaux (64) distinguono due tipi di suggestibilità: quella « primaria » caratterizzata dalla tendenza del soggetto a compiere movimenti involontari in conseguenza di suggestioni e misurabile con dei tests, e la suggestibilità « secondaria » che spinge il soggetto a cedere all'influsso di un'altra persona, o della maggioranza del gruppo, conformandosi al loro giudizio. I due Autori considerano l'ipnosi come funzione della suggestibilità primaria.

Altri tratti esaminati sono quelli estroversione-introversione, ma anche in questo caso i risultati non sono sicuri.

Lo studio più esauriente a proposito dei fattori della ipnotizzabilità è quello di Josephine R. Hilgard, in cui la distinzione fra « tratto » e « capacità » appare sfumata (65).

L'Autrice ha studiato per anni impiegando metodi clinico-sperimentali e statistici le correlazioni esistenti tra la suscettibilità ipnotica ed alcuni tipi di esperienze abituali rinvenibili nella biografia dei soggetti studiati. Questi fattori acquisiti possono essere distinti in due gruppi. Ad un primo gruppo appartengono le capacità di particolari coinvolgimenti. Ad un secondo gruppo le particolari caratteristiche psicodinamiche della personalità, sviluppatasi durante la maturazione. Il concetto di coinvolgimento (*involvement*) è quello di « essere preso da una particolare attività o esperienza, partecipandovi con tutto il proprio essere, immergendovisi o lascian-

(64) EYSENCK H. L., FOURNEAUX W. D., Primary and Secondary Suggestibility: An Experimental and Statistical Study, in *J. Exp. Psychol.*, 1945, 485.

(65) HILGARD J. R., *Hypnotic Susceptibility*, Harcourt, New York, 1965, riassunto tratto da Muzi P. G., Suscettibilità e refrattarietà all'ipnosi, in *Minerva Medica*, 1974, 335 ss.

dosene trasportare ». È stato dimostrato che la capacità e le precedenti esperienze di determinati « involvements » sono positivamente correlate con la suscettibilità ipnotica. L'ipotesi interpretativa è che tali « involvements » forniscano un background all'esperienza ipnotica; vale a dire, essi presentano aspetti o caratteristiche qualitative in comune all'esperienza ipnotica e possono quindi, in un certo senso, fungere da via (pathway) all'ipnosi per un « trasferimento positivo dell'apprendimento ».

L'Autrice così differenzia:

- o) « involvement » nella lettura;
- b) « involvement » nell'arte drammatica;
- e) « involvement » nella religione;
- d) « involvement » nel godimento della natura;
- è) « involvement » nella musica;
- l) « involvement » nei processi immaginativi;
- g) « involvement » nell'avventura.

Lo studio degli « involvements » quali « background » della esperienza ipnotica ha condotto la Hilgard a formulare una teoria evolutiva della ipnotizzabilità, detta « della via alternativa » (« alternate path theory »).

Gli « involvements » quali fattori predittivi di suscettibilità non vanno considerati congiuntivamente, ma disgiuntivamente; se per un soggetto la passione per la letteratura fantastica può fungere da via all'ipnosi, per un altro può trattarsi dell'esperienza musicale. Questo spiega l'insuccesso nel trovare correlazioni tra tratti della personalità, secondo i classici tests proiettivi, e ipnotizzabilità.

a) « Involvement » nella lettura. Per alcuni soggetti l'esperienza della lettura fornisce il « background » per le loro esperienze ipnotiche. Alcuni soggetti della Hilgard lo hanno rilevato spontaneamente: «l'ipnosi è come leggere un libro», «leggere un libro può ipnotizzarti ». Statisticamente è stata riscontrata una correlazione positiva tra il grado di « involvement » e la suscettibilità ipnotica. Ai fini della previsione della suscettibilità all'ipnosi, le caratteristiche del lettore « involved » (del lettore che si lascia assorbire nella lettura) secondo la Hilgard sono : egli è fortemente influenzato dal potere delle parole (è importante notare poi che la sti-

molazione dell'immaginazione del lettore è guidata dall'Autore l'esercizio della fantasia è, cioè « stimulus bound » non « impulse bound » come nella fantasia spontanea della persona autistica e chiusa); è recettivo ed aperto; gode intensamente dell'esperienza del momento; è impegnato in vivide immaginazioni a volte con qualità quasi allucinate; sospende i poteri critici. L'Autore letto è temporaneamente la sua guida all'esperienza; egli può riflettere sulle parole dell'Autore ma la riflessione è una temporanea parentesi nel suo «involvement» e troppe parentesi compromettono l'«involvement » stesso; egli può distinguere tra l'esperienza della lettura e la sua normale vita quotidiana. Questa temporanea partenza dal mondo corrisponde abbastanza al concetto di Kris di « regressione a favore dell'Io »..

b) « Involvement » nell'arte drammatica. È stato stabilito che la relativa capacità di « involvement » nella parte recitata è statisticamente correlata alla suscettibilità ipnotica. Anche qui troviamo corrispondenze tra « involvement » nell'arte drammatica e ipnosi: vi è nella recitazione una temporanea sospensione dell'orientamento nella realtà quotidiana, con la creazione di un altro sistema di riferimento esperienziale vissuto come un'altra realtà; l'attore non è passivo ma attivamente recettivo alle richieste del ruolo; il ruolo è creato da parole che hanno un potere simile a quello notato nell'« involvement » nella lettura; l'assorbimento è intenso, l'interesse è concentrato; il tutto è limitato nel tempo.

e) « Involvement » nella religione. La religione può fornire esperienze di profondo « involvement » e di autotrascendenza. La fede, soprattutto nel senso cristiano, è attiva ricettività e responsabilità verso un'autorità più alta. Questo può rendere la persona religiosa ben disposta verso l'ipnotista autoritario che chiede di abbandonare l'esame di realtà e di sottomettersi fiduciosamente al suo potere. L'ipnosi può essere sentita come tentativo di intrusione in una sfera inviolabile perché sacra. Pare tuttavia che un'area libera da conflitti, rappresentata da una religiosità sviluppatasi conformemente all'educazione ricevuta da genitori profondamente credenti possa rappresentare un « background » favorevole all'esperienza ipnotica.

d) « Involvement » nel godimento della natura. L'induzione ipnotica spesso include suggerimenti dell'ipnotista su sensazioni corporee, quali impressioni di torpore o pesantezza o leggerezza. Inoltre esperienze sensoriali e loro distorsioni sono parte integrante della fenomenologia ipnotica (allucinazioni tattili, uditive, visive). È stato osservato che le persone che sono ipnotizzabili hanno spesso un ricco « background » di esperienze sensoriali intensamente vissute con una partecipazione interiore a carattere primitivo ed enfatico.

e) « Involvement » nella musica. Gli appassionati di musica classica e di jazz hanno in comune un intenso assorbimento ed oblio per l'ambiente; ma dall'esame di alcuni casi sembra che l'ipnotizzabilità sia correlata maggiormente con l'« involvement » nella musica classica. Per la Hilgard ciò è attribuibile alla tendenza a rispondere in modo motorio e ritmico dell'ascoltatore di jazz in contrasto con la risposta a scarsa risonanza motoria dell'ascoltatore di musica classica. La stessa autrice ha avuto come collaboratore John Lenox, esperto musicale, musicista e direttore d'orchestra. Egli è anche un soggetto altamente ipnotizzabile ed è pronto a mettere in rapporto l'esperienza ipnotica con l'ascoltare della musica.

f) « Involvement » nei processi immaginativi. Già Binet e Fèrè proposero che la vividità della fantasia potrebbe essere alla base dell'allucinazione ipnotica. Studi statistici volti a stabilire correlazioni tra tests della fantasia e ipnotizzabilità hanno stabilito che soggetti con punteggio alto in questi tests possono essere oppure non essere ipnotizzabili; ma soggetti con punteggio molto basso non sono ipnotizzabili.

Una singolare produzione fantastica è quella del « compagno immaginario » nell'infanzia. Su 391 casi di una popolazione universitaria interrogati dalla Hilgard 66 riferiscono di compagni immaginari nell'infanzia (40 maschi 26 femmine) corrispondenti al 17% (un caso su sei). In sé il reperto di un compagno immaginario non è indicativo di abilità ipnotica, mentre lo studio di dettagli ha fornito relazioni significative. Anzitutto è stata notata un'ipnotizzabilità maggiore tra i soggetti capaci di dare informazioni descrittive circa i loro compagni immaginari. Se si distinguono i compagni immaginari in base al loro ruolo, allora è interessante notare che i

soggetti riferenti un compagno immaginario con funzione di coscienza morale, interpretabile quale fase transizionale dello sviluppo del Super-Io, hanno un punteggio altissimo nella suscettibilità ipnotica. I compagni immaginari con funzioni di compagni di gioco, boy-friends, o spettatori non sembrano avere rapporto con l'ipnotizzabilità.

g) « Involvement » nell'avventura. L'ipnosi comporta la capacità di aprire una parentesi nella realtà della vita consueta, liberandosi momentaneamente delle ordinarie esigenze e della noia. Analogamente alcuni avvertono spinte notevoli verso episodiche liberazioni, attraverso attività avventurose. Se ci si chiede cosa l'ipnosi abbia in comune con l'avventurosità, si può considerare che: l'ipnosi può assicurare sensazioni simili a quelle provate sciando o volando, come d'altra parte può essere vista come un'alternativa alla fantascienza o all'LSD; sia nell'ipnosi che nell'avventura i processi di esame critico della realtà sono sospesi, ed il fascino dell'ignoto esercita una attrattiva irresistibile; sia nell'ipnosi che nell'avventura vi è un'infantile, gioiosa partecipazione all'esperienza del momento con sentimenti di onnipotenza, di libertà da costrizioni, il che sembra corrispondere all'ipotesi dell'emergenza regressiva del « processo primario».

Il problema che si pone a questo proposito è se la ipnotizzabilità sia, e in che misura, modificabile, se cioè, come si accennava, un soggetto poco suscettibile possa divenire molto suscettibile, o comunque migliorare nella sua ipnotizzabilità. Mentre la risposta affermativa sul piano clinico è data per pacifica, i risultati sperimentali non sembrano confermarla (66). I più restii a considerare la ipnotizzabilità come migliorabile, sono coloro che ritengono che consista in un tratto personologico, proprio come non si ritiene si possa insegnare a qualcuno il senso dell'umorismo. D'altra parte gli studi di teorici che abbracciano l'altra prospettiva sostengono, per usare ancora una metafora, che mentre per insegnare a qualcuno a diventare un centometrista, questi certamente deve avere una

(66) Tutto il terzo fascicolo *dell'Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1977 è dedicato a questo argomento. Si veda in particolare lo schema a pagina 135 della rivista sopracitata che riassume gli studi sull'argomento.

attitudine particolare, è anche vero che chiunque può imparare a correre.

Risultati talvolta sbalorditivi per cui un soggetto prima insuscettibile diviene addirittura « sonnambulo » non vengono intesi come una modificazione dell'ipnotizzabilità, ma come la rimozione di ostacoli all'esprimersi della stessa.

Si è riscontrato (67) che raggiunta una fase di « plateau » difficilmente si ottengono miglioramenti significativi nel rendimento dei soggetti. Secondo alcuni autori i differenti giudizi circa la possibilità di migliorare l'ipnotizzabilità derivano semplicemente dal non avere prima considerato il fatto del raggiungimento o meno della fase di « plateau ».

27. Dopo questo esame dei punti di contrasto dei diversi paradigmi non resta che prendere atto delle divergenze teoretiche che si riscontrano nella letteratura circa la natura dell'ipnosi, per cui la « trance » è sonno ma l'ipnotizzato non dorme; è un riflesso condizionato ma si produce anche senza condizionamento; è uno stato di transfert e di regressione ma il transfert e la regressione della psicoterapia analitica non rappresentano una trance, e d'altra parte con il crescere del transfert non cresce l'ipnotizzabilità; è uno stato di ipersuggestibilità alle richieste dell'operatore ma le suggestioni non si producono se il soggetto non è consenziente; è uno stato di concentrazione ma è in rapporto con la dissociazione; è un processo di « role-enactment » ma il ruolo giocato rappresenta una realtà; esiste la trance quando si producono taluni fenomeni, ma questi fenomeni si possono produrre anche senza trance; è un processo psicologico che attiva variazioni neurologiche, ma di queste variazioni neurologiche non si è riusciti ad individuare la natura e la qualità... (68).

Come è stato notato (69) fino a che l'ipnosi era vista come una esperienza religiosa, consisteva in un rituale mistico; quando

(67) SHOR R. E., ORNE M. T., O'CONNEL D. N., Validation and Cross Validation of a Scale of Self-Reported Personal Experiences wich Predicts Hypnotizzability, in *J. Psychol.*, 1962, 55.

(68) HALEY J., *Strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1971.

(69) HALEY J., *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma, 1976.

la teoria psicoanalitica si impose, l'ipnosi fu considerata soprattutto una specie di transfert, oggi, nell'era « scientifica » l'ipnosi è oggetto di accurate indagini e di sospetto circa la sua vera natura, ritenendo taluni che si tratti solo di un fenomeno interpersonale, altri di uno « stato psicologico peculiare », ma queste indagini sono per gran parte irrilevanti per il clinico, dato che l'ipnosi nella ricerca, e l'ipnosi in terapia, rappresentano due differenti ordini di fenomeni. Come modo di impostare un rapporto fruttuoso con persone con problemi, l'ipnosi continuerà ad essere usata anche se le investigazioni di laboratorio trovano che non esiste quella cosa chiamata « ipnosi ». Se l'ipnosi è sopravvissuta ad un periodo religioso, può sopravvivere a un periodo « scientifico ».

È possibile che attualmente, soprattutto nella letteratura americana, le differenti posizioni in materia di stati di coscienza in rapporto all'ipnosi si siano via via radicalizzate. È anche pensabile che la coscienza debba essere intesa come un processo di attivazione che conosce differenti livelli e che queste differenze siano di tipo qualitativo e/o quantitativo (70).

Romero(71) per esempio ha ipotizzato una condizione psicologica consistente in una esclusione dell'Io abituale con risalto assoluto di un'immagine dominante traducesi in azione per diversi fenomeni esperienziali, come ipnosi, yoga, zen, stati mistici, estasi del pensiero, estasi affettive, estetiche, ecc. Egli individua alla base di tutte queste esperienze un dinamismo comune, costituito da una condizione psichica particolare, molto simile, se non identica a quella che rende possibili le manifestazioni parapsicologiche. Si tratta del « sintonizzarsi », del « intonarsi » con immagini mentali (simboli, essenze, progetti) che superano il tempo, lo spazio, la causalità, che cioè per il loro inquadramento richiedono coordinate diverse da quelle consuete per l'universo materiale. L'autore propone di chiamare « Eidosi » quella sintonizzazione e « Eidi » quelle immagini.

(70) Tutto il fascicolo n. 4 dell'7nf. *J. of. Clin. Exp. Hypn.*, 1977 è dedicato allo studio degli stati alterati di coscienza come ipnosi, yoga, mediazione. Si veda anche PELLETIER K., GARFIELD C., *Consciousness East and West*, Harper, New York, 1976.

(71) ROMERO A., Eidosi. Una funzione psichica misconosciuta, in *Rass. Ipn. Med. Psicos.*, voi. 12, n. 32, luglio-dicembre 1976, 875.

Per Romero l'« Eidosi » non è qualcosa di eccezionale ma è una arcaica funzione psicologica normale dell'uomo, affievolitasi durante l'evoluzione e repressa dalla società attuale, ma riattivabile e ri-educabile.

È a mio giudizio poi interessante, come ho già accennato, la ipotesi che la condizione psichica comune in queste differenti esperienze possa essere legata a fenomeni neurofisiologici quali quelli legati alla funzionalità dei due emisferi, che sarebbero alterati da processi in cui l'accento è posto essenzialmente all'interno dell'individuo (training autogeno, autoipnosi...) oppure all'esterno attraverso l'intervento di un altro (ipnotista, guru...).

Si tratta, è chiaro, di una speculazione difficilmente allo stato verificabile e confutabile e pertanto soggetta alle ben note critiche epistemologiche, che manifesta, però, il bisogno attualmente sentito di offrire un supporto sistematico comune a differenti esperienze e fenomeni.

Tart ha proposto un'interessante analogia con il funzionamento del computer (72). « Un computer ha un programma complesso di molti sottoprogrammi. Se lo riprogrammiamo in modo completamente diverso, gli stessi tipi di dati input possono essere elaborati in modi molto diversi; sulla base della nostra conoscenza del vecchio programma non possiamo fare molte previsioni sugli aspetti delle variazioni dell'input, anche se vecchi e nuovi programmi hanno alcuni sottoprogrammi in comune. Il nuovo programma, con le sue interazioni input-output deve essere studiato di e per se stesso ».

D'altronde le diatribe accademiche non possono disconfermare che le forme più accreditate di psicoterapia hanno in comune un debito con l'ipnosi: la terapia del condizionamento di Thorndike poi riadattata da Skinner, che si ispira chiaramente a Pavlov i cui interessi per l'ipnosi sono ben noti; la terapia comportamentistica nella sua forma di inibizione reciproca proposta da Wolpe che partì proprio dalla sua esperienza come ipnotista, la psicoanalisi con tutte

(72) TART C. T., *op. cit.*, 217.

le scuole che ne sono derivate e che è nata, come è noto, dall'esperienza di Freud come ipnotista clinico.

Comunque sia, lo studio dell'ipnosi è il ramo della psicologia che più di ogni altro mostra le potenzialità della mente umana certamente non ancora sfruttate pienamente.

CAPITOLO V

TECNICHE E STRATEGIE DELL'INDUZIONE E DELL'APPROFONDIMENTO DELL'IPNOSI

« Screditare tutto questo in quanto manipolazione è errato come il definire il cibo come manipolato perché è stato cucinato appropriatamente ».

MILTON ERICKSON

SOMMARIO: 1. Introduzione. Limitazione della motilità. — 2. Limitazione degli stimoli esterni. — 2a. Chiusura degli occhi. — 3. Informazioni disinibitorie sulla ipnosi. — 4. Definizione esplicita della situazione come ipnosi. — 4a. Definizione implicita della situazione come ipnosi. — 5. Istruzioni per ottenere il massimo della collaborazione. — 6. Istruzioni di rilassamento, torpore, sonno, ipnosi. — 7. Manipolazione dell'attenzione: concentrazione. — 7a. Manipolazione dell'attenzione: confusione. — 8. Strutturazione verbale dei messaggi. — 8a. Strutturazione non verbale dei messaggi. — 9. Sollecitazione di fantasie dirette allo scopo di far credere nell'immaginato. — 10. Prescrizione di ciò che avverrà naturalmente. — 11. Qualificazione positiva di qualsiasi risposta del soggetto. — 12. Utilizzazione nella procedura di qualsiasi risposta del soggetto. — 13. La ratificazione della trance. — 14. Il contesto clinico. — 14a. Il contesto sperimentale. — 15. L'approfondimento dell'ipnosi. — 16. La deipnotizzazione.

1. Col termine ambiguo di induzione di ipnosi (1) si allude al complesso di manovre comunicazionali che l'ipnotista compie per ottenere dal soggetto delle risposte che solitamente si ascrivono alla trance.

(1) Melica ha giustamente criticato questo termine che si presta a molti fraintendimenti anche derivanti dalla sua origine storica. Si è cominciato ad utilizzarlo infatti quando si riteneva che l'ipnosi fosse una specie di fluido che si trasmetteva da un soggetto ad un altro. Cfr. MELICA V., *Una ipotesi sui dinamismi ipnotici*, Cadmos, Milano, 1974, 75 ss. La metafora però è ormai invalsa nella letteratura: l'importante, al solito, è non reificarla.

Anche se ogni ipnotista ha il suo repertorio strategico preferito, una tipica sequenza può essere la seguente (2) : a) l'ipnotista ed il soggetto, di solito sono entrambi seduti, ma a volte il soggetto è sdraiato; b) l'ipnotista conversa col soggetto in modo da mettere il soggetto a proprio agio e di consentirgli di prepararsi alle manovre seguenti; c) in una situazione sperimentale si discute solitamente dell'esperimento e della rilevanza dell'ipnosi o dei fraintendimenti tipici su essa tra i non iniziati. Il soggetto viene rassicurato circa la semplicità e facilità dell'esperimento e gli si chiede collaborazione. In una situazione clinica si discutono di solito approfonditamente le motivazioni per la seduta; d) in quasi tutte le situazioni sperimentali e in molte di quelle cliniche, l'inizio della induzione ipnotica è stata precedentemente concordata ed è in questo senso che si sviluppa quella che viene chiamata l'ipnosi diretta. In alcune sedute cliniche e sperimentali l'ipnotista può evitare di definire la situazione come ipnotica. Questa tecnica clinicamente è usata soprattutto con persone che facilmente potrebbero essere spaventate dall'annuncio che saranno ipnotizzate o con coloro che intendano resistere all'ipnosi. Sperimentalmente si adotta questa strategia per vedere quali effetti si ottengono con una procedura identica a quella ipnotica ma senza che la situazione sia definita né implicitamente né esplicitamente come « ipnosi ». e) L'induzione di solito comincia con le istruzioni di rilassamento. Queste sono date con molta precisione e sono ricche di dettagli, ma con tono di voce basso e monotono. Al soggetto si dice di concentrare il proprio pensiero su un oggetto particolare mentre ascolta l'ipnotista. Quando queste istruzioni ottengono l'effetto desiderato l'ipnotista vi aggiunge delle suggestioni di torpore e di rilassamento e più avanti di sonno. Incoraggia poi il soggetto ad accettare tale sonnolenza specificando che nonostante che egli dorma sentirà ugualmente la voce dell'ipnotista e risponderà ad essa e che non si sveglierà finché non glielo verrà chiesto. f) Quando il torpore e il rilassamento sono raggiunti l'ipnotista suggerisce al soggetto di esperire delle risposte a specifiche istruzioni che egli gli sottopone. Se ha cominciato

(2) LONDON P., The Induction of Hypnosis, in GORDON J., *Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967, 59 ss.

con la suggestione di fissare qualcosa passa a quella di stanchezza agli occhi, eventualmente specificando che la stanchezza diventerà tale che gli occhi gli si chiuderanno senza bisogno di alcun suo atto volontario, g) Il resto dell'induzione consiste nel somministrare altre istruzioni più difficili, generalmente accompagnate da un discorso continuo sulla profondità del rilassamento e del sonno; talvolta la risposta a taluni tests di comportamento viene legata al rilassamento, per esempio « Ora sentirai la tua mano molto leggera come se vi fossero dei palloncini legati al polso che la sollevano e più si solleva più ti senti rilassato ». h) Il rapporto ipnotico si conclude con una fase di deipnotizzazione con la quale l'ipnotista « risveglia » il soggetto, favorendo il suo riorientamento nella realtà.

La tecnica ipnotica, sia in un contesto clinico, che in quello sperimentale, consiste in variabili antecedenti procedurali e quindi indipendenti, che sono mediate dalle variabili proprie del soggetto e variabili interpersonali con l'ipnotista, rispetto ai risultati che si vogliono ottenere, e che sono rappresentati dalle variabili conseguenti e quindi dipendenti.

Ho cercato qui di seguito di riassumere in uno schema (pag. 155), che commenterò, le variabili che da un punto di vista sperimentale e/o clinico sono apparse rilevanti nella fenomenologia ipnotica. Ciò sia chiaro non significa che tutte sono necessarie, anzi conviene sottolineare come nessuna di esse è in senso assoluto essenziale in quanto, soprattutto nell'ipnosi cosiddetta indiretta, molte di esse sono mascherate o addirittura assenti (3).

La *limitazione della motilità* è una delle prime operazioni della procedura di induzione. Anche se la cosa non mi risulta essere stata sperimentalmente controllata, è di nozione comune la difficoltà di ipnotizzare chi passeggia o comunque sia in movimento. Ciò essenzialmente in connessione con le esigenze di manipolare l'attenzione del soggetto (cfr. punto 7): per questo l'ipnotista chiede solitamente al soggetto di sedersi o di sdraiarsi o qualora, si muovesse subito, prima che la procedura abbia inizio gli chiede di non

(3) Per questo schema, sia pure più limitatamente, cfr. BARBER T. X., DE MOORE V. D., A Theory of Hypnotic Induction Procedures, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1972, 112.

Variabili indipendenti	Variabili personali e interpersonali	Variabili dipendenti
<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitazione della motilità. 2. Limitazione degli stimoli esterni. <ol style="list-style-type: none"> 2a. Chiusura degli occhi. 3. Informazioni disinibitorie sull'ipnosi. 4. Definizione esplicita della situazione come ipnosi. <ol style="list-style-type: none"> 4a. Definizione implicita della situazione come ipnosi. 5. Istruzioni per ottenere il massimo della collaborazione. 6. Istruzioni di rilassamento, torpore, sonno, ipnosi. 7. Manipolazione dell'attenzione: concentrazione. <ol style="list-style-type: none"> 7a. Manipolazione dell'attenzione: confusione. 8. Strutturazione verbale dei messaggi. <ol style="list-style-type: none"> 8a. Strutturazione non verbale dei messaggi. 9. Sollecitazione di fantasie dirette allo scopo di far credere nell'immaginato. 10. Prescrizione di ciò che avverrà naturalmente. 11. Qualificazione positiva di qualsiasi risposta del soggetto. 12. Utilizzazione nella procedura di qualsiasi risposta del soggetto. 13. Il contesto clinico. <ol style="list-style-type: none"> 13a. Il contesto sperimentale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atteggiamenti positivi del soggetto e dell'ipnotista. 2. Motivazioni positive del soggetto e dell'ipnotista. 3. Aspettative positive del soggetto e dell'ipnotista. 4. Capacità di immaginare ciò che se esistente provocherebbe la risposta richiesta. 5. Il rapporto tra l'ipnotista e l'ipnotizzato. 	<p>— Risposta alle suggestioni: amnesia, regressione, analgesia, incapacità di aprire gli occhi, di pronunciare il proprio nome, sogni, distorsione temporale...</p> <p>— Logica della trance.</p>

compiere movimenti inutili. Nulla impedisce però che l'attenzione **del** soggetto possa essere manipolata mentre è in movimento, nei limiti naturalmente in cui ciò sia possibile (cfr. per esempio il punto 12).

2. Per le stesse ragioni l'ipnotista produce una *limitazione degli stimoli esterni* cercando di evitare che il soggetto sia distratto da luci, rumori, suoni o voci estranee agli scopi della sessione: per questo la stanza è di solito chiusa, così la finestra, la luce è di solito tenue e diffusa. C'è come una limitata « sensory deprivation » che l'ipnotista induce onde poter meglio utilizzare contenuti intrapsichici del soggetto come la fantasia e l'immaginazione. Secondo Wickramasekera (4) dal punto di vista psicoanalitico l'aumento di suscettibilità all'ipnosi con l'uso di tecniche di deprivatione sensoriale è da attribuire ad una maggior probabilità di « regressione » in tali condizioni. Sono state suggerite tre interpretazioni di questo fenomeno di evoluzione comportamentale: 1) Una la fa derivare dalla limitazione di stimoli sociali; 2) Per un'altra la limitazione sensoriale attiva il meccanismo dell'ansia e l'insorgere dell'ansia è responsabile degli effetti di regressione; 3) Secondo un terzo punto di vista la maggiore suscettibilità è dovuta all'aumento dell'attenzione. Uno studio pilota ha dimostrato l'ipotesi che una mezz'ora di privazione sensoriale aumenta di per sé l'ipnotizzabilità misurata con la Scala Stanford. Dei soggetti furono assegnati a caso, 8 al gruppo sperimentale, 8 a quello di controllo. I soggetti sperimentali vennero sottoposti tra due induzioni di ipnosi a restrizione visiva ed uditiva, inoltre indossavano 'pesanti guanti di cotone e venne loro ordinato di stare immobili per mezz'ora. Ai soggetti di controllo invece fu detto solo di tornare dopo mezz'ora per una valutazione successiva, senza dare nessuna informazione sugli effetti che ci si aspettava. Dopo questo esperimento fu eseguito un altro studio più ampio ed accurato sul fenomeno. I soggetti della seconda ricerca erano 45 prigionieri bianchi che vennero

(4) WICKRAMASEKERA I. E., On Attempts to Modify Hypnotic Susceptibility : Some Psychophysiological Procedures and Promising Directions, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Academy of Science, New York, 1977, 143.

divisi a caso in tre gruppi di 15. Non c'era alcuna differenza significativa tra i gruppi riguardo all'età, al Q.I., e all'educazione. I soggetti del 1° gruppo furono prevalutati sulla Scala SHSS forma A e gli si disse solo di stare seduti per un'ora ad ascoltare musica e o sfogliare una rivista prima di essere di nuovo valutati sulla SHSS forma B. I soggetti del 11° gruppo furono sottoposti ad un'ora di deprivazione sensoriale esattamente come nel primo esperimento prima di essere valutati sulla Stanford forma B. Ai soggetti del III^o gruppo fu fatto leggere un set di istruzioni « ansiogene » sul pericolo della privazione sensoriale prima di imporre loro la deafferentazione sensitiva come al gruppo 11°. I risultati confermarono quelli del primo esperimento. I soggetti dei gruppi 11° e 111° mostrarono un aumento della ipnotizzabilità che non fu riscontrato nel controllo, pur partendo da un livello di ipnotizzabilità iniziale identico.

2a. *La chiusura degli occhi*, è ottenuta a seguito di una pura e semplice richiesta o attraverso una suggestione diretta ad ottenere questa risposta involontariamente. Essa soddisfa l'esigenza di limitare gli stimoli visivi. Secondo Reyher questa variabile può influenzare notevolmente le risposte dei soggetti (5).

In un suo esperimento le istruzioni date a soggetti con gli occhi chiusi, che richiedevano atti ideomotori dinamici (chinare la testa, abbassare o muovere la mano) erano però notevolmente poco eseguite se paragonati in percentuale a quelle richieste ipnotiche che esigevano atti statici o di inibizione ideomotoria (immobilizzare il braccio, stringere un dito, irrigidire il braccio). Questa diversità fra items dinamici o statici si può spiegare considerando l'importanza di certi stimoli per il soggetto sulla sua valutazione dell'esito dell'esperimento. Quando gli individui con gli occhi chiusi stanno sperimentando un'azione richiesta di tipo dinamico, non possono sapere se hanno « passato » o meno l'esperimento perché hanno solo sensazioni propriocettive, insufficienti per poter valutare delle distanze. Invece un comando di tipo statico fornisce importanti stimoli di controllo propriocettivi.

(5) REYHER J., *Clinical and Experimental Hypnosis: Implications for Theory and Methodology*, in EDMONSTON W., *op. cit.*, 76.

Anche un piccolo movimento infatti indica il fallimento, anche con gli occhi chiusi, della suggestione ipnotica di immobilità. Nella situazione ad occhi aperti, invece, il grado di ambiguità di risposta agli items di movimento è molto ridotto dall'utilizzazione da parte del soggetto di stimoli visivi. Per quanto riguarda i comandi statici invece, la vista non influenza l'esecuzione del comando, per cui non si notano differenze tra le due situazioni a occhi aperti e/o chiusi: infatti un piccolo movimento può essere propriocettivamente importante ma visivamente trascurabile.

La chiusura degli occhi ha però, comunque, la funzione di facilitare l'accesso al vissuto interno del soggetto.

3. L'ipnotista prima di iniziare la vera e propria strategia ipnotica, e dunque prima ancora della chiusura degli occhi, se il soggetto non è assuefatto all'ipnosi e non ha delle conoscenze esatte su ciò che sta per esperire, cerca di superare le disinformazioni e le paure circa l'ipnosi, con delle *informazioni disinibitorie*. Ciò soprattutto allo scopo di incidere positivamente sulle variabili personali del soggetto, quali gli atteggiamenti, le motivazioni e le aspettative, e su quelle interpersonali che si fondano sulla fiducia. Le disinformazioni da affrontare di solito derivano dalle errate convinzioni che l'ipnotizzabile abbia una volontà poco forte o comunque inferiore a quella dell'ipnotista, che l'ipnosi sia un fenomeno paranormale, per cui l'ipnotizzato deve essere un medium, che l'ipnotizzato è completamente in balia dell'ipnotista, ecc.

■ Le paure possono essere quelle di un'aggressione sessuale, di fare cose sconvenienti, di non essere più in grado di svegliarsi, di morire, ecc.

Si è potuto sperimentalmente constatare che attraverso questa *educazione preinduttiva* diretta a rimuovere paure e disinformazioni, la risposta dei soggetti migliorava (6) ciò essenzialmente perché gli atteggiamenti, le motivazioni e le aspettative del soggetto diventavano sempre più positive verso la procedura ipno-

(6) CRONIN D. M., SPANOS M. P., BARBER T. X., Augmentic Hypnotic Suggestibility by Providing Favorable Information About Hypnosis, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1971, 259.

11. G. GULOTTA, *Ipnosi*.

tica che si avvantaggia di un atteggiamento di fiducia verso l'ipnotista.

4. Il punto 3 sottintende che la *definizione della situazione come ipnosi sia esplicita*. Il ruolo positivo di questa variabile è stato controllato con due esperimenti (7) in cui i soggetti venivano distribuiti a caso in due gruppi. Al primo gruppo si diceva che avrebbero partecipato ad un esperimento di ipnosi, all'altro che facevano parte di un gruppo di controllo. Nonostante che in entrambi i gruppi fossero state date le stesse istruzioni, il gruppo in cui la situazione veniva definita come ipnosi in entrambi gli esperimenti mostrò un livello di suggestibilità superiore. Poiché è opinione comune presso i profani che l'ipnosi aumenti la suggestibilità si può concludere che il definire la situazione come ipnosi comporta una specie di *profezia che si autodetermina* nel senso che la suggestibilità aumenta perché ci si aspetta che aumenti. In questo senso può dimostrarsi utile anche se decisamente non necessaria una certa liturgia magica, il lasciar credere che l'ipnotista abbia dei « poteri » particolari, ecc. (8).

4a. La definizione della situazione come ipnotica può anche essere *implicita* o per il contesto (per esempio Istituto di Ipnosi, Scuola di Ipnosi) o per la fama dell'operatore o per la conoscenza che il soggetto ha della procedura; (per esempio quale studente di psicologia o perché già sottoposto alla procedura). Anche in questo caso valgono le considerazioni svolte nel punto 4.

5. Mentre al punto 4 è descritto come la procedura stessa stimoli aspettative positive, con le *istruzioni per ottenere il massimo*

(7) BARBER T. X., CALVERLEY D. S., Empirical Evidence for a Theory of « Hypnotic » Behavior, in *Psychological Record*, 1964, 547 e in *Journal Consulting Psychology*, 1965, 98.

(8) Per il meccanismo della profezia che si autodetermina cfr. ROSENTHAL R., JACOBSON L., *Pigmalione in classe*, Angeli, Milano, 1975, in cui si nota come aspettative favorevoli degli insegnanti favoriscano un rendimento migliore degli allievi. Per gli effetti di questo meccanismo nella psicologia sperimentale si veda ROSENTHAL R., *Experimenter Effects in Behavioral Research*, Irvington, New York, 1976.

della collaborazione si tende a intervenire sugli atteggiamenti e sulle motivazioni del soggetto. L'ipnotista chiede al soggetto di collaborare attivamente, gli dice per esempio che in fondo ogni eteroipnosi è un'autoipnosi, che senza il suo aiuto non potrebbe ottenere alcun risultato, che è facile ottenere le risposte alle istruzioni, ecc. Barber in una serie considerevole di esperimenti (9) ha dimostrato come con istruzioni altamente motivanti al compito si possono ottenere gli stessi risultati che si ottengono con una vera e propria induzione ipnotica. Pertanto questa variabile è da considerarsi "particolarmente rilevante".

6. Nella induzione di ipnosi classica sono sempre presenti delle *istruzioni di rilassamento, torpore, sonno, trance, ipnosi*. L'importanza di questo fattore è stata controllata con tre esperimenti in cui i soggetti venivano a caso distribuiti in due gruppi. Ad entrambi i gruppi si diceva che l'esperimento concerneva l'ipnosi, ma solo ad un gruppo si davano suggestioni di rilassamento, torpore, sonno, mantenendo costanti le altre variabili indipendenti. I soggetti del gruppo a cui era suggerito torpore e sonno risposero in modo statisticamente significativo più positivamente degli altri alle suggestioni, nonostante che per il resto la procedura adottata fosse identica per i due gruppi (10). Anche in questo caso poiché l'immagine convenzionale dell'ipnosi la considera una forma di sonno, questa variabile soddisfacendo delle aspettative, innesca il meccanismo della « profezia che si autodetermina ». Ma non credo che tutto possa ridursi a questo. Taluni ritengono che questa variabile provochi delle inibizioni corticali che favoriscono la suggestibilità. È possibile che la tediosità e monotonia di certe suggestioni provochi la sonnolenza che depauperando contenuti critici dell'attenzione del soggetto favorisce la manipolazione interpersonale.

È alle istruzioni che stiamo esaminando che bisogna far risalire la rigidità mimica, la fissità dello sguardo, la lentezza della parola e dei movimenti. Nonostante che questi comportamenti

(9) BARBER T. X., *Ipnosi, un approccio scientifico, eh.*

(10) BARBER T. X., CALVERLEY T. S., da ultimo cit. e in *J. of Personality*, 1965, 256.

siano considerati tipici del quadro sintomatologico della trance, si è potuto dimostrare che le risposte involontarie alle istruzioni che solitamente ascriviamo all'ipnosi, si ottengono anche se non si danno suggestioni di rilassamento e di torpore, o se una volta raggiunte vengano tolte.

Erickson ottiene il rilassamento del soggetto anche con metodi indiretti, per esempio annoiandolo con sproloqui, tautologie, luoghi comuni e verità lapalissiane.

Due autori (11) hanno notato, con un loro esperimento, come fenomeni che si avvicinano alla trance possano essere evocati anche con tecniche che tendono a produrre uno stato di ipervigilanza (active-alert) con una tecnica di induzione che si potrebbe definire *eccitatoria*.

Nella procedura di induzione active-alert il soggetto era a cavallo di una bicicletta zavorrata con dei pesi. All'inizio il peso era tale che il soggetto non riusciva neanche a pedalare, poi veniva gradualmente ridotto (il peso variava da 1 a 3 kg., la pedalata variava da 1 a 2 rotazioni al secondo). Ai soggetti si chiedeva di incominciare a pedalare e di guardare dritto davanti a sé. La stanza era illuminata normalmente per tutta la durata della seduta.

Mentre il soggetto pedalava lo sperimentatore ripeteva una serie di suggestioni simili a quelle della Scala di Stanford forma B, tranne che le suggestioni di rilassamento e sonnolenza, a cui erano sostituite altre di attenzione, di vigilanza, di curiosità. L'induzione iniziava così : « Sto cercando di aiutarti a diventare il più possibile attento e vigile, ciò ti aiuterà ad entrare gradualmente in uno stato di ipnosi vigile. Siediti sulla bicicletta e pedala. Io voglio che tu pedali deciso e mentre pedali ascolti ciò che ti dico. La tua capacità di entrare in uno stato di ipnosi vigile dipende parzialmente dalla tua volontà di collaborare e parzialmente dalla tua abilità di pedalare con decisione, mentre ti concentri sulle mie parole ». L'induzione finiva con la suggestione : « Tu desidererai essere vigile e attento e sperimenterai ciò che

(11) BANYAI E. I., HILGARD E. R., A comparison of Active-Alert Hypnotic Induction with Traditional Relaxation Induction, in *J. of Abnormal Psychology*, 1976, 218 ss.

10 ho ora descritto». A questo punto al soggetto che continuava a pedalare (con gli occhi aperti) si sottoponevano 8 items di una scala di ipnotizzabilità.

Gli items riguardavano la rigidità del braccio, risposte ideomotorie della mano, allucinazioni, suggestioni post-ipnotiche, amnesia post-ipnotica ecc. Nell'esperimento successivo di controllo, il soggetto fu esaminato dopo che aveva pedalato, senza utilizzare però le suggestioni tipiche dell'induzione active-alert. Prima tuttavia era stato informato che l'attività di pedalare quando accompagnata da suggestioni era un metodo di induzione di ipnosi vigile. Ad ogni sessione seguiva una intervista dettagliata sulle esperienze del soggetto e dopo la seconda sessione veniva sottoposto ad un'intervista per confrontare gli stati sperimentati nelle due forme di induzione e la preferenza o meno per una induzione piuttosto che per l'altra.

Gli esperimenti svolti hanno dimostrato che con l'induzione di active-alert ipnosi si crea uno stato in cui sono presenti tutte le caratteristiche dell'ipnosi, ma non quelle simili al sonno.

Il soggetto sperimenta uno stato particolare di alterazione, ma le capacità di risposta ai tests sono uguali a quelle che si verificano in una ipnosi tradizionale.

La domanda che si pone è fino a che punto possiamo attribuire le caratteristiche di tale stato alla procedura di induzione. Per i due autori, sebbene alcune alterazioni furono riscontrate anche senza induzione, il comportamento risultò essere rafforzato dalla procedura di induzione vigile, in modo simile al rafforzamento prodotto dalla procedura di induzione tradizionale. Ma nonostante che la capacità di produrre suggestioni sia tipica di entrambe le procedure, esistono differenze per quanto riguarda i loro effetti. Un generale rallentamento segue l'induzione tradizionale, mentre un aumento di attività motoria segue l'induzione eccitatoria.

7. La strategia di induzione è essenzialmente rivolta alla manipolazione dell'attenzione. Come si è già detto, lo scopo di ottenere la *concentrazione dell'attenzione*, viene ottenuto di solito attraverso la limitazione della motilità e degli stimoli esterni. Normalmente poi il soggetto viene fatto concentrare richiedendo-

gli che guardi fissamente un punto — che può essere rappresentato dagli occhi o da un dito dell'ipnotista, dalla fiamma di una candela, da una moneta — fino a che gli occhi non gli si affatichino.

È possibile che meccanismi psicofisiologici che presiedono all'attenzione, e la stanchezza che deriva dalla concentrazione abbiano un effetto positivo allo scopo che l'ipnotista si prefigge. Anzi, moderne teorie attribuiscono i fenomeni psichici particolari della ipnosi al fatto che la tecnica induttiva, soprattutto attraverso la manipolazione dell'attenzione, impegna l'emisfero dominante del cervello, nei destrimani quello sinistro, che presiede alle attività razionali e logiche per lasciare spazio a quello non dominante, che presiede alle attività immaginative e fantastiche.

Per Erickson la focalizzazione dell'attenzione su pochi oggetti limitati, che egli può ottenere anche solo con un gesto o con una pantomima, serve a depotenziare l'assetto mentale quotidiano (12).

Talvolta l'attenzione viene manipolata con un comportamento atto a sorprendere (o a confondere come vedremo tra poco). Per esempio si può, stringendo la mano al soggetto, con gesto di saluto, interrompere questo gesto automatico e fissare interessato un punto del suo corpo. Erickson chiede a proposito : « Tra poco avrà una sorpresa » oppure « Quando vuole avere una sorpresa, adesso o più tardi? ».

Per usare la terminologia di Hartmann(13), l'ipnotista, durante l'induzione, canalizzando l'attenzione cosciente dell'ipnotizzato, tende a deautomatizzare apparati precedentemente automatici. L'atto della deautomatizzazione fa sprecare delle energie che prima venivano adoperate per altri usi e principalmente per mantenere la funzione sintetica dell'Io per gran parte automatizzata.

La concentrazione può essere ottenuta, ai fini dell'ipnosi, anche riferendosi a condizioni già conosciute dal soggetto, e che facilitano il processo: ad uno scrittore, un disegnatore, un credente

(12) ERICKSON M. H., ROSSI E. L., ROSSI S. I., *Hypnotic Realities*, Irvington, New York, 1976, (trad. it. *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma, 1979).

(13) HARTMANN H., *Psicologia dell'Io e problemi dell'adattamento*, Borinighieri, Torino, 1966.

può essere richiesto « prima di cominciare » di cercare di rivivere la condizione psichica di quando scrive, disegna o prega, oppure di quando guida l'automobile su una autostrada deserta (la cosiddetta « ipnosi dell'autostrada »).

7a. Ma la manipolazione dell'attenzione non avviene solo attraverso la concentrazione ma anche con la *confusione*, anzi per Erickson ogni buona tecnica contiene un aspetto atto a confondere. Descriverò meglio nel capitolo dedicato alla comunicazione come avvenga che il soggetto venga mistificato e confuso, già qui però è opportuno offrire qualche cenno. Una delle mie tecniche preferite, relativamente semplice da utilizzare, mostra chiaramente il legame tra attenzione e confusione nell'induzione ipnotica. Chiedo al soggetto seduto o sdraiato di contare a mezza voce da cento a uno tenendo gli occhi aperti quando pronuncia i numeri pari e chiusi quando pronuncia i numeri dispari, avvertendolo che se sbaglia o nel conteggio o nella chiusura degli occhi dovrà ricominciare da capo. Contemporaneamente gli dò delle suggestioni di levitazione della mano, di pesantezza delle palpebre ecc... Ottengo così l'attenzione del soggetto che per non sbagliare si concentra sui numeri, sull'apertura e sulla chiusura degli occhi, e la confusione per la difficoltà di correlare la pronuncia dei numeri con l'apertura e la chiusura degli occhi mentre io gli dò delle istruzioni diversive. Così il soggetto si predispone ad una istruzione chiara e semplice cui possa abbarbicarsi. Nel caso di specie, favorito dalla stanchezza che l'operazione gli procura, preconstituisco come unica istruzione chiara la stanchezza degli occhi, l'assonnamento, la voglia di dormire.

Genericamente la tecnica della confusione consiste in una serie di manovre dell'ipnotista dirette a disorientare il soggetto anche per mezzo di una serie di giochi di parole e di lapsus in cui il soggetto non sa più se è la mano destra che è leggera oppure la sinistra, ecc. fino a che nella confusione si « piazza » « la suggestione » che si era preconstituita come più importante (per esempio « dormi! ») in modo così chiaro che consente al soggetto di accettarla come fuga dal disordine, dal disorientamento, dalla confusione. Vediamo un altro esempio di come la tecnica della confusione

possa essere utilizzata per disorientare nel tempo, per esempio ai fini di iniziare quel fenomeno ottenibile per mezzo dell'ipnosi, definito regressione di età e che consente di rivivere esperienze passate : « Per il giorno prima di ieri ieri era il domani, cioè era il futuro, poi ieri è divenuto oggi e dopo è diventato il passato... Il domani molto presto diventerà l'oggi e così anche ieri può diventare oggi e anche prima di ieri... Spesso confondiamo i giorni della settimana, credevamo fosse mercoledì e invece è già giovedì, oppure delle volte scrivendo una data ci sbagliamo di anno e quando l'anno è appena passato siamo portati a pensare che sia ancora l'anno precedente. Oggi pur essendo martedì possiamo pensare che sia mercoledì sbagliandoci, ma siccome oggi è mercoledì e poiché non è importante per la situazione presente che sia mercoledì o lunedì uno può cercare di ricordare vivamente un'esperienza del lunedì della settimana scorsa come se fosse presente... ».

Erickson ottiene l'effetto di depotenziare l'assetto mentale quotidiano creando una specie di stato confusionale sia come si è visto verbalmente (per esempio dicendo durante l'induzione. « Lei crede di essere sveglio?! » con l'implicazione conseguente che probabilmente non lo è) o anche con mezzi non verbali, per esempio mentre stringe la mano per salutare guardando molto fisso dietro la testa del soggetto. Per Erickson tutto ciò crea dubbio e perplessità cosicché la trance rappresenta un utile mezzo di fuga : egli dice : « uno vuole uscire dalla situazione ma non c'è altro luogo che la trance » (14); con questa strategia la realtà esterna viene resa al soggetto sconcertante, il che lo spinge a rifugiarsi in una realtà interna, che consente all'ipnotista di stimolare l'attività immaginifica necessaria per l'ipnosi. Così alla destrutturazione dovuta alla manovra diretta a confondere segue una ristrutturazione di tipo ipnotico. Anzi per Erickson la suggestionabilità non è attivata dall'ipnosi, piuttosto rappresenta « l'accettazione automatica di ciò che ristrutturando il modo accettabile ponga fine alla intollerabile confusione creata dalla induzione ipnotica ». Per esempio durante una dimostrazione ad un soggetto riluttante gli chiese di avvicinarsi e di sedersi su una certa sedia verbalmente ma indicandogliene un'altra con la mano. Poi

(14) ERICKSON M. H. e al., *op. cit.*, 106.

disse : « ed ora appena seduta entrerai in trance » e contemporaneamente gli indicava chiaramente la sedia dove avrebbe dovuto sedersi, associando così la chiarezza comunicazionale alla trance.

Quanto più la tecnica utilizzata è sofisticata tanto più mantiene l'assetto mentale del soggetto in una condizione fluida il che consente di rimodellarlo secondo le proprie esigenze.

8. Per quanto attiene alla *strutturazione verbale dei messaggi* non resta che rinviare al capitolo VI dedicato alle comunicazioni. Qui è opportuno ricordare che l'esperienza clinica e la pratica sperimentale insegnano univocamente la notevole importanza della struttura del discorso dell'ipnotista nella relazione ipnotica.

L'ipnotista tende ad impostare il suo discorso in modo manipolativo formulando spesso delle *direttive indirette* che rendono difficile la difesa. Dicendo « lei può dimenticare di ricordare o ricordare di dimenticare » l'impressione è di una grande libertà di scelta, ma la sostanza è una direttiva implicita di amnesia.

Non si sono ancora però isolati gli elementi del discorso che possono rivelarsi utili : il tutto attende ancora una verifica sperimentale. Quello che oggi sembra accettato è che la comunicazione in ipnosi è tanto più efficace quanto più è in grado di evocare fantasie dirette allo scopo (cfr. 9).

8a. Anche la *strutturazione non verbale* dei messaggi ha grande importanza. In questa categoria rientrano i movimenti del corpo, i gesti, il tono della voce ecc.

In un esperimento si è registrata l'importanza della variabile «tono della voce» (15). A due differenti gruppi di soggetti si somministra la stessa suggestione di un item della scala di suggestionabilità di Barber, ma ad un gruppo la suggestione veniva presentata con voce indifferente, all'altro con voce decisa. Il secondo gruppo rispondeva significativamente in modo più positivo alla suggestione.

È nozione comune che l'ipnotista principiante ottiene risultati meno significativi di chi ha esperienza soprattutto perché la sua indecisione traspare dal tono della sua voce.

(15) BARBER T., *Ipnosi, cit.*, 94.

L'uso della comunicazione non verbale è più vicino all'arte che non alla psicologia. Erickson è in questa materia un gigante incontestato. Qui di seguito trascrivo da un libro su di lui una applicazione della tecnica che egli chiama della «interposizione». Si tratta di una tecnica per così dire conversazionale, in cui — durante un discorso generico, spesso pieno di luoghi comuni, osservazioni lapalissiane e noiose dirette ad annoiare il soggetto — ad intervalli più o meno regolari delle parole vengono pronunciate in un tono diverso, più profondo e più scandito, e hanno la funzione di *segnali di attenzione*, con una funzione prettamente suggestiva.

La trascrivo per sottolineare l'aspetto non verbale, ma è anche molto interessante notare la strategia argomentativa del discorso di Erickson : su questo punto ritornerò nel capitolo a ciò dedicato (16). Il paziente di Erickson si chiamava Joe. Era un fioraio che coltivava personalmente i fiori che vendeva, era stato operato di cancro e avendo subito una tracheotomia, non poteva parlare, ma solo comunicare con foglio e penna. Era presente una forma di intossicazione dovuta ad una eccessiva ingestione di farmaci così che non poteva ingerire analgesici. A Joe dava fastidio persino che si nominasse la parola ipnosi, forse anche perché uno dei suoi figli era specializzato in psichiatria e aveva detto che trattavasi di un pratica assolutamente inutile. Erickson in tono assolutamente colloquiale gli disse (le parole suggestive interposte sono segnate in corsivo) : « Joe mi piacerebbe parlare con te. So che sei un fioraio, che coltivi i fiori e io sono cresciuto in una fattoria nel Wisconsin e anche a me piaceva coltivare i fiori e ancora lo faccio. Mi piacerebbe che tu mentre ti parlo, prendessi posto in quella comoda poltrona. Voglio dirti un mucchio di cose ma non sui fiori perché tu sui fiori ne sai molto più di me. *Non è questo che vuoi.* Ora mentre io parlo e posso farlo *comodamente*, desidero che anche tu mi *ascolti comodamente*, mentre io ti parlo di una pianta di pomodoro. È vero, è un argomento insolito e può suscitare la *curiosità* di una persona. *Che motivo c'è di parlare di una pianta*

(16) HALEY J., *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma, 1976, 273. Cfr. anche ERICKSON M. H., The Interpersonal Hypnotic Technique for Synptom Correction and Pain Control, in *Ani. J. din. Hypn.*, 1966, 798.

di pomodoro? Si pianta un seme di pomodoro nel terreno, *nella speranza* che possa divenire una pianta di pomodoro che *darà soddisfazione* con i suoi frutti. Il seme assorbe l'acqua *senza alcuna difficoltà*, grazie alla pioggia che porta *pace e conforto e la gioia* dei fiori e dei pomodori che crescono. Il piccolo seme, Joe, germoglia lentamente e sviluppa una piccola radice ricoperta di ciglia; tu puoi non sapere la funzione di quelle ciglia, *eppure si tratta di cose che servono* per aiutare il seme di pomodoro a crescere, per farlo spuntare sul terreno come una pianta che germoglia e *tu puoi ascoltarmi Joe*, e mentre io continuerò a parlare, *tu potrai continuare ad ascoltarmi e a chiederti, proprio a chiederti cosa puoi in realtà imparare*, e qui ci sono la tua matita e la tua agenda, ma tornando alla pianta di pomodoro essa cresce molto lentamente : *tu non puoi vederla crescere, non puoi sentirla crescere*, *eppure cresce* — i primi abbozzi di foglia sul gambo, i piccoli delicati peli sullo stelo; quei peli si trovano anche sulle foglie come le ciglia sulle radici; essi hanno la funzione di *far sentire benessere e comodità* alla pianta di pomodoro, se si può parlare di sensazioni nel caso di una pianta e anche se tu *non puoi vederla crescere, non puoi sentirla crescere*, pure sul piccolo gambo del pomodoro appare un'altra foglia e poi ancora un'altra. Può darsi — ed è quello che dicono i bambini, — può darsi che la pianta di pomodoro mentre cresce si senta *tranquilla e serena*. Ogni giorno cresce, cresce e cresce : *è così confortevole Joe* guardare una pianta che cresce e *non vedere* che cresce, *non sentire* che cresce, ma sapere solo che *tutto sta andando meglio*, per quella piccola pianta di pomodoro di cui sta crescendo ancora un'altra foglia, ancora un'altra e poi un ramo che sta *crescendo comodamente* in tutte le direzioni ».

Erickson racconta come a questo punto il paziente entrò in trance mentre lui ripeteva le espressioni qui riportate con insistenza, con parole semplici parlando sempre attorno a questo tema. Il soggetto in questi casi estrapola le frasi pronunciate con tono differente, anche perché evidentemente dirette alla sua esperienza, e ne assorbe la potenzialità suggestiva.

9. Soprattutto attraverso la comunicazione verbale l'ipnotista per ottenere più facilmente e rapidamente i risultati voluti deve

sollecitare l'immaginazione e la fantasia del soggetto dirigendole allo scopo di « credere nell'immaginato ».

In un esperimento Spanos (17) dopo aver proceduto a numerose suggestioni di rilassamento, sonno e ipnosi suggeriva varie condotte involontarie tra cui per esempio la levitazione della mano, una delle tecniche di induzione e di approfondimento dell'ipnosi : « la tua mano si solleva da sola, si solleva, è sempre più leggera... ». Ai soggetti veniva richiesto successivamente di descrivere che cosa passasse loro in mente mentre l'ipnotista dava le suggestioni. Salvo poche eccezioni i soggetti che avevano sollevato involontariamente il braccio rispondevano di avere immaginato una situazione che, se reale, (per esempio dei palloncini colorati attaccati al polso) avrebbe fatto sollevare il braccio. È questa quella che si chiama « fantasia diretta ad uno scopo ».

In un altro esperimento, dopo la procedura appena descritta si chiedeva ai soggetti di compilare un questionario per definire se avevano sentito che la loro mano si era alzata « involontariamente », « parzialmente involontariamente », o « volontariamente ». Considerando solo i soggetti che avevano risposto alla suggestione alzando il braccio e la mano, tutti quelli che avevano immaginato una situazione che, se esistente avrebbe fatto alzare loro la mano e il braccio, rispondevano che lo avevano alzato volontariamente, degli altri solo il 40% rispondeva in questo senso.

Nell'ambito di questo esperimento si è confermato ciò che la pratica clinica ci aveva insegnato: se l'ipnotista suggerisce una motivazione onde ottenere la risposta richiesta, che non è per il soggetto accettabile, l'individuo per ottenere la risposta richiesta deve correggerla mentalmente. È per questo che nella pratica clinica è estremamente utile presentare delle istruzioni per così dire « aperte » nel senso che coprono qualsiasi classe di risposte. Per esempio piuttosto che la suggestione che « la mano si solleverà involontariamente », io preferisco proporre questo tipo di istruzione: « Ora lei si concentri sulle sue braccia e sulle sue mani, noterà che il suo braccio destro, o il sinistro, o potrebbe essere una delle due mani, o

(17) SPANOS N. P., Goal Directed Phantasy and Performance in Hypnotic Test Suggestion, in *Psychiatry*, 1971, 86.

soltanto uno delle dieci dita, avranno dei movimenti automatici. Ciò è perfettamente naturale quando ci si concentra. D'altronde capita per esempio quando stiamo telefonando o leggendo di tamburellare involontariamente le dita. L'importante è semplicemente che lei prenda atto di quanto sta avvenendo. La cosa veramente importante non è che la mano diventi più leggera e si sollevi o che lei la senta più pesante, quanto la sua abilità di avvertire qualsiasi sensazione lei provi e di immaginare una ragione plausibile che faccia alzare la mano ».

Ecco una strategia di Erickson che copre tutta la classe delle possibili risposte : « ed ora fra pochi minuti quando il suo inconscio sarà pronto si potrà verificare un vuoto, una confusione nel suo campo visivo... E come si sviluppa questa confusione?... Vi sarà nebbia o ombra?... E quando le ombre cominceranno a delinearsi sarà in forma definita?... I suoi occhi saranno aperti o chiusi?... Sarà interessante scoprire se sarà confuso, annerito, con un senso di oscurità. O le cose saranno insolitamente brillanti, precise, chiare quando aprirà gli occhi? Vi sarà un'alterazione del colore dell'ambiente? Ci sarà qualche cosa insolitamente chiara ed altre cose non saranno addirittura percepite?... » Quando una delle possibili risposte previste si verifica, per esempio si chiudono gli occhi, si insiste allora con suggestioni nel senso riscontrato : « adesso i suoi occhi si fanno pesanti » (18). Questo genere di approccio prepara alle strategie di cui ai punti successivi 10, 11, 12 e proprio per la sua strutturazione impedisce le resistenze del soggetto, lasciando a questi la possibilità di rispondere secondo quella che nella terapia comportamentistica viene chiamata « la gerarchia di risposte » del paziente.

In linea di massima comunque è molto importante sottolineare che i fenomeni ipnotici sono più facilmente evocabili attraverso la sollecitazione di attività immaginifica che attraverso suggestioni. Una cosa è dire per esempio, « immagini che il suo braccio diventa più leggero » e una cosa è dire « il suo braccio diventa più leggero ». La seconda proposizione, essendo di tipo suggestivo può spingere il soggetto ad assumere una posizione antagonista proprio per la « stranezza » della richiesta e dell'eventuale risposta; invece la ri-

ti 8) ERICKSON M. H., e al., *op. cit.*, 79.

chiesta di immagine, rientrando nell'esperienza quotidiana di chiunque, è più facilmente accettata.

10. Una strategia molto comune nella tecnica ipnotica è la *prescrizione di ciò che avverrà naturalmente*. In questo modo l'ipnotista si assicura l'opinione del soggetto che ciò che accade è causato dallo stato ipnotico. Per esempio fa fissare a lungo un oggetto producendo stanchezza agli occhi : se contemporaneamente dice « i tuoi occhi diventeranno stanchi » il soggetto è indotto a credere che è lo stato ipnotico che li fa chiudere piuttosto che la fatica derivante dalla fissazione. L'ipnotista in tale modo fa sentire il soggetto suggestionato e quindi lo rende suggestionabile.

Così si può chiedere al soggetto di iperventilarsi per qualche minuto, il che, a causa della conseguente diminuzione della anidride carbonica nel sangue, provoca delle parestesie, torpore alle labbra e vertigini che se suggerite durante la iperventilazione possono essere contrabbandate come effetto dell'ipnosi. Così accade anche per l'ipnosi indotta con mezzi farmacologici : gli effetti, soprattutto narcotici, del farmaco vengono suggeriti in modo che il soggetto ritenga che siano da imputarsi alla manovra ipnotica. Vi sono poi delle *risposte* che vengono chiamate *ideomotorie* che sono assolutamente naturali, per cui anche se il meccanismo è poco chiaro, certamente il fatto che immaginiamo un certo movimento, per esempio di un dito, può provocare un movimento che esperiamo come involontario.

Se ad un soggetto per esempio viene dato un pendolo da tenere sospeso su un tavolo (il cosiddetto pendolo di Chevreul) col gomito appoggiato al tavolo stesso e gli si chiede semplicemente di immaginare due rette, una in direzione nord-sud, e l'altra est-ovest, il pendolo si muove nella direzione immaginata. Se poi si associa il nord-sud alla risposta « sì » e l'oscillazione est-ovest alla risposta « no » esattamente con il cenno del capo e si pongono poi delle domande al soggetto che pensa la risposta affermativa o negativa, il pendolo indipendentemente dalla volontà del soggetto si muove in connessione con la risposta pensata (19). Qui non si può parlare di

(19) È a causa di questo fenomeno che le mani di coloro che ci credono

suggestione, né di condizionamento, anche perché l'operatore non suggerisce di muovere il pendolo, ma al massimo, solo di immaginare che si muova, non si può parlare di ipnosi perché nessuna procedura viene fatta in questo senso, non si può parlare di manipolazione, né di desiderio di compiacere l'operatore in quanto, come si è detto, si può ottenere questa risposta anche semplicemente chiedendo di immaginare quelle linee sul tavolo senza far capire che ci si aspetta che il pendolo si muova in quella direzione. Questo vale anche per la levitazione della mano, una delle tecniche di induzione più usate, che si può ottenere senza alcuna manovra ipnotica precedente. Spesso all'enunciazione vera e propria delle istruzioni bisogna aggiungere degli artifici particolari che favoriscono la risposta ideomotoria cioè perché mettono in moto il meccanismo della profezia che si autodetermina, di cui ho già parlato, influenzando l'aspettativa del soggetto.

Una certa serie di questi artifici è utile con soggetti particolarmente scettici o curiosi che hanno bisogno di risultati tangibili per proseguire. Con i più ingenui si può adottare il sistema di metterli sull'attenti appoggiando fermamente le proprie mani sopra le loro e poi chiedere di spingerle verso l'esterno, mentre si pone la forza contraria; dopo circa tre minuti si lascia la presa e si chiede loro di lasciare le braccia rilassate, contemporaneamente suggerendo loro la levitazione delle stesse; tutto questo succede non per suggestione ma per una risposta muscolare e nervosa assolutamente naturale.

Se durante l'induzione con levitazione della mano si vede che non si solleva, ci si appoggia su di essa con la propria facendo pressione verso il basso, allentando poi pian piano la pressione fino a toglierla facendo in modo che il soggetto abbia la sensazione di una spinta verso l'alto della propria mano che favorisce la levitazione della stessa.

fanno muovere il tavolino; l'aspettativa di movimento crea il movimento, cosicché i partecipanti possono in tutta coscienza giurare che non sono loro a muoverlo, e che quindi è uno « spirito » che lo fa muovere, anche se nessun altro all'infuori di loro muove il tavolino. Per i fenomeni ideomotori ed i loro rapporti con la immaginazione fondamentale è il lavoro di ARNOLD M., *On the Mechanism of Suggestion and Hypnosis*, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1946, 41.

Talvolta basta chiedere al soggetto seduto, con la mano appoggiata sulla coscia, di respirare profondamente e ritmicamente: ciò dà la sensazione che la mano si sollevi ed essa può essere rinforzata con apposite suggestioni.

Altre volte si chiede al soggetto di guardare la propria mano posta davanti al proprio volto a circa trenta centimetri. Con questa posizione le dita si allargano pressoché naturalmente: glielo si suggerisce e nel frattempo gli si chiede di respirare profondamente. In queste condizioni la mano si avvicina naturalmente al suo volto: gli si danno altre suggestioni che tendono a provocare questo avvicinamento.

Altri soggetti si possono istruire perché tendano in avanti il braccio, dopo qualche momento li si avverte che lo sentiranno più pesante, quindi scenderà verso le gambe, il che accade evidentemente per una stanchezza della tensione muscolare dato che la legge di gravità gioca a vantaggio dell'ipnotista. Nella tecnica del barcollamento si fanno chiudere gli occhi al soggetto e si osserva da quale parte egli tende naturalmente a barcollare, così gli si suggerisce che egli sta cadendo proprio da quella parte.

Può essere interessante a questo punto riferire della tecnica della « stanza magica ». Essa è descritta da Orne (20) come mezzo adottabile con i prigionieri per ipnotizzarli e successivamente interrogarli senza e contro la loro volontà. Consiste nel manipolare l'ambiente dove si trova il prigioniero da ipnotizzare in modo che egli creda che quanto avviene sia prodotto dagli effetti dell'ipnosi. Per esempio gli si dice che la sua sigaretta diventerà amara quando, senza che lui ne sia al corrente, si è introdotto nelle sigarette del suo pacchetto una sostanza amara; così mentre l'ipnotista davanti a lui fuma le stesse sigarette come se nulla fosse, suggerisce all'ipnotizzando che la sigaretta ha un sapore sempre più amaro, il che innesca il meccanismo della profezia che si autodetermina. Questa tecnica si può adattare anche suggerendo « che il soggetto sentirà odori particolari » (che vengono immessi realmente nella stanza), o

(20) ORNE M. T., *The Potential Use of Hypnosis in Interrogation*, in BINERMAN A., ZIMMER H., *The Manipulation of Human Behavior*, Wiley, New York, 1961.

che una finestra assumerà una colorazione rossa, che sentirà più freddo, il che avviene per mezzo di accorgimenti tecnici di cui il prigioniero, come si è detto, non è consapevole.

11. *La qualificazione positiva di qualsiasi risposta del soggetto* fa parte della strategia che tende a mantenere l'ipnotista in una posizione di controllo dell'ipnotizzato. Questa manovra è tanto più semplice quanto più le istruzioni sono formulate in modo aperto e comprendono ogni possibile classe di risposte.

La qualificazione positiva rientra nel quadro della « prescrizione del sintomo ». Per ottenere un cambiamento di solito è inutile chiedere di cambiare al paziente, visto che da solo ci ha tentato più volte e senza risultato; è più facile rendere inautentico ogni suo sintomo, nel nostro caso ogni condotta che potrebbe rappresentare una resistenza, prescrivendogliela (2). È chiaro infatti che non si può prescrivere ciò che prima si è criticato (22). Sperimentalmente si è provato come semplici rinforzi verbali come «bravo», «ottimo», «ben fatto», facilitino la trance(23) indipendentemente dalle concrete risposte del soggetto.

12. È soprattutto Erickson che ha mostrato l'importanza della *utilizzazione nella procedura di qualsiasi risposta del soggetto*. Questa tecnica è ideale per vincere le resistenze arrivando anche ad incoraggiarle, ossia rovescia il sistema comunemente usato di chiedere al soggetto una accettazione e collaborazione iniziale per queste tecniche; è l'operatore che accetta di collaborare inizialmente col soggetto. Erickson usa l'analogia di « un uomo che vuole cambiare il corso di un fiume : se lo contrasta o tende a fermarlo il fiume potrà facilmente superare o aggirare l'ostacolo, ma se l'uomo ne

(21) Per questo approccio cfr. WATZLAWICK P., BEHAVIN L., JACKSON C., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971; cfr. anche GULOTTA G., *Commedie e drammi nel matrimonio*, Feltrinelli, Milano, 1976.

(22) SELVINI PALAZZOLI M., e al., *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano, 1975, 64.

(23) BULARD P. D., The Role of Verbal Reinforcement in Hypnosis, in *J. of General Psychology*, 1973, 41.

12. G. GULOTTÀ, *Ipnosi*.

accetta la forza e la devia in una nuova direzione, la corrente del fiume finirà per scavarsi un nuovo letto » (24).

Erickson accetta ciò che il paziente gli offre, lo definisce positivamente e ci aggiunge quel tanto che basta a direzionare il comportamento del soggetto nel senso da lui voluto. A un soggetto che resisteva alla deipnotizzazione diceva : « Molto bene, resti pure ipnotizzato e non vada al gabinetto fino a che io non la sveglierò ». E attirò l'attenzione del soggetto sui proprii bisogni fisiologici, cosicché questi preferì uscire in fretta dalla trance piuttosto che trovarsi in una situazione imbarazzante.

Haley, che ha studiato approfonditamente la tecnica di Erickson, ha ben esemplificato la tecnica di utilizzazione di quest'ultimo. Una volta « un paziente andò da lui per una terapia ipnotica e non appena entrò nel suo studio incominciò a camminare avanti e indietro. Disse che non riusciva a star seduto e che non poteva fare a meno di andare su e giù e che per questo motivo molti psichiatri avevano interrotto il trattamento accusandolo di non collaborare. Mentre, sempre andando su e giù, si affannava a ripetere questa spiegazione Erickson gli chiese : « È disposto a collaborare con me continuando a camminare su e giù come sta facendo? ». L'uomo rispose : « Se son disposto? Perdìo, devo farlo se voglio rimanere qui! ». Erickson gli chiese allora se poteva partecipare al suo andare avanti e indietro, direzionandolo. Il paziente acconsentì ed Erickson gli indicò di andare verso destra, poi di tornare indietro, poi di andare verso sinistra e così via. Dopo un po' Erickson incominciò ad esitare nell'indicare la direzione. Il paziente incominciò a fermarsi e aspettare. A questo punto Erickson fece sedere il paziente su una sedia dove continuò l'induzione ipnotica.

Due sono le fasi più importanti in questa tecnica : nella prima Erickson chiede al soggetto di continuare a fare ciò che sta facendo per resistergli, ma di farlo sotto la sua guida; poi comincia a trasformare il comportamento del paziente in una attività collaborativa fino al momento in cui il paziente segue direttamente le sue istruzioni.

(24) HALEY J., *Terapie non comuni*, cit., 21.

Così per fare un altro esempio, se un soggetto chiede se può fumare si qualifica positivamente il fatto che vuole fumare durante l'induzione, (punto 11) dicendogli che ciò favorirà il rilassamento e il ritmo della respirazione, e poi si struttura l'induzione al ritmo delle aspirazioni del fumo.

13. I punti 10, 11 e 12 nel complesso rappresentano quella attività peculiare dell'ipnotista derivante dal porsi « nella stessa lunghezza d'onda » dell'ipnotizzato, all'unisono con lui. Erickson talvolta prende lo stesso tono di voce, lo stesso ritmo, lo stesso vocabolario, le stesse posizioni del corpo del soggetto e così gli dice « ritorna » mostrando consapevolezza dell'esperienza che il soggetto sta provando. Si crea così un vero e proprio circuito di retroazione che Erickson chiama *ratificare la trance* in cui ciò che il paziente esperisce viene da Erickson decodificato e a lui rinviato come suggestione aggiungendosi quel tanto in più che si vuole ottenere da lui. Per esempio notando queste variazioni nel soggetto gli si può dire: «Il suo respiro è cambiato, così la sua posizione del corpo; è cambiato anche il suo battito cardiaco e allo stesso modo... » (e qui si aggiunge ciò che si vuole ottenere).

È importante notare che mentre normalmente la ratificazione dell'ipnotista avviene in relazione a comportamenti osservabili, per esempio: «mentre lei è seduto comodamente... », altre volte avviene a situazioni non osservabili. In questi casi l'ipnotista dovrà essere estremamente abile nel decifrare attraverso il comportamento non verbale e comunque extra linguistico del soggetto, la sua condizione soggettiva (25).

Va tenuto presente comunque che il soggetto ha soprattutto una via preferenziale di esperienze, che può essere di tipo visivo, uditivo, cinestetico, più raramente olfattivo.

L'ipnotista scaltro da una serie di indizi deduce quale strada scegliere per la induzione, suggerendo delle istruzioni che siano in linea con l'esperienza dell'altro. Per esempio se il soggetto usa l'in-

(25) Per questo nel capitolo che è dedicato alle comunicazioni mi tratterò a lungo sui messaggi non verbali che si riferiscono ad emozioni che possono essere attribuite all'ipnotizzato.

tercalare « veda » o « ascolti », è possibile che il suo *sistema rappresentazionale* sia di tipo visivo nel primo caso e uditivo nel secondo (26).

Anche per individuare il « sistema rappresentazionale » è stata suggerita l'osservazione dei movimenti degli occhi che sarebbe differente nei vari sistemi. Per esempio per la persona destrimana gli occhi si muovono in alto e verso sinistra per le immagini eidetiche (di che colore sono gli occhi di sua moglie?) e nella immaginazione costruttiva (riesce a immaginare un asino giallo?), in posizione sfuocata durante i sogni ad occhi aperti e la fantasia pura e semplice, in basso verso sinistra per vissuti auditivi (riesce a sentire nella sua mente la sua musica preferita?), occhi in basso e verso destra nei vissuti cinestetici (si sente calmo sulla sedia?). In generale si è notato che quando i destrimani rispondono a una domanda di tipo analitico, per esempio aritmetico, rivolgono gli occhi verso destra quando pensano alla risposta, mostrando che stanno impegnando il loro emisfero sinistro; se la domanda invece coinvolge l'immaginazione, allora il soggetto tende a muovere i suoi occhi verso sinistra indicando che è l'emisfero destro che è stato attivato (27). Inoltre soggetti non selezionati, richiesti di rispondere ad un gruppo misto di problemi, dimostravano di possedere una certa « preferenza » nel divergere in una data direzione gli occhi, in presenza di uno stesso tipo di problema. Questa « preferenza » sembra rappresentare un attributo personale ed essere correlata al livello di ipnotizzabilità: infatti soggetti destrimani, che hanno manifestato, in questo test, una « preferenza emisferica destra » si sono rivelati più ipnotizzabili rispetto ad un gruppo di controllo (28).

Ogni ipnotista è attento al tipo di esperienza che può più facilmente risvegliare nel soggetto (ma di solito la individuazione è per tentativi ed errori, il che può pregiudicare l'induzione e la profon-

(26) Cfr. GRINDER J., LORIER J., BANDER R., *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, Meta, Cupertino, voi. II, 1977, 34.

(27) BAKAN P., Hypnotizability, Laterality of Eye Movements, and Functional Brain Assymetry, in *Perceptual and Motor Skills*, 1969, 927.

(28) GUR R. E., GUR C., Handedness, Sex and Eydnenss as Moderating Variables in the Relationship Between Hypnotic Susceptibility and Functional Brain Assymetry, in *J. of Abn. Psychol.*, 191A, 635.

dita della trance). Per esempio dicendo al soggetto visivo « Lei vedrà con gli occhi della mente una foresta di alberi » e a quello uditivo « Udirà lo stormire delle fronde in una foresta di alberi ».

L'individuazione del sistema di rappresentazione è importante perché dopo avere ottenuto che il soggetto constati e controlli che l'esperienza che gli è stata suggerita si è verificata, è possibile che questa esperienza si sviluppi verso un sistema rappresentazionale diverso facendo per esempio vivere al paziente visivo esperienze uditive, cinestetiche e olfattive.

Ciò perché è evidente che ciascuno di noi ha esperienza di tutte queste dimensioni, ma solo talune di esse sono vissute consapevolmente. L'ipnotista con una tecnica adeguata può allargare la consapevolezza del soggetto verso una gamma più vasta e consapevole di esperienze, trascinandolo verso il suo mondo interno e favorendo fantasie dirette ad uno scopo; anzi secondo alcuni autori il cambiamento del « sistema rappresentazionale » costituisce già un mutamento nello stato di coscienza. Si pensi per esempio a come suggerendo di essere in un ascensore o davanti a un televisore e ponendo un braccio del soggetto in posizione catalettica, cioè sospeso nell'aria, trattenendolo inizialmente con la propria mano, si possono suggerire un complesso di sensazioni uditive, visive e cinestetiche, in aggiunta a quella che si è « spontaneamente verificata ».

Spesso la « resistenza » del soggetto altro non dipende che dal fatto che l'ipnotista ha sbagliato sistema rappresentazionale ed ha usato, per esempio con un soggetto di forti capacità immaginative (un sognatore ad occhi aperti), una tecnica di tipo cinestetico come quella della levitazione della mano.

Vediamo questo magnifico esempio di Erickson in cui si passa da un sistema rappresentazionale all'altro, accettando ciò che il paziente offre (29).

Dunque : « questo paziente entrò nello studio molto energicamente e dichiarò subito che non sapeva se poteva essere ipnotizzato. Era disposto a entrare in ipnosi se appena fosse possibile, purché l'autore affrontasse la questione a un livello intellettuale anziché mi-

(29) ERICKSON M. H., Altre tecniche di induzione. Tecniche di utilizzazione, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie della ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978, 60.

stico, rituale. Dichiarò che per molte ragioni aveva bisogno di una psicoterapia e che aveva provato per lungo tempo e senza alcun vantaggio varie scuole di psicoterapia. In varie occasioni era stata tentata un'ipnosi, ma tutti i tentativi erano miseramente falliti a causa del 'misticismo' e « di una scarsa valutazione dell'approccio intellettuale ».

Un'indagine rivelò che per approccio 'intelligente' non intendeva una suggestione di idee, ma che invece gli fossero poste delle domande circa i suoi pensieri e le sue convinzioni in rapporto alla realtà. Dichiarò che l'autore doveva riconoscere che egli era seduto su di una sedia, che la sedia si trovava di fronte a un tavolo e che questi costituivano fatti assoluti della realtà, e che come tali, non potevano essere trascurati, dimenticati, negati o ignorati. Per chiarire ancor meglio, egli indicò di essere ovviamente teso, ansioso e preoccupato per i tremori dovuti alla tensione delle sue mani appoggiate sui braccioli della sedia; spiegò inoltre che si distraeva molto facilmente per la sua tendenza a notare ogni cosa attorno a lui.

L'autore colse immediatamente quest'ultimo commento come base per iniziare la collaborazione col paziente, e quindi gli disse: « Continui a parlarmi delle sue idee e dei suoi pensieri, solo mi permetta di tanto in tanto qualche interruzione *per essere sicuro di capirla completamente e di seguirla*. Lei, per esempio, ha menzionato la sedia, ma è ovvio che ha visto il mio tavolo e che è stato distratto dagli oggetti che vi si trovano sopra. Mi spieghi bene ».

Rispose verbosamente, con un'abbondanza di commenti più o meno pertinenti su tutto ciò che cadeva sotto i suoi occhi. A ogni minima pausa l'autore si intrometteva con una " parola o con una frase per dirigere di nuovo la sua attenzione. Le interruzioni, compiute con frequenza sempre maggiore, furono le seguenti : « E quel fermacarte; lo schedario; il suo piede sul tappeto; la luce sul soffitto; le tende; la sua mano destra sul bracciolo della sedia; i quadri sulla parete, la messa a fuoco dei suoi occhi che cambia mentre si guarda attorno; l'interesse per il titolo del libro; la tensione che c'è nelle sue spalle; la sensazione che le viene dalla posizione sulla sedia; i rumori e i pensieri che disturbano; il peso delle mani e dei piedi; il peso dei problemi; il peso del tavolo; la vaschetta degli oggetti di cancelleria; le schede di molti pazienti; i fenomeni della vita, della

malattia, dell'emozione, del comportamento fisico e mentale; il senso di riposo del rilassamento; la necessità di badare ai propri bisogni; il bisogno di prestare attenzione alla propria tensione mentre guarda il tavolo, o il fermacarte o lo schedario; la sensazione di comodità che viene dal distaccarsi da ciò che lo circonda; il crescere della fatica e della sensazione di fatica; il carattere immutato del tavolo; la monotonia dello schedario; il bisogno di concedersi un riposo; il senso di comodità nel chiudere gli occhi; la sensazione rilassante di un respiro profondo; il piacere di imparare in maniera passiva; la capacità dell'inconscio di un apprendimento intellettuale ». Vennero fatte varie altre simili brevi interruzioni, dapprima una ogni tanto, poi con sempre maggiore frequenza.

Tali interruzioni furono inizialmente soltanto complementari del corso dei pensieri e delle espressioni del paziente, e dapprima tendevano semplicemente a stimolarlo a continuare. Una volta ottenuta questa risposta, diventò possibile utilizzare la sua accettazione della stimolazione del suo comportamento mediante un procedimento basato su pause ed esitazioni usate per riempire un'interruzione. Questo servì a instaurare in lui un'attesa e una dipendenza da una stimolazione ulteriore e più completa da parte dell'autore.

Continuando il procedimento l'attenzione del paziente, in maniera graduale e impercettibile, venne progressivamente diretta verso oggetti di esperienza interna soggettiva. Allora divenne possibile usare quasi direttamente una semplice tecnica di rilassamento progressivo per l'induzione dell'ipnosi e ottenere una trance fra leggera e media ».

Le altre induzioni di trance nel corso della terapia furono sostanzialmente simili alla prima, anche se il procedimento poté essere progressivamente abbreviato.

Altre volte, sempre allo scopo di ratificare situazioni non osservabili, e quindi difficilmente conoscibili, la strategia argomentativa può essere organizzata in modo talmente ambiguo, da non potere essere scorretta : « Mentre lei si rende conto che sta provando una qualche sensazione » ... « Lei è curioso di sapere cosa succederà adesso ».

14. Il *contesto* connota la relazione tra il soggetto che compie manovre dirette ad indurre la trance e quello che la deve esperire.

Esso può definirsi sia topograficamente, perché si è in un ospedale, in una clinica o in uno studio privato di psicoterapia, o bolo per il fatto che il soggetto sa di essere a colloquio con una persona che è un ipnotista.

In quello *clinico* è chiaro che le aspettative e le motivazioni del paziente sono dirette alla guarigione, ma cariche delle resistenze al cambiamento che tendono a mantenere lo status quo proprio perché il sintomo appare rappresentare una utilità per l'organismo dell'individuo malato, che la sceglie come « minore dei mali ».

14a. Il *contesto sperimentale*, studiato particolarmente da Orne e da Barber, può giocare un ruolo diverso a seconda che il soggetto sappia o non sappia che si tratta di un esperimento ipnotico.

Il meccanismo della profezia che si autodetermina al quale mi sono così spesso richiamato gioca evidentemente un ruolo diverso nei due casi. Orne riferendosi, in generale, alle contaminazioni che lo sperimentatore può anche involontariamente compiere sulla condotta dello sperimentato fa riferimento alla *richiesta caratteristica* dell'esperimento, cioè all'aspettativa dell'esperimentatore che quasi sempre è involontariamente trasmessa o comunque percepita dal soggetto che vi si adegua per compiacergli. È molto importante notare che il contesto, che qualifica le comunicazioni, spiega la possibilità di utilizzare come mezzi di induzione della trance tecniche indirette e puramente conversazionali. Si pensi alla tecnica della interposizione : è chiaro che raggiunge l'effetto voluto soprattutto perché il soggetto sa di parlare con un ipnotista.

15. Le tecniche fin qui descritte sono adatte sia all'induzione che air'*approfondimento della trance*, che rappresenta in pratica il coinvolgimento sempre maggiore del soggetto nel rapporto interpersonale guidato dall'ipnotista. Vedremo nel capitolo dedicato alle fenomenologie della trance, quale sia il significato di questa « profondità ».

Vediamo ora più da vicino quali strategie ad hoc vengono adottate per aumentare questo coinvolgimento.

Erickson e Weitzenhoffer giustamente sottolineano che nella ipnosi bisogna distinguere la fase dell'induzione del cosiddetto stato ipnotico da quella della utilizzazione di questo stato (30).

Ciò che sconcerta è che il livello di coinvolgimento del soggetto, quale che sia, tende a fluttuare, a riemergere improvvisamente (per esempio da uno stato *stuporoso* o *sonnambulico*), essendo capace di una condotta, solitamente ascritta a stati profondi dell'ipnosi, in una trance, che con le Scale comuni di ipnotizzabilità, si definirebbe « leggera », (o viceversa in una « trance profonda » essere incapace di rispondere a istruzioni semplici). Questa complessa situazione che trova le sue radici nell'atteggiamento, nelle emozioni e nelle aspettative del soggetto, e nella relazione con l'ipnotista, è data per scontata da chi abbia esperienza; ciò non toglie comunque che le tecniche di coinvolgimento manipolativo del rapporto debbano essere il più possibile perfezionate.

Già numerosi dubbi sorgono quando si voglia determinare quanto tempo di induzione bisogna impiegare per poter utilizzare convenientemente i fenomeni ipnotici. Erickson, che all'epoca dell'articolo citato aveva già ipnotizzato più di tremilacinquecento individui, ricorda come mentre uno dei suoi soggetti era stato ipnotizzato la prima volta in meno di trenta secondi, un altro aveva avuto bisogno di più di trecento ore di lavoro sistematico prima che i primi segni di una qualche trance si producessero.

È evidente quindi che non si possono fare generalizzazioni anche perché spesso i soggetti che entrano facilmente in ipnosi tendono a ritornare facilmente a stadi più leggeri quando vengono date delle istruzioni ipnotiche un po' complicate.

Erickson dice che normalmente dalle quattro alle otto ore di training nella induzione iniziale sono sufficienti.

Chi deve imparare le tecniche chiede sempre quali sono le regole pragmatiche cui bisogna attenersi per coinvolgere sempre di

(30) ERICKSON M. H., L'ipnosi profonda e la sua induzione, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, cit., 23; WEITZENHOFFER A., *General Techniques of Hypnotism*, Grane and Stratton, New York, 1957, 268.

più il soggetto. Volendo riassumere alcune delle principali bisogna dire che in tanto tutte le procedure ipnotiche devono essere orientate sul soggetto tal che tutti i suoi bisogni, aspettative, desideri, atteggiamenti si incontrino nello stato ipnotico, in modo che la strategia venga adattata al soggetto e non viceversa. È molto importante poi che si chiarisca al soggetto che durante la induzione e l'utilizzazione dei fenomeni ipnotici egli potrà proteggersi non tenendo alcun comportamento sconveniente, né rispondendo a domande che sia pure involontariamente potrebbero imbarazzarlo; queste paure sono frequenti e vanno fugate prima dell'induzione e durante la stessa, ogni volta che viene dato un certo tipo di istruzione ipnotica. Raccontando un caso Erickson ha spiegato tre fasi di un approccio che usò per ottenere quella che si chiama una trance profonda :

1) Lo sviluppo di uno stato di trance nel quale per venti minuti sono date istruzioni di sonno profondo continuato e sempre più profondo. Ciò in modo che lo stato si radicasse fortemente proteggendosi da eventuali disturbi o interruzioni;

2) Lo sviluppo di uno stato di trance stuporoso in cui per venti minuti furono date successioni di « un sonno senza interessi, desideri, sentimenti », e su « un pensare, un sentire, un provare nulla se non un sonno stuporoso, letargico, senza tempo in una strada senza fine ». Ciò allo scopo di impiantare uno stato mentale e un atteggiamento estremamente passivo e stabile;

3) Lo sviluppo di uno stato sonnambulico in cui approssimativamente più di quindici minuti furono spesi perché il soggetto che era in una trance stuporosa rimanesse in questo stato, ma al tempo stesso riacquistasse piano e gradualmente la propria capacità di pensare, di muoversi, e di rispondere, come se fosse sveglio, ma solo per il grado necessario per rispondere alle istruzioni che gli sarebbero state date, in modo che gli era permesso di essere passivamente rispondente solo nell'ambito della situazione ipnotica.

Spesso con un soggetto ipnotico che risponde solo parzialmente si può inibirgli la risposta frustrandola non appena inizia. Quando l'istruzione la cui risposta era stata frustrata viene riproposta, essa è migliore in quanto il desiderio di rispondere è aumentato a seguito della frustrazione precedente.

Un'altra tecnica per approfondire la trance è quella di usare comandi post-ipnotici, cioè durante la trance e valevoli per il periodo successivo, dati in modo casuale e non specifico, quanto alla risposta del soggetto. Per esempio ogni volta che mi accenderò una sigaretta, questo sarà un segnale perché il suo braccio si sollevi, perché lei dorma più profondamente, comunque ogni volta che riceverà il segnale lei sarà sempre più pronto a rispondere.

Con questo metodo ci si assicura anche la continuità della condizione ipnotica tra una seduta e l'altra in quanto nella successiva l'ipnotista producendo lo stimolo post-ipnotico ottiene di far rientrare rapidamente in trance il soggetto.

La continuità tra una seduta e l'altra viene da Erickson ottenuta attraverso una breve *ricapitolazione* della seduta precedente che riporta emotivamente il soggetto alla situazione già vissuta : « Vorrei ora ricominciare da dove ci eravamo lasciati » oppure « Ed ora si sentirà come l'ultima volta », « Dunque l'ultima volta lei si sentiva molto rilassato »...

Wolberg usa questa tecnica per superare le resistenze : « quanto più lei cerca di resistere tanto più si addormenterà, cerchi e vedrà che quanto più lei resisterà dall'addormentarsi, tanto più si addormenterà. Combatta pure contro la voglia di addormentarsi così si addormenterà di più. Cerchi di resistermi, e quanto più cercherà di resistermi, tanto più si addormenterà...».

Erickson nella tecnica di visualizzare momenti della vita nella sfera di cristallo, usa il sistema di allucinare varie sfere di cristallo, in modo che il soggetto vi veda dentro differenti momenti della sua vita, superando le barriere del tempo.

Kroger e Fezler (31) hanno descritto venticinque immagini standard strutturate (una specie di suggestionano) che sono gerarchicamente organizzate per far raggiungere livelli sempre più profondi, con scene che avvengono sulla spiaggia, in giardino, tra le montagne, in campagna ecc, in cui vari fenomeni ipnotici possono essere gradualmente vissuti.

(31) KROGER W. S., FEZLER W., *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*, Lippincott Company, 1977, 101 ss.

Volendo schematizzare l'orientamento dell'ipnotista per indurre la trance si può dire che egli deve:

A) Acquisire fiducia dal soggetto: 1) partendo dal momento psicologico in cui il soggetto si trova; 2) ratificando ciò che il soggetto sta attualmente provando o facendo; 3) accettando tutto quello che egli offre; 4) somministrando suggestioni che prevengono ciò che avverrà naturalmente.

B) Acquisire controllo su di lui modificando la sua esperienza e il suo comportamento.

C) Utilizzare il controllo ottenuto per strutturare un cambiamento nel comportamento del soggetto che sia compatibile con il « sistema » del soggetto stesso.

16. La *deipnotizzazione* costituisce la fase finale della sessione ipnotica. Essa consiste nel riportare il soggetto alla condizione psicologica precedente alla induzione. Ciò comporta la necessità di un riorientamento facendo sì che il soggetto riguadagni il suo assetto mentale quotidiano.

Essa di solito viene ottenuta lentamente magari se l'induzione usava la tattica di farlo contare all'indietro, contando in avanti. Erickson consiglia di far chiudere gli occhi al soggetto poco prima della deipnotizzazione anche se la sessione si è svolta ad occhi aperti in quanto ciò suggerisce per analogia l'esperienza del risveglio comune a chiunque.

Talvolta dopo l'ipnosi il soggetto lamenta mal di testa abbastanza forte, sia subito dopo che un po' più tardi. La sua origine, come ricorda Weitzenhoffer (32) non è del tutto chiara. È da escludere che sia dovuta all'uso della tecnica di induzione di fissare un oggetto, perché si è verificata anche quando questa tecnica non era stata utilizzata. Secondo alcuni ha origine psicogenetica quale reazione all'esperienza ipnotica, soprattutto quando l'ipnotista cerca di spingere il soggetto a fare qualcosa di ansiogeno.

Dando la suggestione di « non avere » il mal di testa, non si ottiene per lo più l'effetto desiderato meglio dire che il « soggetto

(32) WEITZENHOFFER A. R., *General Techniques of Hypnotism*, cit., 224.

si sentirà bene e fresco ». Altrimenti si può eliminare con suggestioni opportune reipnotizzando il soggetto.

Il soggetto potrebbe soffrire anche di altri disturbi, una volta deipnotizzato, quali confusione, sonnolenza persistente, nausea, brividi, ipereccitabilità e iperattività. Di solito questi disturbi scompaiono entro poco tempo. Certamente sono disturbi di origine psicologica e la soluzione migliore è di ipnotizzare di nuovo il soggetto e suggerirgli post-ipnoticamente la scomparsa di tali sintomi. A volte essi possono essere dovuti ad una suggestione post-ipnotica ansiogena che occorre quindi rimuovere, a meno che l'unica soluzione non sia per il soggetto quella di eseguirla. Quando sono invece reazioni nevrotiche, non rimane che trattarle come qualsiasi altro sintomo nevrotico. Spesso tali manifestazioni permettono di capire meglio i problemi del paziente, poiché potrebbero essere forme di resistenza o di difesa alla «minaccia dell'ipnosi». Se tali disturbi si verificano in un soggetto che non è un paziente ma un soggetto per esperimento è meglio rinunciare a lui.

Può succedere, anche se raramente, che il soggetto, nonostante l'ordine dell'ipnotista, non si riorienta prontamente nella realtà. Per lo più ciò dipende da un errore di procedimento commesso dallo sperimentatore, anche se vi sono casi, particolarmente in psicoterapia, dove nessun errore è stato commesso.

Sakata riporta il caso di un ragazzo che aveva partecipato con un gruppo di studenti volontari ad un esperimento ipnotico, e che non si riuscì a deipnotizzare facilmente (33).

Mentre era ancora in ipnosi il soggetto fu interrogato sul perché non si deipnotizzasse, ed egli disse che si sentiva pesante e stanco. Dopo che gli fu concesso di riposarsi per qualche istante accettò di sottoporsi alla procedura di deipnotizzazione che questa volta riuscì. In successive interviste dichiarò che non aveva voluto deipnotizzarsi perché « si sentiva pesante e stanco e non voleva fare lo sforzo di svegliarsi » anche se aveva udito i messaggi deipnotizzativi.

Il soggetto poteva ricordare tutti i compiti impartitigli durante l'ipnosi tranne uno, che non aveva eseguito, e questa per l'Autore,

(33) SAKATA K. I., Report on a Case of Failure to Dehypnotize and Subsequent Reported Aftereffects, in *Int. J. of Clin. and Exp. Hypnosis*, 1968.

tenendo conto della personalità del ragazzo con bisogni di dipendenza e di sottomissione, può essere la spiegazione del fallimento nella deipnotizzazione. Il fallimento del compito assegnatogli durante l'ipnosi potrebbe aver contribuito a provocare il suo rifiuto iniziale di svegliarsi, il non riuscire a ricordare il compito in cui aveva fallito e, una volta sveglio, la sonnolenza e la difficoltà di concentrarsi e svegliarsi.

È ipotizzabile per l'Autore un'altra spiegazione di questo caso. Da alcuni fatti gli sperimentatori si accorsero che il soggetto si era reso conto che poteva controllare la propria trance ipnotica indipendentemente dall'ipnotista. Ora, dato che la trance dà al soggetto un certo grado di sollievo o una difesa generale contro l'ansietà, è possibile che il soggetto se ne servisse appunto a questo scopo.

I casi di soggetti rimasti ipnotizzati per giorni, nonostante gli sforzi dell'ipnotista di deipnotizzarli, sono da guardare con molto scetticismo, anche se non si può escludere che possa capitare. Ma si può pensare, se ciò veramente è accaduto, che si tratti di casi in cui i soggetti entrano in altre condizioni diverse da quelle di una ipnosi protratta e incontrollata. Per esempio sappiamo di individui che entrano spontaneamente in uno stato di « fuga » che può durare per molti giorni e che ricorda molto l'ipnosi.

La trasformazione in una forma di svenimento, di cui spesso l'ipnotista non ha consapevolezza, è probabilmente una manifestazione nevrotica. È possibile anche la trasformazione della ipnosi in un cosiddetto coma isterico. Inoltre l'esperienza ipnotica può fare scattare la formazione in uno stato catatonico" nei soggetti psicotici o potenzialmente psicotici.

La resistenza alla deipnotizzazione può assumere altre forme oltre che l'aperto rifiuto a svegliarsi.

A volte il soggetto sembra uscire dalla trance, ma rimane in una condizione di semi-stupore, oppure trasporta nel presunto stato di veglia elementi comportamentali evocati durante l'ipnosi. Tali individui devono essere considerati ancora ipnotizzati. In altri casi il soggetto sembra completamente deipnotizzato, ma dopo poco ricade in uno stato ipnotico. Anche ciò è una resistenza alla deipnotizzazione.

Perché questa resistenza? A volte, come visto, può essere dovuta a risposte che nella veglia diventano incompatibili con certe suggestioni date in precedenza, ad ostilità verso l'ipnosi, ad auto-suggestione del soggetto, oppure ad una esplicita o implicita suggestione postipnotica che il soggetto non vuole realizzare. Come già detto, la resistenza del soggetto può riflettere alcuni importanti aspetti psicodinamici della sua personalità : un bisogno di dipendenza e sottomissione, un bisogno di essere passivo, o può addirittura rappresentare una fuga dalla realtà, dal conflitto. Lo stato di trance può essere vissuto in molti modi, come un evento minaccioso o come uno che da sollievo dalla tensione e dalle minacce, o come altamente piacevole in se stesso. La resistenza alla deipnotizzazione può riflettere una riluttanza del soggetto ad abbandonare una condizione che lo solleva dai bisogni. Quando l'ipnosi è usata in terapia, il rifiuto di svegliarsi può far parte della resistenza del soggetto.

Williams (34) così riassume le cause di resistenza alla deipnotizzazione più frequenti: *a)* il soggetto potrebbe voler mettere alla prova l'abilità dell'ipnotista nel controllarlo; *b)* errori ed ambiguità di istruzioni, in particolare il fatto che nella regressione spontanea o suggerita la perdita di contatti con l'ipnotista è l'unico risultato logico; *e)* reintegrazione di esperienze precedenti provocate da elementi di un'esperienza suggerita o da un'attività; *d)* trasformazione dell'ipnosi in un sonno isterico e un sonnambulismo spontaneo.

Williams nota che la difficoltà con questo tipo di resistenza si verifica per lo più solo dopo la seconda o perfino dopo successive induzioni di trance, quando il soggetto ha imparato come lo stato ipnotico possa servire ai suoi bisogni. Il successo di una volta nella deipnotizzazione, non garantisce quindi i successivi.

Come si deve comportare perciò l'ipnotista di fronte ad un soggetto che resiste alla deipnotizzazione?

Il modo più semplice è di chiedergli perché non si sveglia. Molti soggetti desiderano darne una spiegazione. Se il soggetto non collabora si può pretendere con più perentorietà una risposta. Di solito la risposta dice all'ipnotista cosa deve fare. Se ciò non avie-

(34) WILLIAMS G. W., Difficulty in Dehypnotizing, in *J. din. Exp. Psychol.*, 1953, 3 ss.

ne è possibile a volte ottenere che il soggetto dica specificatamente all'ipnotista che cosa deve fare per svegliarlo, semplicemente chiedendoglielo. Rosen consiglia, al fine di individuare le cause della resistenza, di usare tecniche quali la scrittura automatica, la visione nella sfera di cristallo, l'induzione di sogno ipnotico. Un modo eccellente per deipnotizzare un soggetto intrattabile consiste nel dirgli semplicemente : « Molto bene allora, se non vuole svegliarsi, io sarò costretto a lasciarla così com'è ». Poi l'ipnotista ignora completamente il soggetto e si occupa di altro. Naturalmente il soggetto non deve essere lasciato solo e ogni mezz'ora è comunque bene controllarne le condizioni. Qualunque sia il caso, al soggetto non deve essere permesso per nessuna ragione di lasciare la stanza dove si è svegliato, senza prima fare un controllo preciso della sua condizione.

Williams raccomanda quanto segue: *a)* usare metodi che il soggetto crede che lo deipnotizzeranno; *b)* correggere le istruzioni ambigue; *c)* indurre una trance secondaria (trance su una trance) con un altro ipnotista; *d)* controllare il riorientamento suggerendo varie esperienze che portano logicamente all'esperienza di riorientamento; *e)* aderire ad alcune richieste del soggetto, a condizione che collabori in certe cose; *f)* usare molta scaltrezza per vincere la resistenza.

!

Non è d'altra parte consigliabile ricorrere a metodi drastici quali lo schiaffeggiare in viso il soggetto, a meno che siano stati già provati tutti gli altri metodi. Questi metodi di extrema ratio sono più indicati quando vi sono prove che il soggetto non è più nello stato ipnotico, ma è probabilmente in un coma isterico o qualcos'altro di simile.

CAPITOLO VI
ASPETTI COMUNICAZIONALI E RELAZIONALI
DELL'IPNOSI

« La parola è un gran dominatore che, con un corpo piccolissimo e invisibilissimo, divinissime cose sa compiere; riesce infatti a calmare la paura, ad eliminare il dolore, ad invitare la gioia e a ispirare la pietà. C'è tra la potenza della parola e la funzione dell'anima lo stesso rapporto che tra l'azione dei farmaci e le funzioni del corpo. »

GORGIA, DI LEONTIM

SOMMARIO: 1. Varie prospettive della comunicazione umana. — 2. Il linguaggio dell'ipnotista: ridondanza, concretezza, denotazione, connotazione, ambiguità, analogie e metafore. — 3. La morfologia del discorso ipnotico: le congiunzioni. — 4. La sintassi dell'ipnotista: le argomentazioni causali. — 5. Le proposizioni interrogative. — 6. Truismi e tautologie per la ratificazione della trance. — 7. La relazione ipnotista-ipnotizzato. — 8. I messaggi come manovre interpersonali. — 9. L'induzione come manovra relazionale. — 10. Il rapporto ipnotista-ipnotizzato come doppio legame. — 11. Esempi di messaggi paradossali nel discorso ipnotico. — 12. Come l'ipnotista mantiene il controllo dell'ipnotizzato. — 13. Le comunicazioni non verbali dell'ipnotizzato. — 14. Messaggi non verbali dell'ipnotista.

1. Il rapporto ipnotico si manifesta attraverso le reciproche comunicazioni che l'ipnotista e il soggetto si inviano. Questa dimensione è ricca di spunti teoretici ed operativi che meritano una trattazione approfondita.

Secondo la Scuola di Palo Alto (1) la comunicazione umana può essere studiata come: 1) *sintassi*, cioè in relazione alla teoria

(1) WATZLAWICK P., BEAWIN J., JACKSON D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971. Pinelli ha collegato recentemente la teoria della comunicazione alla neurologia comportamentale osservando che quest'ultima

dell'informazione (codici, canali, rumore, ridondanza...); 2) *semantica*, cioè in relazione al significato della comunicazione come convenzione tra individui; 3) *pragmatica*, cioè in relazione alla idoneità della comunicazione di influenzare il comportamento altrui. Anche se è evidente che la distinzione appena operata è teorica, esistendo una forte interdipendenza tra le diverse prospettive, per quanto riguarda lo studio dell'ipnosi è evidentemente quella pragmatica che ha maggior rilevanza.

2. Allo scopo è opportuno esaminare il *linguaggio* e la *grammatica* dell'ipnotista, in quanto *morfologia*, cioè come adopera le parole secondo l'uso che deve farne nel discorso, ed in quanto *sintassi*, cioè come costruisce e collega le frasi del suo periodo, considerandole quali *tecniche argomentative*. Rispetto ad altri tipi di comunicazione quella ipnotica infatti appare peculiare da molteplici punti di vista che derivano dagli scopi cui è diretta (2).

Confrontando il linguaggio adottato da differenti ipnotisti durante l'induzione, si riscontra un tono tedioso, monocorde e ripetitivo, un vocabolario povero, limitato e ridondante.

In una analisi della trascrizione di una tipica induzione della ipnosi (3) si è calcolato il grado di *ridondanza* di talune parole che, diminuendo il numero delle informazioni, tende a diminuire la possibilità di fraintendimento. « Le massime ridondanze vengono registrate (escludiamo naturalmente dalla nostra analisi quelle parole, tipo congiunzioni e verbi ausiliari e servili, per loro natura frequentissime nella lingua italiana) là dove si definisce lo stato in cui il

si occupa appunto delle basi neurali delle aspettative, del riconoscimento della novità del messaggio e dei rapporti con gli interventi intenzionali del soggetto secondo il principio di riafferenza di Mitteldstaedter cfr. PINELLI P., La natura dell'ipnosi alla luce delle teorie della comunicazione, in *Rass. di ipnosi e Med. Psicosomatica*, 1977, 13, 989 ss.

(2) Cfr. FIELD P., Humanistic Aspects of Hypnotic Communication, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosi: Research Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972, 481; che ha comparato il linguaggio ipnotico con quello psicologico durante esperimenti di psicologia con il linguaggio di tutti i giorni.

(3) VANARELLI M., MARTINELLI R., La ridondanza come caratteristica comunicazionale nella induzione ipnotica, *Tesi presentata al Corso AMISI di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, Milano, 1978.

soggetto deve porsi. Abbiamo infatti circa 90 parole che si riferiscono a tali condizioni (abbiamo raggruppato in questa categoria parole che a nostro avviso suggeriscono stati similari e precisamente: profondo, pesante, sonnolenza, rilassamento, abbandono, stanchezza, torpore). Ugualmente significativa è la ripetitività che contraddistingue la specificazione della sensazione da provare in tali stati. Abbiamo infatti circa 30 parole che riguardano sensazioni di : star bene (10), tranquillo (9), piacevole (13). Un elevato grado di ripetitività contraddistingue anche i verbi che specificano l'apporto diretto che il soggetto deve dare durante l'induzione. Da Una analisi delle frequenze risulta che il soggetto deve principalmente sentire, nel senso di 'avere sensazione di' (25 volte), deve inoltre 'accorgersi' 'fare attenzione' e 'concentrarsi' (20 volte). Altra azione che deve essere eseguita dal soggetto è quella di chiudere (17) gli occhi (10) e le palpebre (12). Riguardo alla frequenza di queste parole possiamo dire che anche se dal punto di vista numerico essa non sembra estremamente significativa, in realtà il momento in cui ricorrono più frequentemente tali concetti è forse quello in cui la ridondanza presente nell'induzione è massima. Infatti è nel momento in cui si dirige l'azione (sia essa la chiusura delle palpebre o il rilassamento dei muscoli (13) che tali istruzioni vengono date più frequentemente (tali parole sono presenti quasi in un unico capoverso mentre le altre riguardano la totalità dell'induzione). Dunque quando si vuole venga eseguito un determinato compito la qualità delle informazioni subisce un improvviso crollo ».

Mentre il linguaggio comune è destinato essenzialmente a trasferire contenuti dall'emittente al ricevente, quello, ipnotico è diretto soprattutto a sollecitare emozioni e fantasie, ed a controllare il ricevente. Allo scopo l'ipnotista evita nomi astratti, ma adotta espressioni semplici con riferimenti a *nomi concreti*, che, lo si è potuto dimostrare sperimentalmente, hanno una maggiore efficacia evocativa. Paivio (4) occupandosi, a proposito dell'apprendimento della efficacia di taluni stimoli verbali, ha riscontrato che le parole concrete hanno un « alto valore » di immagine. Mentre quelle astratte, infatti, possono essere codificate soprattutto mediante strategie verbali,

(4) PAIVIO A., *Imagery and Verbal Process*, Heath, New York, 1971.

quelle concrete hanno la peculiarità di agganciarsi con immediatezza agli oggetti cui si riferiscono e per questo acquisiscono la capacità di evocare sia l'immaginazione di tipo non verbale, sia processi verbali (5). Per esempio, durante l'ipnosi, più del « fluire del tempo » parlo delle « lancette dell'orologio che segnano il passaggio del tempo ».

L'impressione generale è che il linguaggio dell'ipnotista poggia più sulla *connotazione* che sulla *denotazione*, non facendo riferimento cioè soltanto al rapporto che le parole hanno con gli oggetti, ma anche ad un altro significato spesso emotivo, metaforico, analogico, che colora quelle parole di un significato diverso, oppure che inserisce altro oggetto o soggetto. Così quando nella tecnica usata con Joe e riferita a proposito del metodo della interposizione, Erickson dice : « la pianta di pomodoro mentre cresce si *sente tranquilla e serena* » poiché l'ascoltatore si rende conto che le piante non hanno sensazioni, comprende anche che il riferimento è diretto a lui che soffre. Spesso poi l'argomentazione dell'ipnotista fonda la propria *ambiguità*, tesa di solito ad evitare la confutabilità lo-

(5) D'altronde l'efficacia di termini concreti nell'evocare emozioni è ben conosciuta dai retori. Cfr. PERELMAN C, OLDRECHTS-TYTECA L., *Trattato della argomentazione*, Einaudi, Torino, 1966, 124-155: «Per creare l'emozione è indispensabile la specificazione, poiché le nozioni generali, gli schemi astratti non agiscono sull'immaginazione. Il Whately osserva in una nota che un uditorio, rimasto insensibile di fronte a informazioni generiche sulla carneficina che caratterizzò la battaglia di Fontenoy, fu commosso fino alle lacrime da un particolare relativo alla morte di due giovani. Per dare l'impressione della presenza è utile precisare il luogo e il momento di una azione; il Whately consiglia anche di utilizzare, non appena ve ne sia la possibilità, il termine concreto al posto di quello astratto. Più i termini sono specifici, più l'immagine che essi evocano è viva, più sono generici e più essa è debole. Così nel discorso di Antonio nel Giulio Cesare di Shakespeare, i congiurati non sono designati come quelli che hanno "ucciso" Cesare; ma coloro "i cui pugnali hanno trafitto" Cesare... Così una delle preoccupazioni dell'oratore sarà quella di rendere presente, solo grazie alla magia della sua parola, ciò che in realtà è assente e che egli considera importante per la sua argomentazione, oppure di valorizzare rendendoli più presenti, alcuni degli elementi che sono effettivamente offerti alla coscienza.

In Bacone il compito della retorica, intesa come tecnica che permette di "applicare la ragione dell'immaginazione per meglio incitare la volontà" è essenzialmente legata agli effetti della presenza: ...il sentimento considera soltanto il presente, la ragione invece considera il futuro e il tempo nella sua totalità. E poiché il presente riempie di più l'immaginazione, la ragione di solito viene vinta ».

gica o esperienziale, sull'uso di parole di cui è *incerto l'indice referenziale*. Per esempio : « lei si rende conto di una qualche sensazione » (quale sensazione, quando?) « La gente sa quando la collaborazione è necessaria » (quale gente, quale collaborazione?).

Del tutto peculiare nel discorso di Erickson è l'uso di *analogie* e di *metafore*. Esso deriva dalla concezione dualistica della personalità di Erickson, che sottende al suo metodo: il conscio e l'inconscio.

Mentre l'esempio, la citazione, la battuta di spirito coinvolgono l'aspetto conscio della personalità, l'inconscio recupera il significato recondito e sottinteso, il « doppio senso » che queste hanno, per come son congegnate, in modo efficacemente suggestivo. Per ottenere la chiusura degli occhi si può parlare della osservazione di un tramonto, del nuotare sottacqua, del guidatore stanco su un'autostrada.

Spesso, per esempio, Erickson inizia col soggetto una storiella del tipo «una volta avevo un paziente che ... »; questa strategia gli è utile per trasmettere indirettamente al soggetto delle istruzioni.

Come dice Haley (6) « Un modo di affrontare il problema di un soggetto che resiste alle direttive del terapeuta, è quello di comunicare in forma analogica o metaforica. Se il soggetto oppone resistenza ad A il terapeuta può parlare di B, e quando A e B sono in rapporto metaforico, il soggetto farà questo collegamento « spontaneamente » e risponderà in maniera adeguata. Nella complessa situazione della induzione ipnotica, la metafora può essere comunicata tanto a livello verbale che a livello non verbale; è tipico ad esempio che l'ipnotista quando vuole suggerire che la mano del soggetto diventi più leggera e si sollevi, alzi il capo e la voce indicando metaforicamente che la mano deve muoversi: il soggetto risponderà adeguatamente a questo cambiamento spaziale e vocale. Se un soggetto è stato ipnotizzato altre volte e l'ipnotista desidera che egli entri in trance « spontaneamente » potrebbe iniziare a parlare di come la stanza o la situazione siano simili a quelle in cui il paziente è già stato ipnotizzato; il soggetto risponderà all'ana-

(6) HALEY J., *Terapie non comuni*, cit.

logia riproducendo lo stesso comportamento che aveva prodotto nell'altra stanza o nell'altra situazione.

Allo stesso modo è possibile, se una persona è stata ipnotizzata in presenza di un'altra, parlare metaforicamente all'altra persona in modo tale che venga indotto lo stato di trance nel soggetto senza neppure rivolgere l'attenzione su di lui. La tecnica analogica o metaforica usata nella terapia ipnotica è particolarmente efficace con soggetti resistenti, dato che è difficile che una persona si opponga a una suggestione che non è consapevole di ricevere».

Il linguaggio così adoperato viene vissuto in questi casi essenzialmente nel suo aspetto recondito.

3. Si riscontra poi nella *morfologia* dell'ipnotista una presenza notevole di *avverbi* come « qui » ed « ora » che servono a dare il senso della presenza di ciò che si deve produrre, ad enfatizzare cioè il corso presente di ciò che il soggetto deve esperire.

Quest'ultimo aspetto è valorizzato anche dalle *congiunzioni* largamente usate. L'ipnotista cioè raramente interrompe la sua argomentazione proprio per dare al soggetto il senso della continuità. Anziché un'analisi differenziata l'ipnotista cerca di presentare un flusso continuo di idee. Per questo usa pochi termini che implicano relazioni logiche complesse di dipendenza fra gli elementi di una proposizione, come le preposizioni, ma abbonda nelle congiunzioni che implicano relazioni più semplici. L'ipnotista non sta in realtà ragionando con il soggetto, ma gli sta presentando una serie successiva di immagini, quindi non costruisce un discorso logico, ma affianca un'idea stimolo dietro l'altra.

Tra le congiunzioni quelle più usate sono le copulative, come « e » o « anche » ; ad esempio : « Lei è rilassato *e* la sua mano incomincia a muoversi»; le esplicative «cioè», «infatti»: «I suoi occhi sono stanchi, *infatti* le sue palpebre si chiudono » ; le correlative «tanto», «quanto», «così... come»: «*Tanto* più cerca di aprire gli occhi *quanto* più li sentirà chiusi » ; le temporali « finché », « mentre » : « *Mentre* respira sente il suo braccio sollevarsi » ; le causali «perché», «poiché»: «Il ritmo del suo cuore rallenta *perche* si sente rilassato»; le consecutive, «tanto... che», «così... che » : « Lei è *così* stanco *che* ha voglia di rilassarsi » ; le modali

«come... se»: «Senti il braccio pesante *come se* ci fosse attaccata una pietra ».

4. Se esaminiamo ora un linguaggio altamente specialistico come quello di Erickson, soprattutto nel suo *aspetto sintattico*, si possono individuare tentativamente talune tecniche argomentative precipue (7), embrionalmente presenti nel linguaggio di ogni ipnotista efficace.

Durante il colloquio ipnotico l'ipnotista tende a creare dei nessi tra le sue parole e il comportamento che egli vuole ottenere. Queste parole possono rappresentare delle ingiunzioni pure e semplici, oppure essere riferite ad oggetti e situazioni che vengono collegate con determinati eventi nel e del soggetto. L'ipnotista insomma crea dei legami argomentativi di successione fra ciò che egli dice e fra ciò che il soggetto fa o esperisce.

Come osserva Perelman (8) *le argomentazioni causali* possono essere di tre tipi:

- a) quelle che tendono a collegare l'uno all'altro, mediante il nesso causale, due eventi successivi dati;
- b) quelle che, dato un evento, tendono a individuare l'esistenza di una causa che ha potuto determinarlo;
- e) quelle che dato un evento, tendono a mettere in evidenza l'effetto che deve risultarne.

La enfattizzazione dei nessi può avvenire *direttamente*. Per esempio : « Ora, man mano che respirerà profondamente si sentirà più rilassato », o in modo più mascherato e sottile talvolta attraverso delle semplici congiunzioni cui si è già accennato : « Lei sta ascoltando la mia voce e si rilassa sempre di più ». L'uso della congiunzione, come si è detto, è estremamente comune tra gli ipnotisti, ed è la tecnica più usata da Erickson.

Altre volte vengono formulate delle *proposizioni causali nella forma implicita*, che danno per scontati dei nessi : « Rilassato pro-

(7) ERICKSON M. H., ROSSI E. L., ROSSI I. L., *Hypnotic Realities*, Irvington, New York, 1976; BANDLER R., GRINDER J., *Patterns of Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, voi. I, Meta, Cupertino, Cai., 1975.

(8) PERELMAN C, e al., *op. cit.*, 277.

fondamente sentirà la sua mano sollevarsi » ; « Sentendo il suo respiro si accorgerà che i suoi occhi sono stanchi ». L'uso di questa tecnica argomentativa è adottato non tanto per il rapporto logico esistente tra le due frasi, quanto per la sua capacità di legare l'attuale comportamento del soggetto a quello che si vuole provocare. L'ipnotista, confermando ciò che è certo che il soggetto sta provando, costituisce un feed-back negativo (9) che prepara la costituzione di un circuito di feed-back positivo diretto a produrre un cambiamento nel senso voluto dall'ipnotista. La proposizione principale che regge la subordinata causale può attenersi sia ad un comportamento osservabile : « mentre lei è seduto » oppure « quando lei respira », o ad uno non osservabile. In questo secondo caso, a parte la capacità dell'ipnotista di decodificare soprattutto dai messaggi non verbali la situazione psicologica interna del soggetto, la frase reggente è di solito costruita in modo convenientemente ambiguo: «Mentre lei prova una certa sensazione... (ed è chiaro che ciascuno confermerà di provare una certa sensazione se la sua attenzione è richiamata a ciò), sentirà il suo corpo rilassarsi ».

5. Un'altra grande classe di proposizioni molto utilizzate nella argomentazione del discorso ipnotico è quella delle *interrogative*, sia nella forma diretta che nella forma indiretta. Questo tipo di tecnica ha particolare rilevanza. Basti pensare che Erickson può indurre trance solo rivolgendo delle domande.

Le *domande dirette* ben congegnate, oltre a focalizzare l'attenzione su un certo argomento possono avere una forte azione suggestiva in via indiretta, e quindi difficilmente resistibile, ed inoltre possono rinforzare l'evento che si sta producendo. Raramente allo scopo si propongono *domande determinative*, per esempio : « Perché si è seduto? » dato che esse sono le più neutrali; vengono usate soprattutto domande *implicative per presupposizione*, tra queste le più adottate sono le più *disgiuntive parziali* in cui il raggio delle possibilità di risposta viene ridotto a due, con la costituzione di una

(9) Il termine negativo a proposito del feed-back non ha alcun significato di valore; negativo è quel circuito di retroazione che tende a rimanere stabile, positivo quello che tende al cambiamento.

impressione di possibilità di scelta che è spuria in quanto sono state eliminate tutte le altre possibilità. Per esempio si dice al soggetto impaurito : « Vuole entrare in una trance leggera o profonda? » « Subito o tra poco? ». La presupposizione è che il soggetto voglia entrare in trance, ed il soggetto che presenta delle resistenze all'ipnosi viene così indotto a scegliere il « minore dei mali » e cioè una «trance leggera» e «tra poco ». Si veda anche la seguente: «Preferisce avere una amnesia totale o ricordare qualche cosa? ».

Talvolta però la domanda è formulata in modo che il soggetto sia indotto a rispondere «sì» o «no», talché qualunque sua risposta confermi la presupposizione dell'interrogante. Per esempio: «Si rende conto di essere in trance, adesso?», in cui ciò che è posto in questione non è l'essere in trance ma l'esserne consapevole.

Altre domande suggestive sono quelle *affermative per congettura*, per esempio : « Quali delle due mani sente più leggera? ». La domanda contiene una direttiva implicita in quanto focalizza l'attenzione sulla mano, da per scontato che almeno una delle due mani venga avvertita come più leggera, rinforza la leggerezza della mano e l'eventuale levitazione come una risposta adeguata.

Un'altra categoria di domande con notevole forza suggestiva è quella delle *condizionali* sia nella forma *affermativa* in cui è implicito che l'interrogante si attende una risposta affermativa) che *negativa* (in cui è implicito che l'interrogante si attende una risposta negativa). Vediamo qualche caso : « Crede davvero di essere ancora sveglio? » (con una aspettativa implicita di negazione) « Non è forse rilassante sentire il braccio che si solleva? » (con una implicita aspettativa positiva).

L'uso della negazione delle domande convenientemente adottato può servire a confondere o a rendere l'assetto mentale del soggetto in uno stato di fluidità incline quindi alla suggestione: «Non vuole rilassarsi?», «Non le piace di non sapere dove si trova in questo momento? ».

Le domande *consecutive* sono quelle che legano un avvenimento ad un altro e possono essere utilizzate per graduare l'approfondimento dell'ipnosi o nelle tecniche frazionate di induzione. Per esempio dopo la levitazione della mano: «E cosa sente ora nelle dita? » oppure « Cosa prova ora che si è rilassato? ».

Le domande *dubitative* servono spesso a coprire tutta la gamma delle possibilità di risposta. Per esempio per quanto riguarda quelle ideomotorie : « Si muoverà prima la mano destra o la sinistra? », oppure le dita della mano destra o della mano sinistra?, « Il pollice o l'indice? Il medio o l'anulare, o sarà invece il mignolo...? ».

Di efficacia ancora più sottile sono le *proposizioni interrogative indirette* in cui la domanda viene mascherata dal verbo e dall'espressione verbale che la regge : « Desidero sapere se preferisce entrare in trance subito o più tardi », « Non so se lei preferisce entrare in una trance leggera o in una più profonda ».

:

Ma quelle che secondo la mia esperienza hanno la maggiore efficacia manipolativa sono le *proposizioni interrogative indirette di tipo dubitativo* che condizionano altamente le risposte anche limitandole nel numero : « Mi domando se lei avverte già un calore | nella mano destra », « Sono curioso di sapere se sia la mano destra j o la sinistra che sentirà più leggera », « Lei sarà meravigliato da \ quello che prova ». Questa strategia argomentativa tende a produrre [una falsa rappresentazione di libertà nel soggetto a cui invece '• con queste tattiche l'arco delle possibilità è stato fortemente ridotto.

Si vedano le dubitative implicite in questo discorso : « Sono curioso di sapere se intende entrare in trance immediatamente, e j ancor più mi domando se lei sa o non sa che lei può andarci,

s non so neanche se lei è consapevole di quanto presto chiuderà [gli occhi e si rilasserà... ».

6. L'argomentazione dell'ipnotista efficace è poi piena di | *truismi, tautologie e verità lapalissiane*. Queste quando non tendono decisamente ad annoiare per deponenziare le facoltà critiche, o addirittura ad assonnare, hanno lo scopo di creare una base di accordo che costituisca l'avvio per il comportamento che si vuole ottenere e rappresentano un rinforzo che Erickson definisce *ratificazione*. Per esempio per le risposte ideomotorie : « Certamente le sarà capitato di fare cenni con la testa senza accorgersene o di tamburellare con le dita o disegnare senza esserne consapevole o di parlare da solo ».

Sulla base di un'esperienza certa su cui l'ipnotista e il soggetto certamente consentono, l'ipnotista tende a creare il presupposto di un'esperienza nuova che vuole produrre. Si vedano altre frasi come questa : « Il suo sintomo la abbandonerà non appena il suo organismo sarà pronto ad espellerlo », « Lei si sentirà tranquillo mentre è rilassato ». L'ovvietà viene poi con una congiunzione o una proposizione causale legata ad un comportamento voluto.

Erickson con verità lapalissiane, tautologie e truismi struttura quello che Rossi chiama uno *yes set* per creare una connessione con ciò che intende provocare : « Lei sta per provare una qualche sensazione e non ha controllo su di essa », « La coscienza dimentica ciò che l'inconscio produce come quando svegliandoci non ricordiamo i sogni, *così* lei non ricorderà ciò che ha vissuto durante la trance ». La accettazione della prima parte della frase crea una aspettativa favorevole che prepara la risposta alla suggestione. Talvolta però l'ovvietà viene posta dopo la frase che descrive il comportamento che si vuole ottenere, come in questo caso : « Lei sentirà la sua mano leggera mentre sta avvertendo una qualche sensazione ». In questo caso lo *yes set* funziona da rinforzo del comportamento richiesto.

7. Ritorniamo ora all'esame degli aspetti pragmatici della comunicazione dell'ipnotista sotto il profilo del rapporto interpersonale che intrattiene con il soggetto.

A questo proposito è opportuno ricordare che ogni messaggio oltre ad un aspetto di *notizia*, che attiene al contenuto di esso, ha un aspetto *comando*, cioè ingiuntivo, in quanto tende a definire il rapporto reciproco con richieste e definizioni più o meno esplicite. La tecnica ipnotica utilizza in vari modi questo aspetto della comunicazione per influenzare il comportamento del soggetto nello specifico rapporto interpersonale che si instaura.

Qual'è la natura di questo rapporto?

I primi psicoanalisti hanno definito questo rapporto come *transfert*; il termine è evidentemente molto generico perché rimane poco chiaro quali rapporti esistono tra il *transfert* che costituirebbe il rapporto in ipnosi, e il *transfert* che costituisce il rapporto tra il paziente e il suo analista, anche perché la ipnotizzabilità, lo si è

potuto dimostrare, non cresce all'aumentare della positività del transfert durante la psicoanalisi.

Haley(10) ha proposto una teoria comunicazionale dell'ipnosi che merita di essere considerata attentamente.

Secondo l'impostazione tipica della Scuola di Palo Alto in California(11) i rapporti tra persone, e in particolare tra due persone, vengono distinti in simmetrici e complementari: il *rapporto simmetrico* è caratterizzato dal fatto che i partners si rispecchiano l'un l'altro minimizzando le loro differenze: ognuno critica l'altro, lo incoraggia, ecc, con comportamenti che tendono ad essere competitivi (escalation simmetrica); nel *rapporto complementare* i partners si comportano in modo differente massimalizzando le loro reciproche differenze, in questa situazione uno dei partners prevale sull'altro: one-up (quello che sta al di sopra) è quello che prevale, e one-down (quello che sta al di sotto) è quello che soccombe; c'è dunque uno che chiede e l'altro che offre, uno che critica e l'altro che accetta la critica, ma ognuno conferma positivamente l'altro. Nel rapporto umano di solito, ma non sempre, la situazione non è prettamente complementare o prettamente simmetrica, ma può slittare dall'uno all'altro dei due tipi. Si parla di meta-complementarietà quando uno dei due partners forza l'altro ad un comportamento complementare. Ogni persona in una relazione definisce la relazione con ciò che dice all'altro e nel modo in cui qualifica ciò che dice.

8. Il genere di messaggi che mettono in questione il rapporto interpersonale vengono definiti come *manovre*: essi consistono in richieste, comandi, suggestioni, istruzioni, in modo che l'altra persona senta, compia o dica qualche cosa e possono consistere anche in commenti sul comportamento comunicativo dell'altro. Questi tipi di manovre sono costantemente intercambiate in ogni tipo di relazione e tendono ad essere maggiormente usate in una relazione instabile, dove due persone sono dirette ad una definizione comune dei

(10) HALEY J., An Interactional Explanation of Hypnosis, in SHOR R., ORNE M., *The Nature of Hypnosis*, Holt Rinehart and Winston, New York, 267, 1965; HALEY J., *Strategie della Psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1974.

(11) WATZLAWICK P., BEAWIN J., JACKSON D., *op. cit.*

loro rapporti. Le manovre o i messaggi di relazione che tendono a mettere in questione il tipo di relazione, a causa della loro natura richiedono una manovra in risposta. Se due persone A e B parlano del tempo si può definire la loro relazione come neutra. Ma quando l'uno o l'altro compie una manovra, la natura della relazione si pone subito in questione : se A chiede a B di fare qualcosa, B immediatamente si pone il problema di sapere se questo è il tipo di relazione che A è in diritto di chiedere ed in particolare se si tratta di una richiesta, una esortazione o un comando categorico. Fino a quando la relazione è in questione, B può fare sia quanto dice A ed accettare la definizione della relazione fatta da A, sia rifiutare di farlo ed usare una manovra per definire differentemente la relazione. Come terza possibilità può fare quanto A vuole, qualificando la sua azione come se permettesse ad A la sua richiesta, ma senza accettare la definizione del rapporto operata da A.

Per fare un esempio, un tizio dice al fratello di portare a spasso il cagnolino e quindi definisce come complementare il loro rapporto. Il secondo può alzare gli occhi al cielo compiendo così una contro-manovra comunicazionale che tende a definire il rapporto come simmetrico. Quello che aveva fatto la richiesta può dire a questo punto che gli chiedeva di portare a spasso il cagnolino perché lui aveva male ad una gamba, aveva le mani occupate, ecc, chiarendo che il rapporto era simmetrico dall'inizio, oppure definendo la situazione come complementare. Talvolta una persona fa in modo che l'altra usi un particolare tipo di manovra, per esempio se A appare bisognoso di cure spinge B a prendersi cura di lui; A nonostante sia curato è in una posizione up in quanto ha arrangiato la situazione in modo da essere lui in condizioni di superiorità, essendo lui che condiziona il comportamento dell'altro. Questo tipo di relazione è quella *meta-complementare* in cui la persona stabilisce un rapporto in cui controlla le manovre dell'altro, egli permette o forza l'altra persona a fare delle manovre che definiscono la relazione in un certo modo.

9. Secondo Haley l'ipnosi può essere descritta come un processo che pone in essere un rapporto complementare: l'ipnotista

suggerisce, e il soggetto segue le istruzioni in modo che l'ipnotista è up e il soggetto è down.

Le tecniche di induzione sono delle *manovre per definire la relazione come complementare* e il seguire le suggestioni è un comportamento di accettazione della definizione del rapporto come tale. La suggestione è dunque una manovra, consistente in una classe di messaggi che stabilisce che tipo di relazione c'è tra due persone. La persona è dunque suggestibile o ipnotizzabile quando accetta un rapporto complementare, in cui dunque è down facendo quello che gli si dice di fare. Se il soggetto non segue le suggestioni è perché cerca di definire la relazione come simmetrica; le resistenze sarebbero dunque contromanovre. In questi casi l'ipnotista può spingere le cose a un livello meta complementare. Quando cioè il soggetto definisce la relazione come simmetrica, per esempio resistendo alla induzione, gli si può dire che lo si sta solamente guidando nella trance e che lui può rimanere e continuare a fare ciò che vuole. Granone dice: «Ora io le insegno a fare...» definendo così comunque la situazione come complementare, anche se il soggetto resiste all'induzione, perché in questo caso significa che è un pessimo allievo e che pertanto deve concentrarsi, impegnandosi maggiormente. Secondo la mia esperienza se il soggetto ride durante l'induzione nel tentativo dunque di definire la situazione come simmetrica, l'unica cosa da fare per rimanere up è quella di dire « molto bene, continui a ridere, bene così... »; il soggetto cessa di ridere in pochi momenti, perché con questa manovra abbiamo reso inautentica la sua manovra simmetrica essendo ancora noi che decidiamo che cosa lui debba fare. È come se gli avessimo detto « Sii spontaneo », che è una condizione che per verificarsi esige l'assenza di direttive in questo senso.

10. Il comportamento di una persona in trance è rappresentato da un tipo di messaggio che è incongruente o nega qualche altro messaggio, ed è poi qualificato da altri messaggi in modo incongruente: per esempio, nella anestesia indotta ipnoticamente il soggetto dice che egli non sta soffrendo. Questa affermazione che è incongruente col fatto che gli viene inflitto uno stimolo doloroso e che il suo polso e la sua pressione rispondono come in un orga-

nismo che sta soffrendo, può essere o non essere confermata però dal modo in cui è profferita, per esempio in modo convinto, scherzosamente, mistificando volontariamente... La caratteristica del messaggio comunicazionale dell'ipnotizzato è questa singola incongruenza, anche se gli sono stati affidati compiti differenti tra loro. Mentre la persona in un contesto comune può manifestare attraverso messaggi multipli una vasta gamma di incongruenze, questa singola incongruenza è ciò che differenzia la trance da altre situazioni caratteristiche nella comunicazione normale. La incongruenza consiste anche nel negare che si sta rispondendo volontariamente all'istruzione dell'ipnotista: il soggetto fa quello che l'ipnotista gli dice e al tempo stesso nega di farlo a seguito di una istruzione ma semplicemente perché sta accadendo. Ogni messaggio è riconducibile a questa formula : « Io (sorgente) comunico (contenuto del messaggio) a te (ricevente) in questa situazione (contesto) ». Il comportamento della trance può negare ciascuno di questi elementi, il soggetto può, per esempio, dire che non è lui che volontariamente sta alzando il braccio; oppure può non rendersi conto del contenuto del suo messaggio, cioè che sta alzando il braccio (l'amnesia si spiega per esempio anche come negazione del contenuto del messaggio), oppure anche possono essere negati l'esistenza del ricevente, cioè dell'ipnotista che può essere ritenuto comunque una persona diversa, o il contesto, come nella regressione d'età quando il soggetto sembra essere in classe e parlare col maestro... e non nella situazione psicoterapica o sperimentale.

Ora vediamo di spiegare come le tecniche di induzione influenzano il soggetto, in modo che faccia qualche cosa che gli è suggerito e al tempo stesso neghi che egli stia facendo quel qualche cosa. Nella levitazione della mano che possiamo prendere come esempio, l'ipnotista dice al soggetto di alzare la mano, ma non volontariamente, e quindi di non essere lui che la alza, anche se solo lui e nessun altro può alzare la mano. Ci sono due tipi di risposta: il soggetto può non fare niente e quindi definire la situazione come simmetrica, oppure egli può alzare la mano e simultaneamente negare che egli la stia alzando e d'altronde alzarla; una terza possibilità può essere quella di alzarla « volontariamente » e allora l'ipnotista supererà questa situazione antagonistica dicendo: «Ma io le

avevo detto di non alzarla apposta ». La paradossalità del messaggio sta nel fatto che l'ipnotista chiede al soggetto di fare qualche cosa e simultaneamente gli chiede di non farlo. Si tratta, di una situazione definita di *doppio legame*, cioè di una situazione in cui una persona commenta un messaggio con un altro messaggio ad un differente livello logico contestuale e incongruente, in un contesto dove l'altra persona deve rispondere a questi messaggi senza poter abbandonare il campo essendo fortemente impegnato nel rapporto, né commentare i messaggi (è noto che l'ipnotista non accetta il colloquio durante l'induzione).

11. Cerchiamo di chiarire con un esempio : una volta durante un corso di ipnotismo un ipnotista diede al suo soggetto questo comando post-ipnotico : « Quando ti sveglierai Gulotta non riuscirà ad ipnotizzarti ». Il che tra l'altro non era mai avvenuto prima di allora. Dopo vari tentativi riuscii a produrre i fenomeni che normalmente vengono attribuiti alla trance con questo tipo di manipolazione: «Io la prego di restare sveglio; mi raccomando non si addormenti e non cada in ipnosi per nessuna ragione al mondo... intanto la prego, respiri profondamente, ecc...». Il soggetto capiva bene da tutto il contesto che cercavo di ipnotizzarlo, ma contemporaneamente gli dicevo di non lasciarsi ipnotizzare, per cui non mi contraddicevo, ma vi era una incongruenza tra tipi logici differenti. È come se gli avessi detto « disobbediscimi » : è chiaro che se mi disobbediva mi obbediva e che se obbediva disobbediva. Di fronte a questi messaggi conflittuali al soggetto non resta che rispondere con un comportamento incongruente, cioè obbedendo come se disobbedisse. Così nel nostro caso cadendo in trance e al tempo stesso negando di esservi.

La formulazione « disobbedisci » per il suo effetto pragmatico è piuttosto frequente nell'argomentazione ipnotica : « Ora le tue mani si uniscono e se cerchi di staccarle fai molta fatica, e fai anche molta fatica ad avere voglia di farlo, non hai voglia di volerlo. Prova a staccarle?! »

Con soggetti molto resistenti e che rifiutano ogni rapporto pur desiderando la terapia, per esempio adolescenti o devianti, Erickson adotta una tecnica del tipo « disobbediscimi » facendo leva sulla lo-

ro ambivalenza. Provoca il soggetto in modo che venga guidato a fare esattamente l'opposto di quello che l'ipnotista dice, ma che quest'ultimo si aspetta(12). Per esempio: « Lei non riuscirà a stare seduto, neanche a stare in piedi, o a cambiare sedia, lei ha paura di me, di stringermi la mano, è molto pauroso per questo non si avvicina, non oserà tentare di farsi ipnotizzare, non avrà il coraggio di stare zitto ad ascoltarmi, lei ha paura di chiudere gli occhi... ».

Nella situazione della induzione comune l'ipnotista dice in sostanza sia pure con formule diverse: «Fai quello che ti dico, ma non fare quello che ti dico». Il soggetto dice: «Sto facendo quello che mi dici di fare, ma non sto facendo quello che mi dici di fare ».

A mio modo di vedere gli ipnotisti sono poco ipnotizzabili (13), in quanto sfuggono la situazione di doppio legame commentando, seppure anche solo mentalmente, la incongruenza del messaggio.

Nella relazione ipnotica quando il soggetto resiste, fa delle contromanovre per ridefinire la situazione da complementare a simmetrica, se non che la posizione dell'ipnotista impedisce di definire la situazione come simmetrica, perché se qualcuno ci chiede di fare qualche cosa e se simultaneamente ci chiede di non farla, non possiamo evitare di seguire le sue suggestioni. Sia che il soggetto risponda, sia che non risponda a quanto gli si chiede di fare, l'ipnotista è sempre up nella situazione complementare in quanto il soggetto fa comunque quello che gli si dice. Il soggetto può solo comportarsi simmetricamente commentando la contraddizione e abbandonando il campo cioè interrompendo la seduta di ipnosi. L'ipnotista non solo previene il fatto che il soggetto possa comportarsi in modo simmetrico, forzandolo a comportarsi in modo complementare, ma previene anche il soggetto dal comportarsi in modo complementare. Se il soggetto resiste all'ipnotista e quindi si comporta in modo simmetrico, l'ipnotista può chiedergli di resistere, sfidandolo, e così lo forza a comportarsi in modo complementare. Così se un soggetto si comporta in modo complementare e segue le suggestioni in modo volontario l'ipnotista allora gli chiede di comportarsi simmetricamente, cioè gli chiede di rifiutare le sugge-

(12) ERICKSON M. K., ROSSI E. e al., *op. cit.*, 72.

(13) MARCUSE F., *Hypnosis Fact and Fiction*, Pelican, Baltimore, 1961, 90.

stioni in modo volontario, impedendo dunque ancora al soggetto di definire la situazione interpersonale.

L'importanza degli aspetti comunicazionali nello studio dell'ipnosi è stato bene evidenziato da Haley(14) che fa notare: «Nel campo dell'ipnosi l'accento è sempre stato posto sull'individuo e con particolare cura si è affrontato il problema della classificazione degli individui in soggetti ipnotici buoni o cattivi. I tentativi di trovare una correlazione tra il tipo di personalità e la suscettibilità all'ipnosi sono però sempre falliti, nonostante l'uso di numerosi tests proiettivi e attitudinali. Non sarebbe stato difficile prevedere un tale fallimento se si fosse partiti dal presupposto per cui il comportamento ipnotico è un comportamento di risposta nell'ambito di una relazione, piuttosto che un aspetto del « carattere » di una persona. In questo senso, l'unico test in grado di individuare i soggetti ipnotici buoni e cattivi dovrebbe essere un test che potesse valutare il comportamento di risposta in una situazione relazionale. I tests di suggestione «in stato di veglia», i cosiddetti tests di suggestionabilità, si avvicinano a questo tipo di valutazione. Ma spesso sono applicati senza nessuna consapevolezza del fatto che sono sinonimi di una induzione ipnotica. Se si semplifica l'induzione ipnotica riconducendola a uno schema formale di richieste di comportamento volontario qualificate da richieste di comportamento involontario, l'analogia con un test di suggestionabilità diventa evidente. Per fare un esempio, nel test del « barcollamento » al soggetto si chiede di stare immobile e poi gli si dice di incominciare a barcollare involontariamente. Non ci sorprende che i soggetti che rispondono in modo adeguato a questo test rispondono in ugual modo alla induzione ipnotica, dal momento che questo test è una forma di induzione ipnotica. Sembrerebbe piuttosto che determinati individui rispondano con il comportamento ipnotico quando si trovano di fronte a istruzioni paradossali. Si potrebbe supporre che questa risposta sia stata « appresa » da un'esperienza passata. Una ricerca approfondita delle « cause » della suggestionabilità ipnotica dovrebbe analizzare gli schemi familiari nelle relazioni dei soggetti buoni e

(14) HALEY J., *Strategie della psicoterapia, cit.*, 74, 75.

probabilmente ci si troverebbe di fronte ad una serie di istruzioni paradossali. D'altra parte una ricerca del genere esigerebbe l'analisi e la valutazione del soggetto insieme ai membri della sua famiglia, dato che difficilmente si può presumere che questi sia cosciente o che sia in grado di ricordare con precisione gli schemi in cui era organizzato il comportamento comunicativo della sua famiglia ».

Riassumendo da un punto di vista comunicazionale ed interpersonale, per Haley l'ipnosi è una situazione di doppio legame in cui l'ipnotista invia due messaggi incongruenti tra loro all'ipnotizzato, il quale non può abbandonare il campo, né commentare l'incongruenza, trovandosi così nella necessità di rispondere paradossalmente a tutti e due i messaggi, nonostante la loro incongruenza, sviluppando quella che si chiama la « logica della trance ».

12. Tutte le manovre dell'ipnotista sono dirette ad impedire a che l'ipnotizzato commenti la situazione, e a che l'ipnotizzato si trovi sempre down. Per esempio, durante la induzione della trance si può usare come un intercalare « bene... bene » anche se non succede niente di quello che si aspetta che succeda o di quello che si è appena suggerito che debba succedere, in modo che qualunque tentativo da parte dell'ipnotizzato di rendere simmetrico il rapporto viene frustrato dal fatto che è l'ipnotista che qualifica quello che avviene come estremamente positivo, forzandolo dunque nella situazione complementare.

Questa concezione comunicazionale tutta tesa a mantenere one-up l'operatore, influenza la tecnica di induzione e terapeutica *creando una relazione controllata*.

Allo scopo, per esempio, di solito si tende a rendere inautentica qualsiasi iniziativa il soggetto tenga spontaneamente o volontariamente, istruendolo perché compia proprio ciò che sta compiendo. Solo se si tratta di una condotta che intralcia la procedura e che si capisce potersi limitare con una semplice richiesta e che il soggetto compie più per poca comprensione della tecnica che per resistenza, gli si può chiedere di non comportarsi come si stava comportando (per esempio se parla quando invece dovrebbe ascoltare). Quando il comportamento è di resistenza e di opposizione alle manovre del-

l'ipnotista, da Erickson e da Haley(15) si può imparare ad utilizzare tutte le difese che il paziente oppone a proprio vantaggio, incorporandole nella procedura di induzione e quindi ponendole sotto il proprio controllo : se ride egli si chiede di ridere più forte, se anziché cadere indietro cade in avanti è l'ipnotista che gli chiede di farlo, se dice che ritiene di non essere ipnotizzabile gli si dice che forse è vero, ma che però si possono ottenere risultati più modesti sotto la sua vigilanza. Ad esempio nella tecnica della levitazione della mano, se questa resta inerte e non si muove si può dire al soggetto che questa è la prova che è già profondamente rilassato, tanto da essere già pronto a passare a livelli più profondi. Se invece la mano si è sollevata e comincia a scendere da sola, si può dire che questo è il segno di un approfondimento dell'ipnosi. Gli si inviano così delle prescrizioni del tipo « si spontaneo » « sii autonomo », « disobbediscimi », la cui paradossalità consiste nel fatto che è l'ipnotista che gli dice cosa deve fare, cioè essere spontaneo, autonomo, disobbediente, che sono condizioni che presuppongono per realizzarsi l'assoluta assenza di istruzioni esterne o meglio di autorizzazioni ad esserlo, così il soggetto è sotto il controllo dell'ipnotista in qualunque caso, sia che segua, sia che non segua le istruzioni. Sostenere, come spesso accade, che ogni etero-ipnosi sarebbe in fondo un'auto-ipnosi è una manovra di questo tipo, come diatriba accademica per me non ha senso.

Anche parlare « psicoanalitico » può essere utile, come in questa istruzione aperta : « Se il tuo inconscio vuole che tu entri in trance il tuo braccio destro diventerà leggero altrimenti quello sinistro ». Come è chiaro in questo ultimo caso, quale che sia la risposta va sempre bene. Altro esempio : « Non importa cosa il tuo conscio pensa perché il tuo inconscio che sa cosa fare ». Con questa affermazione si può squalificare ogni atteggiamento scomodo del soggetto.

Talvolta può essere utile formulare delle istruzioni alternative di cui una appaia al soggetto peggiore, così che nella illusione di libertà di scelta, questi si diriga su quella che l'ipnotista aveva preor-

(15) HALEY J., *op. cit.*

dinato : per esempio, « Preferisce avere una amnesia post-ipnotica totale o ricordare qualche cosa? ».

Talvolta addirittura la connessione tra due alternative può essere formulata in modo astruso, il che lascia intendere al soggetto che esiste qualche nesso recondito che a lui sfugge : « Vuole cambiare sedia o sentire il suo braccio irrigidirsi? ».

Per mantenere questa condizione di controllo bisogna non fallire mai o quasi e pertanto tendo a formulare i miei messaggi, come d'altronde tutti gli ipnotisti, in modo preordinatamente ambiguo, così che la ragione dell'insuccesso non possa mai ricadere su di me : « Provi ad immaginare un lavagna » ; « Provi ad immaginare di non riuscire ad aprire un pugno » ; « Ora le insegno a sentire il braccio rigido »... O per tentare di ottenere una amnesia post-ipnotica « Lei ricorderà solo ciò che il suo Io è disposto ad accettare »...

Si tratta di creare una situazione per cui l'ipnotista venga esperito dal soggetto come persona per così dire onnipotente. Per questo la liturgia comune dell'induzione può essere utile, perché soddisfa l'immagine che il soggetto si fa dell'ipnotista, ma è intralciante quando il terapeuta si prefigga di creare attraverso quel rituale (sdraiarsi nel lettino, la stanza nella penombra, la voce bassa e suadente che ripete in tono monocorde parole molto semplici dirette principalmente ad assonnare), uno stato di coscienza particolare.

La più parte degli ipnotisti sembra ritenere sulla base di queste premesse, e me ne accorgo particolarmente in sede didattica, che gran parte del successo dipende dalla correttezza della strutturazione e della sistematica delle istruzioni che dovrebbero essere calibrate in una specie di escalation sulla cui organizzazione tutti hanno delle idee molto precise pur riconoscendo che ipnotisti ugualmente esperti hanno « stili » differenti dal loro.

Resta il sospetto che l'intento di allontanare l'alone di magico che l'ipnosi si trascina come stimate è più una affermazione di principio che un impegno vissuto costantemente. Il lettino, la penombra e le formule sacramentali rischiano di diventare degli « abracadabra » per lo più inaccettabili scientificamente, pericolose didatticamente, e inutili clinicamente.

Così se il soggetto non manifesta le condotte da loro suggerite dichiarandole come involontarie, se ne deduce che il soggetto offre particolari resistenze o che non è ipnotizzabile.

Né l'una né l'altra delle ipotesi mi sembrano giustificare in ogni caso l'insuccesso che invece è spesso causato proprio dal ritenere che bisogna creare uno stato di coscienza particolare nel soggetto e che non tutti sono in grado di esperirlo.

Poiché per me le cose stanno differentemente mi pongo dinanzi al soggetto come se dovessi fare di tutto per essergli simpatico, per piacergli, per farmi apprezzare da lui, e pongo in essere una serie di manovre comunicazionali dirette a questo scopo.

Si tratta di un atteggiamento ed un conseguente comportamento «machiavellico», come oggi usa dire nella psicologia sociale statunitense(16) per il quale si tende ad insinuarsi tra le «pieghe dell'anima» del soggetto onde ottenere che i propri intenti divengano per lui motivazione, senza che egli concepisca il rapporto con l'ipnotista come una imposizione inderogabile da parte di questi, né come una supina e volontaria accettazione della volontà dell'ipnotista da parte sua.

Se non si riesce nei propri intenti si può attribuire l'insuccesso per lo più ad errori nella manipolazione e qualche volta ad una sorta di incompatibilità tra l'ipnotista e il soggetto così come capita nella vita che non si riesca ad essere simpatici a qualcuno nonostante tutti gli sforzi. D'altronde l'attrazione interpersonale è un fenomeno provato sperimentalmente, e può ben capitare che tra l'ipnotista e il soggetto vi sia una valenza negativa (17).

13. Le *comunicazioni non verbali* meritano particolare attenzione dato che molti messaggi tra ipnotista e ipnotizzato avvengono per via extra-verbale. Se è vero che noi comunemente parliamo per mezzo degli organi vocali ma comunichiamo con tutto il corpo, ciò vale in particolare in una condizione così ricca emotivamente come quella ipnotica.

(16) CHRISTIE R., GEIS F., *Studies in Machiavellianism*, Accademie, New York, 1970.

(17) BERSCHIED E., WALSTER E., *Interpersonal Attraction*, Addison-Wesley, Menlow Park, 1969.

Si è visto che uno dei comportamenti principali dell'ipnotista efficace è quello di decifrare lo stato emotivo del soggetto per ratificarlo preparandolo al cambiamento che egli si prefigge. La ratificazione del comportamento se questo è osservabile è semplice, ma quello che si riferisce a processi intrapsichici è più difficile per questo è opportuno riferire abbastanza dettagliatamente come attraverso la corretta lettura dei messaggi non verbali del soggetto, l'ipnotista possa migliorare la sua percezione interpersonale.

Racconta Behars(18) che Erickson, richiesto di riassumere l'essenza del comportamento di una buona terapia in una parola, l'abbia riassunta in questa : « Osserva! ».

La percezione interpersonale infatti è condizionata dalla decifrazione o decodificazione dei messaggi non solo verbali, ma anche non verbali degli interlocutori che con questa attività esprimono un giudizio che implica le condizioni e le regole del successivo svolgersi della interazione. Attraverso il comportamento non verbale l'emittente specifica e completa il suo pensiero espresso con la comunicazione verbale, a volte surrogandola pienamente e indica l'atteggiamento che lui emittente ha verso il messaggio (per esempio facendo l'occhiolino, «sto scherzando»), verso se stesso: «sono un tipo scherzoso » e verso l'altro « mi piace scherzare con te » ; per questo le comunicazioni non verbali sono spesso chiamate *metacomunicazioni* (19).

La comunicazione non verbale molto spesso riguarda gli stati emotivi e può completare o sostituire la manifestazione verbale degli stessi. La Wolff(20) ha individuato vari tipi di comportamento correlati a diverse condizioni emotive:

(18) BEHARS I. O., Integrating Erickson's Approach, in *Am. J. Clin. Hyp.*, 1977, 60.

(19) Gli spunti principali per questo paragrafo li ho tratti da RICCI BITTI P. E., CORTESI S., *Comportamento non verbale e comunicazione*, Il Mulino, Bologna, 1977, cui si rinvia per ulteriori approfondimenti; vedi anche SCHELLEN A., *// linguaggio del comportamento*, Astrolabio, Roma, 1977. Le classificazioni proposte sono estratte in prevalenza da ARGYLE M., *// corpo e il suo linguaggio*, Zanichelli, Bologna, 1978; EKMAN P., FRIESEN W., The Repertorie of Non Verbal Behavior, in *Semeiotica*, 1969, 49.

(20) WOLFF C., *A Psychology of Gesture*, Neen Thue London, 1945.

1) Inibizione estrema: Movimenti di ritiro-rinuncia, movimento stereotipato, toccarsi i capelli, generale agitazione motoria, movimenti privi di necessità.

2) Depressione: Movimenti lenti, scarsi, esitanti, non enfatici, tendenza a nascondere i gesti.

3) Euforia esaltazione: Movimenti rapidi, espansivi, ritmici, spontanei, enfatici, che si autosostengono, ostentati.

4) Ansietà: Gestì di avvolgere i capelli, nascondere il volto, di torcersi e stringersi le mani, aprire e chiudere i pugni, strapparsi le ciglia, grattarsi il viso, tirarsi i capelli, agitarsi senza scopo, muoversi con irrequietezza».

Argyle poi ha così classificato i segnali che possono rappresentare una comunicazione non verbale significativa:

1) Contratto fisico; 2) Vicinanza; 3) Orientamento; 4) Aspetto esteriore; 5) Postura; 6) Cenni del capo; 7) Espressioni del volto; 8) Gestì; 9) Sguardi; 10) Aspetti non linguistici del discorso.

Ekman e Friesen, come hanno ben riassunto Ricci Bitti e Cortesi, hanno individuato 5 gruppi di comunicazioni non verbali che si riferiscono in genere a tutte le parti del corpo ma in particolare ai gesti con le mani. Alcuni di questi sono segnali « emblematici » (emblems), ovvero segnali emessi intenzionalmente aventi un significato specifico che può essere tradotto direttamente in parole; tipici gesti emblematici sono l'atto di scuotere la mano in segno di saluto, il chiamare attraverso cenni, l'atto di indicare; essi possono ripetere o sostituire il contenuto della comunicazione verbale, possono essere utilizzati quando la comunicazione verbale è ostacolata, possono sottolineare gli aspetti ritualizzanti dello scambio verbale (saluto, congedo). I gesti « illustratori » (illustrators) sono rappresentati da tutti quei movimenti che la maggior parte degli individui realizza nel corso della comunicazione verbale e che illustrano ciò che si va dicendo. Alcuni di essi scandiscono le parti successive del discorso e potrebbero essere considerati alla stregua di un sistema di punteggiatura, altri ampliano o completano il contenuto della comunicazione indicando relazioni spaziali, delineando forme di oggetti o movimenti. Sono gesti emessi consapevolmente e in qualche

caso anche intenzionalmente (come del resto i gesti emblematici) e variano in relazione al background etnico e culturale dell'individuo. Altri segnali non verbali sono « indicatori dello stato emotivo » della persona che li emette (affect displays); anche se il canale principale per l'« ostentazione » degli stati d'animo è rappresentato sul volto, anche i gesti svolgono un ruolo in questo senso; infatti l'ansia e la tensione emotiva producono mutamenti riconoscibili nei movimenti di un individuo; un gesto tipico appartenente a questa categoria è rappresentato dall'atto di scuotere un pugno in senso di rabbia. Movimenti e gesti vengono prodotti da chi parla o da chi ascolta allo scopo di regolare la sincronizzazione degli interventi nell'ambito del dialogo : sono i segnali « regolatori » (regulators) che tendono a mantenere il flusso della conversazione e che possono indicare a chi parla se l'interlocutore è interessato o meno, se desidera parlare, se desidera interrompere la comunicazione, ecc; oltre ad alcuni tipici gesti delle mani possono servire a questo scopo anche i cenni del capo, l'inarcamento delle sopracciglia, mutamenti nella posizione ecc. Esistono infine alcuni gesti non intenzionali che le persone usano sistematicamente, avendo in precedenza imparato a riconoscerne l'utilità, e che restano parte del repertorio comportamentale dell'individuo che se ne serve a scopo autoregolativo nelle diverse situazioni della vita quotidiana; sono gesti di « adattamento » (adaptors), che rappresentano un modo di soddisfare e controllare bisogni, motivazioni ed emozioni concernenti le particolari situazioni in cui l'individuo viene a trovarsi; appresi generalmente nell'infanzia come parte di un globale modello di comportamento adattivo, rappresentano, nell'adulto, segnali abituali generalmente inconsapevoli, non intesi a comunicare un messaggio specifico. Ekman e Friesen distinguono nell'ambito di quest'ultima categoria tre tipi di segnali non verbali : i gesti « auto-adattivi » (self-adaptors), di cui sono esempi tipici tutti i movimenti tipici di manipolazione del proprio corpo che gli individui realizzano nel corso dell'interazione; i gesti di « adattamento centrati sull'altro » (alter-adaptors) e i gesti di « adattamento diretti su oggetti » (object-adaptors). Gli autori sottolineano che le cinque categorie di gesti da loro individuate non hanno carattere di esclusività, nel senso che un gesto non

rientra necessariamente in una sola delle categorie, ma può collocarsi in più di una di esse.

Per questo oltre all'espressione del volto, sede privilegiata dell'espressione e delle emozioni, l'ipnotista deve tener conto dei mutamenti della posizione degli occhi, della bocca, delle sopracciglia, e dei muscoli facciali, tenendo conto però che spesso la manifestazione delle emozioni è in qualche modo inquinata; secondo Ekman e Friesen ciò può avvenire in quattro modi diversi:

1) De-intensificare l'indizio visivo di una certa emozione: per esempio mostrare un leggero spavento mentre si prova una tremenda paura; 2) Aumentare l'intensità: avere una paura moderata e simularla enorme; 3) Sembrare indifferente: mostrare un'espressione neutra mentre si prova emozione; 4) Mascherare l'emozione provata: avere paura e ostentare sicurezza, dissimulare quindi l'emozione realmente provata simulandone una non provata.

Particolare rilevanza meta-comunicativa nelle espressioni ed emozioni del volto hanno le sopracciglia. Argyle ha così individuato i rapporti tra emozioni e movimenti delle sopracciglia: «sopracciglia completamente inarcata: incredulità; sopracciglia semiinarcata: sorpresa; sopracciglia normali: indifferenza; sopracciglia semiabbassate: perplessità; sopracciglia completamente abbassate: collera».

Anche l'aspetto esteriore, come il vestiario, il trucco e l'acconciatura rappresentano segnali non verbali altamente comunicativi. L'auto-manipolazione di sé che avviene attraverso la scelta dell'abbigliamento e della acconciatura è un mezzo di presentarsi agli altri per fare in modo che gli altri ci vedano come noi ci vediamo.

Anche gli aspetti non linguistici del linguaggio hanno una portata meta-comunicativa del chiaro significato.

Queste aree extra linguistiche possono essere così classificate:

- A) Stile del linguaggio;
- B) Selezione e varietà del lessico;
- C) Pronuncia e accento (dialetto);
- D) Dinamica della voce:

- 1) Qualità della voce e intonazioni retoriche;
- 2) Ritmo;
- 3) Continuità
 - w) Pause di silenzio;
 - b) Non fluenze;
 - e) Intrusioni, manierismi del discorso;
- 4) Ritmo e eloquio.
- 5) Altri fenomeni temporali
 - a) Durata delle elocuzioni;
 - b) Ritmi di interazione;
 - e) Latenza;
- 6) Emissione verbale e produttività.

Nel rapporto ipnotico grande importanza ha il modo in cui l'ipnotizzato parla; è soprattutto attraverso il tono infatti che questi esprime le sue emozioni. Qui di seguito allora riassumo in uno specchio ciò che sperimentalmente si è riuscito ad individuare nei rapporti tra emozioni e verbalizzazioni⁽²¹⁾ (cfr. fig. pag. 220).

Per capire meglio come sono stati fissati questi rapporti occorre tenere presente che il volume e il tono sono collegati alla dimensione fisica dell'ampiezza e frequenza del suono dell'onda: il timbro è riferito alla forma della cavità dell'apparato orale; la pronuncia alla precisazione con cui sono formate le consonanti; l'inflessione e il ritmo riguardano modelli più che singole dimensioni e dipendono dal volume, dal tono e dalla velocità.

Con particolare attenzione si è studiata la riconoscibilità dell'angoscia attraverso la voce e si è così notato che questa emozione, non confrontabile né con l'ira né con paura, ha la caratteristica di disturbare il discorso in modo incisivo e di renderlo esitante.

Mahl ha distinto otto categorie di disturbi del discorso connessi alle emozioni sottostanti: interiezioni del tipo «ah! », frasi alterate, ripetizioni, omissioni, balbettamenti, lapsus, frasi incomplete, suoni incoerenti ed inutili. Questi elementi disturbanti possono essere definiti ed osservati con precisione ed è stata stabilita una certa

(21) ROBINSON W. P., *Language and Social Behavior*, Penguin, Harmondsworth, 1972.

Emozioni	Volume	Tono	Timbro	Velocità	Infessione	Ritmo	Pronunci
affetto	tenue (debole)	basso	risonante	lenta	calma o tendente all'alto	regolare	confusa
collera	forte	elevato	squillante	rapida	irregolare su e giù	irregolare	mangiando le parole
noia	moderato al basso	moderato al basso	moderatamente risonante	moderatamente lenta	monotona o generalmente cadente	—	un poco confusa
buon umore (allegria)	moderatamente alto	moderatamente alto	moderatamente squillante	moderatamente rapida	su e giù	regolare	—
impazienza	normale	normale o moderatamente alto	moderatamente squillante	moderatamente rapida	tendente all'alto	—	un poco biasciata
gioia	forte	alto	modestamente squillante	rapida	verso l'alto (ascendente)	regolare	—
tristezza	tenue	basso	risonante	lenta	verso il basso	pause irregolari	confusa
soddisfazione	normale	normale	un poco risonante	normale	tendente all'alto	regolare	un poco confusa

frequenza di ripetizione : uno ogni sedici parole, cioè uno ogni 4-6 secondi di discorso, sufficientemente alto da poter essere usato come indice dei cambiamenti negli stati emozionali (22).

Come in qualunque interazione il soggetto comunica con l'ipnotista attraverso più canali verbali e non verbali.

Quando i messaggi dei differenti canali sono congruenti tra di loro, il soggetto esprime, sia con la comunicazione, sia con le meta-comunicazioni, cioè le comunicazioni non verbali, le stesse idee e le stesse emozioni.

Talvolta invece esiste incongruenza nel senso per esempio che il soggetto comunica verbalmente « non sono ipnotizzato » con un atteggiamento molto rilassato, pallore, difficoltà di parola, ecc. Se l'ipnotista non riesce, con le proprie comunicazioni a rispondere a questa incongruenza sui due livelli del messaggio (per esempio dicendo « non importa che lei si senta ipnotizzato, quello che serve è che lei mi appaia rilassato » atteggiando l'ipnotista il proprio corpo in una situazione di rilassamento) rischia di incontrare la cosiddetta resistenza.

Se vi è congruenza l'ipnotista dovrà rispondere con una condotta congruente, per esempio dicendo che il suo braccio diventerà più « leggero » in modo che « leggero » sia detto con tono più sollevato, con gli occhi tendenti verso l'alto e alzando leggermente il proprio braccio (23).

14. Ma anche *l'ipnotista fa uso di comunicazioni non verbali*: queste per essere efficaci debbono essere congegnate in modo da essere congrue con gli effetti che egli vuole produrre. Una delle principali è l'uso delle *pause* che serve quale punteggiatura del discorso, a lasciare il tempo al soggetto di vivere le esperienze suggerite. Così per esempio può essere utile variare il *tono della voce* per ottenere determinati effetti : tutti gli ipnotisti per esempio, allo scopo di « addormentare » un soggetto usano un tono monocorde, ripetiti-

(22) MAHL H. F., « Normal » Disturbances in Spontaneous Speech, in *Amer. Psychologist*, 1956, 390.

(23) GRINDER J., DELORIER J., BANDER R., *Patterns of Hypnotic Techniques of Milton H. Erikson*, voi. II, Meta, Cupertino, 1978.

vo, tedioso, che riattiva l'esperienza dell'addormentamento da parte della madre durante l'infanzia.

Durante la regressione dell'età, per dare l'idea di una voce che viene da lontano si può girare la testa e abbassare il volume della voce. Altre volte nella tecnica della interposizione si può parlare muovendosi su una sedia mobile, alla sinistra del soggetto quando si pronunciano frasi del discorso generale e alla sua destra quando si pronunciano le « frasi chiave » della suggestione con un tono diverso che funge da « segnale di attenzione ».

Ma l'induzione può essere puramente gestuale. Le reciproche posizioni dell'ipnotista e dell'ipnotizzato possono essere considerate, secondo la terminologia di Scheflen (24) una *unità posizionale*. La tecnica posizionale che segue può essere adottata con persone che non comprendono la lingua parlata dall'ipnotista o a cui è stata provocata la sordità ipnotica, a scopi didattici.

Ci si siede davanti al soggetto che si vuole ipnotizzare, in silenzio. Poi si comincia pian piano a muoversi e a gestire come lui, assumendo le sue posizioni quasi come se si guardasse nello specchio. Quando si è creato il circuito di retroazione tra l'ipnotista e lui, talché per lui non è più chiaro chi dei due fa il movimento che l'altro riproduce, si comincia a direzionare il suo comportamento producendo delle iniziative autonome per piccoli movimenti. Se il soggetto li segue, si è a buon punto. Poi si cominciano a compiere gesti da persona che sta per essere ipnotizzata : si respira profondamente tecnicamente, ci si rilassa ecc... Poi per ottenere la levitazione della mano si appoggia la propria sopra la sua, che ha appoggiato con il palmo sulla propria coscia, prima facendo pressione e poi alleggerendo il peso in modo che egli abbia l'impressione della leggerezza. Con soggetti che appaiono molto responsivi si mette la propria mano sopra la loro di circa 5 centimetri e poi la si solleva leggermente segnalandogli implicitamente che la sua si deve sollevare. Altre volte si pone la propria mano con il palmo rivolto verso il dorso della sua a circa 10 centimetri e quindi la si alza e la si abbassa da questa posizione suggerendo abbastanza esplicitamente il sollevamento della mano.

(24) SCHEFLEN A., *op. cit.*

Erickson usa una tecnica induttiva che ha del magico : quella della stretta di mano (25) il cui avvio si fonda sulla sorpresa e sulla confusione che essa genera. Se Erickson sta tenendo una dimostrazione si rivolge ad uno tra i presenti che gli appare presentare una «attenzione responsiva», condizione che a livello non verbale ci segnala atteggiamenti, motivazioni ed aspettative positive nei confronti dell'induzione, e si dirige sorridendo verso di lui tendendogli la mano in modo che così faccia l'altro. Gli stringe quindi la mano. Quando abbandona la mano dell'altro lo fa in maniera incerta ed irregolare, ritirando adagio la sua ed aumentando leggermente la pressione con il pollice, poi con il mignolo e poi con il medio, ma sempre in maniera incerta, irregolare, esitante, e ritirando infine la sua mano con tanta delicatezza da non far provare all'altro alcuna sensibile percezione del momento in cui aveva abbandonato la sua mano, o di quale parte della sua mano aveva toccato per ultima. Si tratta di un puro e semplice richiamo dell'attenzione senza che costituisca uno stimolo per una risposta. L'intenzione del soggetto di liberarsi dalla stretta è bloccata da questa focalizzazione dell'attenzione, che provoca un'aspettativa. Subito dopo e non proprio simultaneamente (per assicurare un riconoscimento neurale separato) si tocca il palmo della mano gentilmente imprimendo una leggera pressione verso l'altro. A ciò segue un altrettanto leggero tocco verso il basso e allentando poi il contatto in maniera così lenta e leggera che il soggetto non sa esattamente quando ciò avverrà, così la mano del soggetto non va ne in su ne in giù, ma resta catalettica, cioè sospesa a mezz'aria.

Qualche volta si danno anche dei piccoli tocchi sia laterali che mediani, cosicché la mano è ancora più regolarmente catalettica. Con il proprio sguardo Erickson indica al soggetto di notare quello che sta avvenendo alla sua mano. Altre volte per non mancare la sorpresa iniziale immobilizza la propria espressione facciale prima sorridente, in un atteggiamento serio e pensoso fissando un punto lontano dietro le spalle del soggetto. Poi lentamente e impercettibilmente stacca la sua mano da quella del soggetto muovendola

(25) ERICKSON M. H., Tecniche mirriate nell'ipnosi e loro implicazioni, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma 1978, 138; ERICKSON M. H., ROSSI E. L., ROSSI I. S., *op. cit.*, 180.

verso un punto fuori dalla sua visuale. Così come anche fa per la propria testa che pone fuori dalla vista del soggetto. Ecco come Erickson descrive la tecnica nel libro scritto con Rossi:

« Dai la suggestione di un movimento verso il basso della mano destra ferma nella posizione catalettica con un piccolo tocco. Nello stesso tempo con l'altra mano dai un leggero tocco verso l'alto alla mano sinistra del soggetto. Così hai la sua mano sinistra che sale e quella destra che scende. Quando la mano destra raggiunge le ginocchia, si ferma. Mentre il movimento della sinistra può fermarsi, come continuare.

Do anche un altro tocco e la dirigo verso la faccia cosicché in qualche modo tocchi un occhio. Ciò provoca la chiusura degli occhi ed è molto efficace nell'indurre una trance profonda senza pronunciare

alcuna parola.

Vi sono altre suggestioni non verbali: per esempio che fare se il soggetto non risponde ai miei tentativi con la mano destra e la situazione appare senza speranze? Se non mi sta guardando in faccia, i miei movimenti lenti, gentili, al di fuori della situazione, lo costringono a guardarmi. Assumo un'espressione fredda, localizzo il mio sguardo e con un movimento lento della testa dirigo il suo sguardo sulla sua mano sinistra, verso cui la mia mano destra lentamente, in apparenza involontariamente, si sta muovendo. Allorché la mia destra tocca la sua sinistra con un movimento leggero verso l'alto, la mia mano sinistra con una gentile fermezza, giusto quella necessaria, preme sulla sua destra per un momento, finché non si muove. In questo modo confermo e -riafferma il movimento verso il basso della sua mano destra, una suggestione che egli accetta insieme a quella tattile della levitazione della mano sinistra. Questo movimento verso l'alto è aumentato dal fatto che egli respira a tempo con me e che la mia mano destra dà alla sua mano sinistra un leggero tocco verso l'alto nel momento in cui sta per incominciare una inspirazione. Questo è ulteriormente rinforzato da qualsiasi visione periferica che egli nota dei miei movimenti corporei verso l'alto, allorché aspiro e allorché sollevo lentamente il mio corpo e la testa in su e indietro, quando dò quel tocco in su alla sua mano sinistra ».

CAPITOLO VII

FENOMENOLOGIA DELL'IPNOSI

« Tutti noi portiamo una maschera, e colui che s'addormenta lascia cadere la maschera. Perciò è indiscreto guardare un uomo che dorme. Un viso addormentato è un po' come una lettera non diretta a noi ».

SACHA GUITRY

SOMMARIO: 1. Profondità dello stato ipnotico. — 2. Risposte volontarie ed involontarie. — 3. I compiti postipnotici. — 4. La produzione sperimentale della fenomenologia ipnotica. — 5. Distorsioni percettive; le allucinazioni e la distorsione temporale. — 6. L'ipnosi come tecnica proiettiva. — 7. L'ipnosi nell'induzione ed interpretazione dei sogni. — 8. L'ipnosi nelle libere associazioni. — 9. La scrittura automatica. — 10. Conflitti sperimentali. — 11. Transidentificazione. — 12. Alterazioni della memoria: amnesia, amnesia postipnotica, amnesia postipnotica della fonte, altri tipi di amnesia. — 13. Regressione d'età.

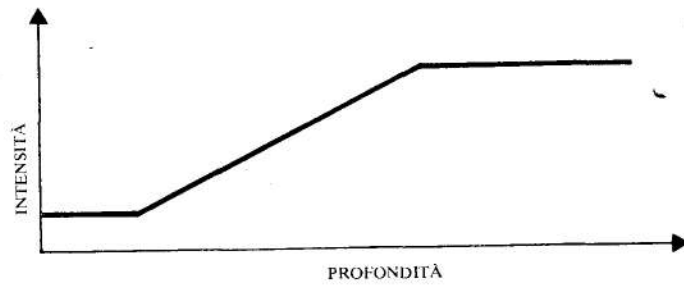
1. La fenomenologia ipnotica è solitamente correlata alla profondità dello stato ipnotico. Per coloro che non ritengono utile né provata, la concettualizzazione di uno stato ipnotico, il concetto di *profondità* è di conseguenza pleonastico. Tutti gli studiosi sono comunque d'accordo che al più, il termine « profondità » rappresenta una conveniente metafora (1) come quando si parla di profondità del sonno. Essa è valutabile, almeno allo stato delle nostre conoscenze, solo in relazione alla esperienza del soggetto. Essa infatti non è direttamente correlata con il verificarsi di taluni fenomeni, dato che essi si possono verificare senza che il soggetto appaia né si senta « sprofondato nella trance » e viceversa.

(1) TART C, *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma, 1977, 191; HILGARD E. R., *Divided Consciousness*, Wiley, New York, 1977, 167.

15. G. GULOTTA, *Ipnosi*.

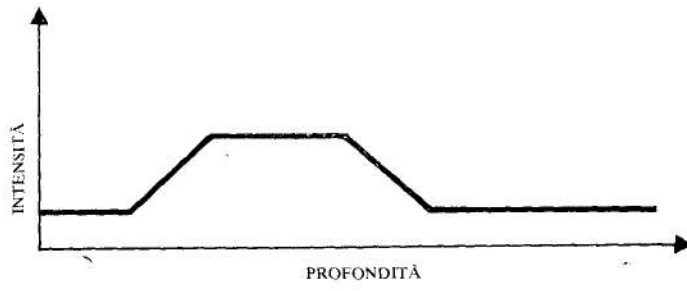
Tart(2) definisce un d-SoC (discreto stato di coscienza) come un raggruppamento di funzionamenti psicologici in una regione di spazio esperienziale. Si possono verificare variazioni quantitative negli aspetti dell'esperienza e del funzionamento psicologico, variazioni che sono in rapporto con quello che chiamiamo profondità o intensità di uno stato di coscienza. «Il concetto di profondità», dice Tart, «è molto simile al concetto di un d-SoC; può essere un modo per descrivere un cambiamento ordinario nei rapporti all'interno di un d-SoC, o una spiegazione teorica di cambiamenti dell'azione del sottosistema sottostante del d-SoC, un'ipotesi che consente previsioni su cose non ancora osservate su quel d-SoC. Per esempio il concetto di profondità o di livello di ebrezza da alcool può, a livello descrittivo, essere semplicemente un'affermazione basata sull'osservazione che l'intensità crescente di ebrezza è associata con un crescente numero di errori in qualche tipo di esecuzione di un compito. A livello teorico, tuttavia, la profondità di ebrezza può essere compresa come cambiamenti in certe strutture fondamentali del cervello, cambiamenti che hanno effetti sparsi su una varietà di esperienze e comportamenti ». Le figure che seguono, tratte dal volume di Tart, mostrano alcuni dei possibili rapporti tra profondità ed intensità delle varie esperienze od effetti osservabili. L'intensità degli effetti è indicata sulla scala verticale, quella orizzontale rappresenta la dimensione profondità.

(2) TART C, *op. cit.*



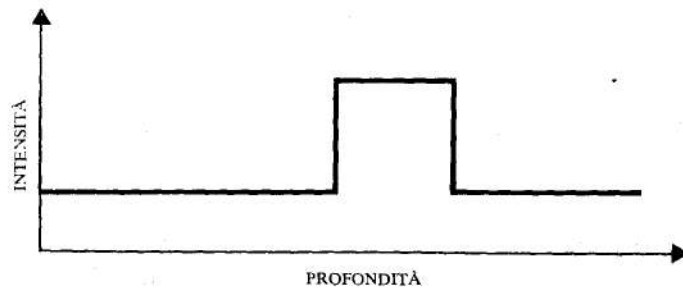
Tipo A: crescita e plateau

« Un effetto tipo A è presente nel d-SoC ordinario ad un livello basso o zero e via via che il d-ASC (= discreto stato alterato di [coscienza] si approfondisce, ad una certa soglia, l'effetto comincia a [divenire più intenso. Poi raggiunge un livello massimo di intensità e ; lì rimane anche se la profondità aumenta. Questo effetto di crescita-plateau ha luogo spesso nell'ebbrezza da marijuana ».



Tipo B: crescita, plateau e caduta

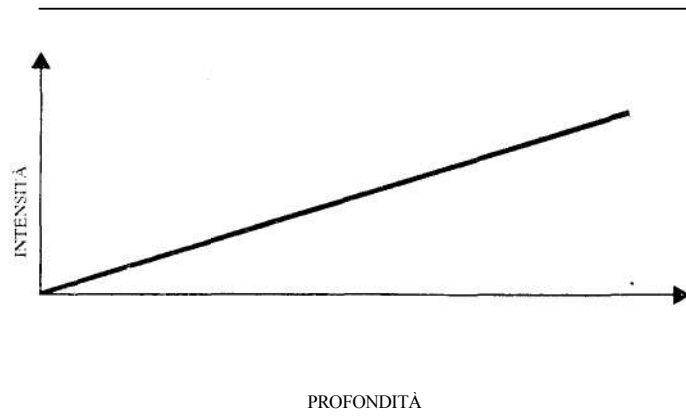
«Effetto tipo B: diviene manifesto quando si raggiunge una profondità di una certa soglia, quindi cresce di intensità col crescere della profondità come il tipo A. Ma dopo la stabilizzazione ad un valore massimo **per** un certo periodo di tempo, l'effetto decresce e poi sparisce con l'ulteriore crescita di profondità».



Tipo C: crescita e caduta a gradino

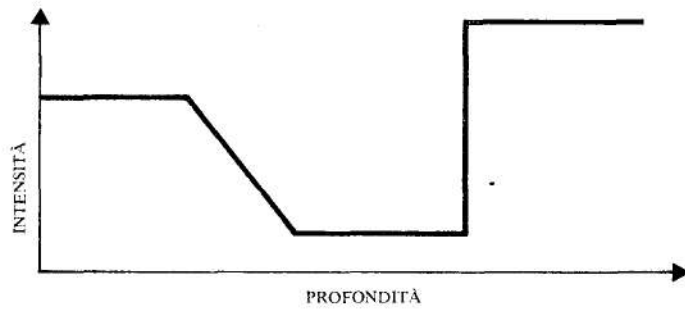
« Effetto tipo C : non si manifesta finché non è raggiunta una certa profondità. Poi si manifesta completamente per una certa gam-

ma senza variazioni nella sua intensità, e sparisce al di là di questa gamma »



Tipo D: aumento lineare

« Effetto tipo D : inizia a manifestarsi leggermente al livello minimo di profondità, appena si entra nel d-ASC e aumenta uniformemente in continuità ed intensità attraverso tutta la dimensione profondità. Questo aspetto di crescita lineare è comunemente assunto come tipico della maggior parte dei d-ASC».



Tipo E: rapporti complessi con la profondità; in questo caso un effetto plateau, discesa, plateau e crescita a gradino

« Effetto tipo E : si manifesta fortemente nel d-SoC ordinario e non viene cambiato fino ad una certa profondità nel d-ASC. Poi comincia a diminuire di intensità con l'aumentare della profondità,

oppure ritorna più o meno intensamente ad una maggiore profondità, forse con un effetto a gradino-crescita-plateau ».

Tart nei suoi esperimenti ha usato la « Extended North Caroline Scale » in cui ai soggetti viene detto che non c'è nessuna sommità della scala da raggiungere, ma che possono andare molto a fondo nell'ipnosi, al di là di punti definiti. Quando lo sperimentatore chiede al soggetto « Stato? » questi deve dire il numero che gli viene in mente e che rappresenta la profondità dello stato ipnotico in quel momento. Inoltre Tart ha studiato a fondo le scale di profondità autovalutate ed ha scoperto che sono molto utili per misurare l'intensità dello stato ipnotico. Il caso di William ne è un esempio.

William aveva già partecipato a sedute ipnotiche ed era considerato un buon soggetto ipnotico. Tart nella seduta sperimentale gli disse che lo scopo era di indagare su cosa l'ipnosi fosse per lui personalmente.

William fu intervistato per circa un'ora per determinare cosa sentisse normalmente durante l'ipnosi, oltre alle sue reazioni a fenomeni specificamente suggeriti, e a quale livello di profondità fosse secondo la Extended North Caroline Scale quando aveva sperimentato queste particolari cose. Poi fu ipnotizzato, ed a ogni intervallo di 10 punti gli si chiese di rimanere a quella profondità e descrivere ciò che sentisse. William arrivò anche a 90, e per poco tempo, anche da 90 a 130 punti sulla Extended North Caroline Scale, secondo la sua valutazione. Quando fu interrogato sulla profondità rispose che gli veniva in mente un numero e lui lo diceva, anche se non sapeva come si fossero generati e cosa significassero questi numeri. Il grafico nella pagina che segue rappresenta i risultati sia dell'intervista precedente all'ipnosi, che della seduta ipnotica. I cerchi rappresentano valutazioni ottenute durante la seduta ipnotica, i quadrati valutazioni ottenute durante l'intervista precedente.

Il primo effetto, quello del rilassamento fisico non è schematizzato oltre il numero 20. Secondo William il rilassamento aumenta molto mentre egli viene ipnotizzato e raggiunge rapidamente un valore di estremo rilassamento, ma dopo la profondità di 50 non ha senso interrogarlo sul rilassamento, perché egli non si identifica

più col corpo, che è diventato una cosa ». «Il secondo effetto esperienziale è li 'campo visivo nero'. Il suo campo visivo diviene rapidamente nero ed informe mentre egli va in ipnosi, continua a divenire più nero con un crescendo quasi lineare fino circa a 60, poi diviene sempre più nero ma in un certo senso si è 'riempito' anche se lui non percepisce alcuna forma particolare. Dopo 60 non è particolarmente consapevole di nessuna sensazione visiva, se l'attenzione non vi è attirata dallo sperimentatore». La terza sensazione è di 'pace' e « aumenta linearmente fino circa a 60. Oltre il 60 il concetto di pace non è significativo, come nel caso del rilassamento fisico. Il quarto effetto è il grado di consapevolezza dell'ambiente. Questo diminuisce rapidamente, e a circa 50 William riferisce di non essere affatto consapevole dell'ambiente eccetto che per la voce dell'ipnotista». Il quinto effetto è il 'senso di identità'. «Nella fase leggera dell'ipnosi William è consapevole della sua identità ordinaria e della sua immagine corporea, ma quando raggiunge una profondità di circa 30, riferisce che la sua identità è più concentrata nella testa. Questa sensazione cresce finché a 80 o 90 sente che la sua identità ordinaria è completamente sospesa : William non esiste più ». Ma da circa 50 egli sente un'altra identità che aumenta fino circa a 80 : questa identità è potenziale. William non si sente identificato con una persona o cosa specifica, ma semplicemente come un potenziale di essere qualsiasi cosa o qualsiasi persona che aumenta uniformemente. Il sesto fenomeno è la 'consapevolezza dello scherzo'. « Questo fenomeno si manifesta a circa 50, raggiunge un massimo a circa 70 e sparisce completamente a circa 90. Lo scherzo è che William dovrebbe impegnarsi in attività strane, come l'ipnosi profonda, la meditazione o prendere delle droghe per alterare il suo d-SoC; un qualche aspetto 'più alto' del suo sé è divertito da tutta questa attività e William ne è consapevole ». L'altro effetto è il 'senso di potenzialità' che « comincia da zero ma a circa 50 si manifesta prima come consapevolezza di qualche tipo di canto o di suono, identificato con la sensazione che una sempre maggiore esperienza è disponibile. A circa 80 William sente che una gamma infinita di esperienze è disponibile potenzialmente, poi il fenomeno svanisce. L'ottavo effetto, «l'identità dello sperimentatore», aumenta fino a circa 30, poi lo sperimentatore diviene sempre più distante e re-

moto, non ha più identità, è solo una voce, e a livelli molto profondi è « un'onda divertente e piccolissima ai limiti estremi di un mare infinito di coscienza ». Il nono effetto è la « velocità del passaggio del tempo ». Il tempo passa sempre più lentamente fino circa a 40, William sente che il tempo cessa di avere un significato per lui, a 50 egli non è più nel tempo. « L'attività mentale spontanea » scende costantemente fino a raggiungere un livello zero a circa 90, e lì rimane per tutto il resto della gamma di profondità schematizzata. L'ultimo effetto è « la consapevolezza della propria respirazione ». La respirazione tende a divenire uniformemente sempre più profonda, ma a 50 diviene molto tenue, quasi impercettibile e tale rimane per tutto il resto dello stato ipnotico. Tart notando un gran numero di cambiamenti a gradino o di cambiamenti abbastanza rapidi nella gamma da 50 a 70, rileva che al di là di 70 non si sa se abbiamo ancora a che fare con l'ipnosi profonda o se questi cambiamenti rapidi possono rappresentare una transizione ad un nuovo d-SoC ». Comunque al livello massimo (assumendo che la gamma da 70 a 130 rappresenti il continuum di profondità per il nuovo d-SoC) lo stato ha determinato caratteristiche fenomenologiche : 1) nessuna consapevolezza del corpo fisico; 2) nessuna consapevolezza di qualsiasi « cosa » o sensazione discreta, ma solo la consapevolezza di un flusso di potenzialità; 3) nessuna consapevolezza del reale ambiente circostante, con l'eccezione della voce (depersonalizzata) dello sperimentatore come « un'onda divertente e piccolissima ai limiti estremi di un mare infinito di coscienza » ; 4) una sensazione di essere al di là, del tempo; 5) un senso di identità "William" che è mantenuto totalmente in sospenso, e l'identità che è semplice potenzialità.

2. Anche il criterio di distinguere lo stato ipnotico come quello in cui si manifestano comportamenti involontari, non appare discriminante.

Hilgard infatti fa notare (3) che le parole usate nel linguaggio comune, come « volontario » o « involontario », sono estremamente imprecise. « Per esempio, l'azione di una dattilografa è volontaria, mentre starnutire è involontario, ma si sa che una dattilogra-

(3) HILGARD E. R., *Divided Consciousness*, cit., 116-117.

fa esperta compie molte azioni quasi automaticamente e che, se necessario, uno starnuto può essere trattenuto. La distinzione tra volontario ed involontario è paragonata inesattamente a quella tra conscio ed inconscio. Anche i concetti di azione volontaria e controllo conscio sembrano sinonimi, come quelli di azione involontaria ed inconscio, ma che non lo siano è evidente quando ci succede qualcosa al di fuori del nostro controllo, (per es. un mal di denti), quando c'è coscienza ma non c'è volontà.

Questi concetti valgono infatti anche quando un atto normalmente conscio, come un movimento od un gesto abituale, è compiuto senza coscienza. La volontarietà e non volontarietà è spesso soltanto un giudizio che l'agente o lo spettatore dà dell'evento fenomenico ». Vedremo nel capitolo XII quanto delicata e difficile sia la diagnosi relativa.

In questo capitolo tratterò di alcuni fenomeni psicologici e comportamentali che più comunemente vengono correlati con l'ipnosi.

3. I fenomeni che descriverò sono ottenibili sia durante la sessione ipnotica sia attraverso *compiti post-ipnotici* cioè suggestioni che valgono per un periodo successivo alla deipnotizzazione. In questo caso secondo alcuni, in particolare Erickson(4), il soggetto nel compiere ciò che gli è stato richiesto di compiere (per esempio: mi scriverai una cartolina tutti i giorni uscendo dal tuo ufficio per un mese) rientra nella trance. Secondo me invece si è creata una tale aspettativa nel soggetto che il comportamento si determina di conseguenza, esattamente come se credendo alla chiromante, quando lei mi dice che la sera successiva mi sentirò triste e stanco, tali sensazioni possono provocarsi realmente.

Barber(5) ha ipotizzato che: «... i soggetti non si uniformeranno alle suggestioni se sono stati indotti a credere che l'ipnotista o lo sperimentatore non sapranno se essi si siano o meno uniformati alla suggestione ». Orne ed altri (6) controllarono questa

(4) ERICKSON M. H., Concerning the Nature of the Character of Post-Hypnotic Behavior, in *J. Gen. Psychol.*, 1941, 95.

(5) BARBER T. X., *Ipnosi*, cit., 205.

(6) ORNE M. T., SHEEHAN P. W., EVANS F. J., Occurrence of Posthypnotic

possibilità informando i soggetti che durante le 48 ore successive ogni volta avessero sentito la parola "esperimento" avrebbero dovuto rispondere toccandosi la fronte con la mano destra. La parola fu pronunciata non solo dallo sperimentatore, ma anche dal suo segretario che era rimasto fuori dal contesto sperimentale. 5 dei 17 soggetti ipnotizzati risposero al test « informale » del segretario, mentre nessuno dei soggetti del gruppo di controllo che simulava l'ipnosi rispose alle sue suggestioni. Orne e gli altri conclusero che almeno per certi soggetti ipnotizzati il comportamento post ipnotico non può essere attribuito « all'obbedienza » e non è completamente dipendente dalla percezione del soggetto di ciò che l'ipnotista si aspetta. In un altro esperimento St. Jean (7) ha voluto verificare questa ipotesi ed inoltre paragonare le risposte post ipnotiche sia in condizione di ipnosi, sia di istruzioni motivanti. I soggetti venivano informati che l'esperimento consisteva nello studiare il rapporto tra ipnosi ed immaginazione, dopo di che dovevano chiudere gli occhi ed ascoltare una registrazione. Una metà ascoltava una classica induzione ipnotica e l'altra metà delle richieste motivate e delle istruzioni. La suggestione post ipnotica era che il soggetto, subito dopo aver sentito un ronzio, si sarebbe alzato e sarebbe andato ad aprire e chiudere la porta dell'ufficio. L'esperimento era congegnato in modo che l'ipnotista, prima che si sentisse il ronzio, era chiamato da uno studente e usciva dalla stanza chiudendo forte la porta. Un altro studente era nel corridoio ed osservava se il soggetto obbediva o no alla suggestione di aprire e chiudere la porta. I risultati mostrarono che alcuni dei soggetti eseguirono la suggestione post ipnotica anche in assenza di controllo diretto, ma l'ipotesi che il comportamento post ipnotico si verificava con frequenza maggiore sotto controllo fu confermata. Fu trovata anche una forte correlazione positiva tra la risposta post ipnotica ed il livello di suggestionabilità, indipendentemente dal controllo. L'ipotesi che la risposta senza controllo avverrebbe con maggiore frequenza per l'ipnosi piuttosto che per

Behavior Outside the Experimental Setting, in *J. of Personality and Social Psychol.*, 1968, 189.

(7) ST. JEAN R., Posthypnotic Behavior as a Function of Experimental Surveillance, in *Am. J. of Clin. Hypnosis*, 1978, 250.

soggetti con richiesta motivante non è stata confermata. Parte dei risultati sembra dar ragione all'ipotesi di un alterato stato di coscienza, parte sembra confermare la teoria del role-enactment.

Si possono distinguere le suggestioni post-ipnotiche senza suggestione di amnesia, da quelle con suggestione di amnesia. Le prime sono spesso suggestioni di atti semplici, efficaci anche se il soggetto le ha ricevute senza essere in trance profonda. Per tradizione si suppone che solo soggetti ipnotizzati rispondono alle suggestioni post-ipnotiche; cioè condizione necessaria per realizzare una suggestione post-ipnotica sarebbe un precedente stato di trance. In un esperimento di Barber (8) i risultati non confermarono questa ipotesi di partenza. 186 soggetti furono assegnati a caso a tre diversi gruppi sperimentali (induzione ipnotica standardizzata, istruzioni motivanti, nessuna induzione o istruzione) e ricevettero la suggestione di tossire in modo automatico ad uno schiocco delle dita dello sperimentatore. Il gruppo dei soggetti ipnotizzati reagì nel 60% dei casi, il gruppo con istruzioni motivanti nel 56%, ed il gruppo di controllo nel 40%. Anche in altri studi si rilevò che non è necessaria l'induzione ipnotica per far sì che i soggetti realizzino le suggestioni post-ipnotiche. Non parrebbe infondata l'ipotesi di Barber e Sarbin secondo cui la realizzazione delle suggestioni post-ipnotiche si basa almeno in parte sulla consapevolezza che i soggetti, ipnotici o no, hanno dell'aspettativa del ricercatore. Se essi non realizzano le suggestioni l'esperimento sarà inutile, senza significato, e saranno considerati soggetti scadenti, che deludono le aspettative dello sperimentatore. Inoltre i soggetti non sanno in cosa consiste l'esperimento, ciò che lo sperimentatore dice loro può diventare il compito che devono eseguire, e trovandosi in una situazione di esperimento, cercheranno di eseguirlo.

Diversa è l'ipotesi della suggestione con seguente amnesia. Si è visto che per alcuni, ad esempio Erickson, quando il soggetto esegue un'azione post ipnotica rientrerebbe in uno stato ipnotico. È come se si organizzasse una seconda personalità, distinta da quella solita, che può alternarsi od interagire con questa. D'altra parte però numerosi studi fanno notare che spesso gli atti vengono ccm-

(8) BARBER T. X., *op. cit.*, 207.

piùti senza manifestare segni esterni di trance e con la coscienza del motivo per cui si esegue l'atto, senza amnesia ad atto compiuto. Elementi caratteristici di queste azioni sono la coazione e la razionalizzazione del motivo per cui si compie l'atto, che avvicinerebbero la realizzazione dell'atto post ipnotico ad azioni di tipo ossessivo-coatte. Se il soggetto, infatti, riceve suggestioni facili e consone alla sua personalità, spesso le eseguirà con disinvoltura, senza sforzo, presentando motivi apparentemente plausibili. Se invece la suggestione è strana, o complessa, o contraria ai principi del soggetto, questi spesso si sente costretto a compierla, cercando spiegazioni per rendere accettabile, a sé e agli altri, il suo comportamento. Se tenta di resistere, spesso si nota l'insorgenza di un conflitto interiore perché da una parte agisce la pressione della suggestione, dall'altra lo spirito critico del soggetto e possono verificarsi in questo caso manifestazioni di ansia ed agitazione, anche se il soggetto può dominare le sue sensazioni e minimizzare le suggestioni.

Un'opinione molto diffusa sull'ipnosi è che se l'ipnotista alla fine della seduta ipnotica non cancella le suggestioni date, queste persisteranno postipnoticamente producendo in alcuni casi effetti distruttivi sul comportamento della persona ipnotizzata. Diversi Autori sostengono questa opinione; Evans ad esempio ricorda un caso in cui aveva suggerito durante l'ipnosi l'amnesia per il numero 6.

Egli naturalmente intendeva provocare amnesia per la sola durata della sessione ipnotica, ma un soggetto fraintese le istruzioni e ritenne che l'amnesia per il numero 6 doveva durare fino alla seduta seguente. Quel soggetto era un insegnante di matematica che naturalmente ebbe grandi difficoltà ad insegnare durante quel periodo (9).

Ci sono diversi altri casi simili in letteratura, ma secondo Perry(10) sono tutti aneddotici e non si deve in base a questi so-

(9) EVANS F. J., Recent Studies in Post-Hypnotic Amnesia, in *Paper to 23rd Ann. Mtg. Soc. din. Exp. Hypn.*, Chicago 111., 1971.

(10) PERRY C., Variables Influencing the Post-hypnotic Persistence of an Uncanceled Hypnotic Suggestion, in EDMONSTON W., *Conceptual and Investigative*

pravalutare l'incidenza del fenomeno; ci sono anche molti casi in cui l'ipnotista non riesce o non si ricorda di cancellare una suggestione senza che il soggetto soffra di alcuna conseguenza. Ad esempio la Bowers stava mostrando delle procedure di induzione ad un gruppo di studenti, uno dei quali più tardi affermò che lei non aveva cancellato uno degli items. La Bowers immediatamente si rese conto di essersene dimenticata, ma il soggetto la tranquillizzò dicendo che aveva capito durante l'ipnosi che lei non era più interessata a quell'item specifico e così l'aveva cancellato da sé (11).

Quando Perry cominciò ad interessarsi al fenomeno non c'era alcuno studio precedente né, perciò, alcun modello a cui ispirarsi; il modello più attendibile era quello derivato dagli studi sperimentali sulle suggestioni post-ipnotiche. Furono compiuti 5 esperimenti.

Negli esperimenti 1 e 2 furono utilizzati tre gruppi di sei soggetti ciascuno, divisi tra soggetti altamente ipnotizzabili, mediamente ipnotizzabili e simulatori non ipnotizzabili. In tutti gli esperimenti per valutare il grado di suscettibilità all'ipnosi fu adoperata una scala ipnotica.

Nell'esperimento 1 l'item non cancellato fu quello di dimenticare un numero. I soggetti furono istruiti a visualizzare su uno schermo televisivo allucinato i numeri da 0 a 9; quando il soggetto diceva di riuscire a vedere tutti i numeri lo sperimentatore suggeriva che il numero 5 scomparisse, fosse completamente dimenticato, così che il soggetto non fosse più in grado di visualizzarlo né di scriverlo, dirlo o pensarlo. Poi furono sottoposti ai soggetti tre problemi da risolvere, due dei quali contenevano il numero 5. Quando i soggetti finirono di risolverli lo sperimentatore disse: «Bene. Ora prenderò carta e matita e voi potrete chiudere gli occhi e rilassarvi. Ora rilassatevi e rimanete profondamente ipnotizzati». Ci fu in questo modo un tentativo esplicito di cancellare la suggestione, e lo sperimentatore proseguì con l'item seguente. Su 18 soggetti uno solo, molto ipnotizzabile, mostrò delle conseguen-

Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena, New York Academy of Science, New York, 1977, 264.

(11) BOWERS M. K., *Understanding the Relationship between the Hypnotist and his Subject*, in KLINE M. V., *A Scientific Report on « The Search for Bridey Murphy »*, Julian Press, New York, 1956, 83.

ze dopo l'ipnosi. Infatti prima dell'ipnosi aveva risolto 30 problemi aritmetici sbagliandone due, nessuno dei quali comprendeva il numero 5. Dopo l'ipnosi fece 7 items sbagliandone 4 di cui due comprendevano il numero 5. Nell'inchiesta post-sperimentale riferì di sentirsi molto ansioso per qualcosa, ma non sapeva dire per cosa.

Secondo Perry la bassa incidenza di suggestioni che, benché non cancellate, persistevano dopo l'ipnosi può essere dovuta a varie ragioni: 1) la difficoltà di dimenticare un numero, difficoltà superata solo dai soggetti altamente ipnotizzabili; 2) il fatto che i soggetti fossero selezionati solo sulla base della scala scelta; 3) benché fossero fatti tutti gli sforzi per non cancellare esplicitamente la suggestione, ciò può essere avvenuto implicitamente dicendo : « Ora chiudi gli occhi e rilassati ».

Nel secondo esperimento la suggestione da non cancellare era la paralisi delle gambe. Per valutare l'efficacia mentre i soggetti erano ancora in ipnosi si chiese di alzarsi e di fare due passi per prendere un vaso di fiori. Per non cancellare implicitamente la suggestione lo sperimentatore disse, dopo che i soggetti avevano tentato di alzarsi e non erano riusciti : « Bene. Ora smetti di cercare di prendere i fiori ed appoggiati allo schienale della sedia. Tieni gli occhi chiusi ». In altre parole diede delle istruzioni che riguardavano i fiori, ma non cancellò la paralisi alle gambe. Inoltre per determinare con maggior precisione l'ipnotizzabilità dei soggetti furono usate due diverse scale di ipnotizzabilità. Dopo che l'ipnosi era terminata, per vedere se la suggestione era stata cancellata o meno si chiese ai soggetti di alzarsi e camminare fino ad un tavolo distante sei passi. Nessun soggetto manifestò alcuna conseguenza, tutti furono capaci di alzarsi e camminare fino al tavolo.

Diversi studi hanno mostrato che in molti soggetti è presente il desiderio di compiacere l'ipnotista; si sa che ciò che l'ipnotista comunica può avere molta importanza sul comportamento del soggetto. Questo aspetto motivazionale può essere controllato includendo una suggestione non usata nei primi due esperimenti, cioè che il soggetto sperimenterà tutti gli effetti suggeriti per tutto il tempo voluto dall'ipnotista. Al terzo esperimento parteciparono 20 soggetti, 7 altamente ipnotizzabili, 6 mediamente ipnotizzabili e 7

non ipnotizzabili (simulatori). L'induzione ipnotica era registrata in videotape, tranne un item che comprendeva l'analgesia della mano destra e del braccio, che era quella da non cancellare, e che fu impartita personalmente dallo sperimentatore. Questa volta su 20 soggetti tre riportarono l'analgesia della mano e del braccio dopo che l'ipnosi era terminata. Questi tre soggetti erano molto suscettibili all'ipnosi. Nell'inchiesta post sperimentale lo sperimentatore chiedeva ai soggetti cosa ricordavano della seduta ipnotica. Quando i soggetti ricordavano l'item di analgesia, lo sperimentatore chiedeva loro come sentivano la mano; se i soggetti dicevano di sentirla intorpidita egli diceva di essersi dimenticato di rimuovere l'analgesia, ma che li avrebbe sottoposti ad una prova per essere sicuro che fosse completamente svanita. La prova consisteva nel pizzicare la pelle della mano mentre i soggetti dovevano segnare il dolore che sentivano su una scala che andava da 1 = analgesia completa a 10 = estremamente doloroso. Il primo soggetto diede una valutazione di 4 punti per la mano destra e di 8-9 per la sinistra (mano di controllo) il secondo diede una valutazione di 4 per la destra e 8 per la sinistra ed il terzo diede una valutazione di 2-3 per la destra e di 5-6 per la sinistra. Nessuno dei soggetti mediamente ipnotizzabili e dei simulatori riportò alcuna conseguenza nel periodo seguente all'ipnosi.

Gli esperimenti 4 e 5 avevano due scopi. Il primo era di verificare se gli effetti della suggestione di analgesia che non era stata cancellata si manifestavano dopo l'ipnosi solo nei soggetti che erano molto suscettibili e che durante l'ipnosi avevano ottenuto una completa analgesia. La seconda ipotesi da verificare era che non sussistevano differenze nel comportamento ipnotico tra i soggetti che avevano partecipato all'esperimento del tutto volontariamente e quelli che vi avevano partecipato per altre cause. Infatti i soggetti degli esperimenti 4 e 5 partecipavano per completare un corso di psicologia introduttiva.

Nell'esperimento 4 l'induzione ipnotica fu presentata su videotape per eliminare al massimo l'interazione tra l'ipnotista ed il soggetto, nell'esperimento 5 l'induzione era compiuta personalmente dall'ipnotista che cercava di adottare le procedure da soggetto a

soggetto. Ogni esperimento comprendeva 24 soggetti, 8 altamente ipnotizzabili, 8 mediamente ipnotizzabili e 8 non ipnotizzabili. Il modello dell'esperimento era quello dell'esperimento 3, ma lo stimolo doloroso questa volta era una leggera scossa elettrica. Inoltre fu selezionato un gruppo pilota di 10 soggetti di cui 4 altamente suscettibili. Solo 4 soggetti fra quelli altamente ipnotizzabili (2 dell'esperimento 4, uno dell'esperimento 5 e uno del gruppo pilota) mostrarono dopo l'ipnosi delle conseguenze alla suggestione di analgesia che non era stata cancellata. Non c'erano differenze significative tra i soggetti altamente ipnotizzabili dei due esperimenti e del gruppo pilota riguardo alla profondità dell'analgesia e al punteggio ottenuto sulla prima scala. Paragonando i primi due esperimenti con gli altri tre, può darsi che parte degli effetti sia dovuta alla suggestione aggiunta, secondo la quale gli effetti degli item sarebbero perdurati finché lo sperimentatore lo avesse voluto. Inoltre Perry ha presente che i primi due esperimenti furono compiuti a Montreal mentre gli altri tre in Australia, e perciò i diversi risultati possono essere dovuti anche ai diversi atteggiamenti verso l'ipnosi.

Comunque dai risultati degli esperimenti sembra che la persistenza delle suggestioni non cancellate dall'ipnotista sia limitata ad una minoranza di soggetti altamente ipnotizzabili.

4. Soprattutto nell'ambito della fenomenologia dell'ipnosi si fa sentire come si è visto la differenza del punto di vista « credulo » e quello « scettico ». Il primo ritiene che i fenomeni che seguono all'ipnosi come allucinazioni, amnesie, analgesie, siano uguali a quelli che si verificano naturalmente; il punto di vista scettico sostiene invece che si tratta di fenomeni di natura differente in cui

Il soggetto si comporta come se fosse allucinato, analgesico, senza in realtà esserlo.

I fenomeni che descriverò, e che sono utilizzati continuamente nella pratica clinica, sono stati studiati estensivamente dall'ipnosi sperimentale.

Da quest'ultimo punto di vista l'ipnosi si pone come uno strumento di ricerca di primissimo ordine grazie alle sue caratte-

ristiche di flessibilità(12). Infatti: a) condizioni psichiche artificiali possono essere indotte e successivamente interrotte con rapidità e facilità; b) l'amnesia che si può produrre naturalmente o che si può provocare per suggestione, può essere utilizzata per studiare le reazioni del soggetto rispetto a stimoli che gli sono stati inviati senza che egli ne sia consapevole. Per esempio gli si può allucinare in ipnosi un fatto che, se esistente, provocherebbe rabbia, ansia, depressione, poi si provoca amnesia su quel fatto e quindi dopo la deipnotizzazione si esaminano il suo comportamento e le sue reazioni; e) la situazione psicologica indotta può essere intensificata o diminuita con suggestioni appropriate nel corso dell'esperimento stesso; d) la stessa procedura può essere ripetuta più volte con lo stesso soggetto anche mutando talune variabili.

Anche per mezzo della creazione di conflitti sperimentali, di cui si dirà in questo capitolo, l'ipnotista esperto può ottenere una diagnosi, eventualmente anche a scopi peritali in sede giudiziaria, che si basi sullo studio in concreto e non in astratto del paziente da esaminare. Il paziente è pericoloso quando è frustrato? Lo stress emotivo diminuisce le sue capacità attentive? La paura gli toglie la possibilità di agire secondo il proprio progetto di comportamento? Tutto ciò si può studiare frustrando, stressando, spaventando il soggetto che dopo la deipnotizzazione reagirà a questi stimoli, di cui per l'amnesia che gli è stata provocata non è consapevole, secondo i modi che gli sono congeniali.

Per ottenere buoni risultati le suggestioni dello sperimentatore debbono ispirarsi ai seguenti principi (13):

1) Il contenuto della suggestione non deve "essere basato sulle esperienze personali del soggetto. Un evento della vita individuale potrebbe aver provocato una eccessiva ansia, ma è anche probabile che abbia aspetti che rievocano altre risposte emotive o

(12) Per queste utilizzazioni dell'ipnosi cfr. soprattutto REYHER J., *Hypnosis in Research on Psychopathology*, in GORDON J., *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis*, Mac Millan, New York, 1977, 110; e LEVITT E., HENNESSY CHAPMAN R., *Hypnosis as a Research Method*, in FROMM E., SHOR R., *op. dt.*, 85.

(13) LEVITT E. E., DEN BREEIJEN A., PERSKY H., *The Induction of Clinical Anxiety by Means of a Standardized Hypnotic Technique*, in *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1960, 206-214.

altrimenti complicano la reazione del soggetto. È risultato infatti che è difficile ottenere una reazione « pura » quando la suggestione è basata sull'esperienza personale del soggetto.

2) Devono essere utilizzati una certa quantità di sinonimi nella suggestione. Una sola parola, come « paura » può rievocare reazioni psicologiche del tutto differenti a secondo degli individui, dipendendo dalle interpretazioni idiosincratiche. L'uso di un certo numero di sinonimi o parole con significato generale affine massimalizza la possibilità che il significato della suggestione - stimolo, abbia qualche elemento in comune per i vari soggetti.

3) La stessa suggestione non dovrebbe essere di lunga durata. Il soggetto ipnotizzato deve capire chiaramente ciò che è suggerito. La sua capacità di trattenere la suggestione avrà perciò diversi effetti sulla sua reazione. Se uno stimolo è, per esempio costituito da qualche centinaia di parole, è probabile che il soggetto non ne ricorderà una considerevole parte.

4) Le parole e le espressioni chiave, devono essere ripetute e parafrasate. Ciò rafforza al massimo la possibilità sia della comprensione che della ritenzione della suggestione-stimolo.

5) Niente nella suggestione-stimolo deve portare il soggetto a credere che si tratti di una situazione artificiale.

La situazione sperimentale deve, per quanto possibile, essere minimizzata. L'opinione del soggetto di essere protetto dall'ipnotista sembra probabilmente essere rafforzata se in qualche modo rammenta che è in realtà in una situazione artificiale di esperimento, che è ovviamente sotto il controllo dell'ipnotista.

Nelle righe che qui seguono è illustrata la suggestione che induce ansietà, utilizzata da Levitt e collaboratori:

« Tra un momento incomincerai a provare un senso di ansietà, di paura (pausa, 5 secondi). Tu ora incominci ad avere paura, molta paura. Tu stai provando un forte sentimento di apprensione e di ansia come se sapessi che qualche cosa di terribile ti sta accadendo. Ma tu non sai cosa sia questa cosa terribile. Non sai cosa ti rende così pauroso ogni momento. Stai diventando sempre più ansioso e impaurito, per tutto il tempo, ancora non hai idea di che cosa hai paura. Sei certo che qualcosa di terribile ti sta per accadere, forse qualcosa di più terribile di quanto tu possa

^immaginare. I tuoi sentimenti di spavento e paura aumentano ogni secondo che passa, e continueranno ad aumentare, non importa che cosa tu faccia per resistere loro. Sei così ossessionato da questa terribile paura che non puoi poi allontanarla nemmeno per un momento. Tutto ciò che puoi pensare è che sei senza aiuto per impedire che ciò accada. Il terrore è così insopportabile che non puoi nascondere. Non importa cosa fai, il tuo senso di paura, di ansia, di terrore continueranno ad aumentare ed a divenire sempre più vividi in ciascun momento e in pochissimi minuti ti troverai alla soglia del panico».

Ritengo che questo settore sia molto trascurato dalla sperimentazione e la sua utilizzazione, soprattutto in ambito clinico, offra delle possibilità considerevoli ancora da ponderare (14).

Vediamo alcuni dei fenomeni che ci interessano da vicino per il nostro studio.

5. *Distorsioni percettive*: con una tecnica appropriata il soggetto ipnotizzato può percepire stimoli che in realtà non ci sono (allucinazioni positive) o non percepire quelli che sono presenti (allucinazioni negative).

Il fenomeno delle allucinazioni si presenta solitamente come conseguenza di certi particolari stati fisiopatologici, per esempio per la febbre molto alta o per l'alto tasso azotemico o in alcune forme di schizofrenia o come conseguenza dell'uso di droghe. Si è notato che le allucinazioni prodotte da droghe o malattie sono soprattutto visive, mentre nelle psicosi sono spesso auditive. Le allucinazioni indotte con l'ipnosi sono comunemente classificate come positive o negative. Si ha *allucinazione positiva* quando il soggetto percepisce come se fosse presente un oggetto che in realtà non c'è, per esempio vede un vaso di fiori su un tavolo vuoto o sente al citofono una voce inesistente. *Uallucinazione negativa* si ha quando è presente qualcosa che normalmente dovrebbe evocare una risposta percettiva, ma la risposta non c'è (15). Secondo Hilgard questa distinzione

(14) Sulla importanza per la clinica di questi esperimenti cfr. KLINE M. (a cura di), *Clinical Correlation of Experimental Hypnosis*, Thomas, Springfield, 1963.

(15) Cfr. tra l'altro HILGARD E. R., *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, Wiley-Interscience, New York, 1977, 96 s.

è conveniente a scopi classificatori, ma non è molto netta. Ad esempio, per avere una buona allucinazione positiva di qualcuno seduto su una sedia, lo schienale della sedia, che sarebbe nascosto dalla persona, deve essere soggetto ad un'allucinazione negativa; d'altro lato, avere un'allucinazione negativa di non vedere un libro posto su un tavolo, richiede l'allucinazione positiva di colmare lo spazio in cui si trova il libro. Per Hilgard è molto difficile dare una valutazione sulla facilità ad ottenere allucinazioni positive piuttosto che negative. Per esempio nella Scala Stanford c'è un'allucinazione positiva di annusare dell'ammoniaca, in cui dell'acqua distillata viene allucinata come ammoniaca. Su un campione di 155 soggetti 71, cioè il 46%, riferì di sentire odore di ammoniaca e nel corrispondente item di allucinazione negativa, cioè quando della vera ammoniaca era annusata dai soggetti, 59, cioè il 38%, non riuscirono a sentire l'odore di ammoniaca in ipnosi mentre in condizione non ipnotica non avevano avuto dubbi nel riconoscere l'odore. La differenza tra il 46% ed il 38% non rivela alcuna significativa differenza di difficoltà tra le allucinazioni positive e quelle negative. In un altro esperimento è stata paragonata un'allucinazione di calore, per cui i soggetti percepivano una bacchetta come qualcosa di così caldo da non riuscire a tenerla in mano (allucinazione positiva), con l'incapacità di sentire una leggera scossa elettrica come risultato di una suggestione di analgesia (allucinazione negativa).

48 soggetti su 155, cioè il 31%, sentirono la bacchetta così calda da lasciarla cadere, mentre 42 soggetti, cioè il 27%, non sentirono la scossa come dolorosa, anzi non la "identificarono neppure come una scossa. Di nuovo non c'è alcuna prova, per Hilgard, che un tipo di allucinazione in ipnosi sia più difficile da ottenere dell'altro. Allo scopo di valutare soggettivamente le allucinazioni auditive, Sutcliffe (16) ha usato il metodo di feedback auditivo differito, in cui ciò che il soggetto sta dicendo viene fatto riascoltare ai suoi orecchi dopo una dilazione di una frazione di secondo. Studi pre-

(16) SUTCLIFFE J. P., 'Credulous' and 'Skeptical' Views of Hypnotic Phenomena: Experiments on Esthesia, Hallucination and Delusion, in SHOR E. R., ORNE M. T., *The Nature of Hypnosis*, cit., 163.

cedenti avevano mostrato che il feedback auditivo differito provocava balbuzie, disturbi alla parola, errori di pronuncia; Sutcliffe pensò che se le allucinazioni auditive in ipnosi hanno lo stesso effetto delle stimolazioni auditive, i soggetti in ipnosi che provano l'allucinazione del ritorno della propria voce avrebbero mostrato gli stessi disturbi della parola di un gruppo di controllo esposto al feedback della propria voce. Tutti i soggetti vennero esposti al feedback auditivo differito per rendersi conto dei suoi effetti di disturbo sulla parola. Poi 8 soggetti selezionati furono posti in trance profonda e venne chiesto loro di leggere a voce alta un brano mentre veniva impartita la suggestione di provare l'allucinazione della propria voce che, dopo un secondo, tornava ai loro orecchi. I soggetti affermarono di aver udito il feedback auditivo (cioè di aver avuto l'allucinazione), ma non mostrarono disturbi della parola; invece i soggetti del gruppo di controllo che leggevano a voce alta lo stesso brano con feedback auditivo differito, mostrarono forti disturbi della parola. Perciò, nonostante i soggetti ipnotici testimoniassero di udire il feedback auditivo differito (cioè di allucinare), essi non si comportarono nello stesso modo dei soggetti che l'udirono realmente. Un altro esperimento fu compiuto da Underwood (17) per valutare oggettivamente le allucinazioni visive ipnotiche. Egli usò due illusioni ottiche in cui una serie di linee distorce una figura geometrica. Ai soggetti ipnotici furono mostrate le figure geometriche senza le linee distorcenti dando loro la suggestione di allucinare le linee. L'autore pensava che se le allucinazioni ipnotiche hanno le stesse conseguenze oggettive delle stimolazioni o percezioni visive, l'allucinazione delle linee avrebbe dovuto modificare la figura. Da un gruppo di 195 persone vennero scelti 6 soggetti che vennero sottoposti ad un procedimento di induzione ipnotica e quando furono in trance profonda vennero loro presentate le figure geometriche insieme con le suggestioni di allucinare le linee sovrapposte. A 6 soggetti non selezionati di un gruppo di controllo venne chiesto di indovinare in che modo le figure erano distorte dalle linee sovrapposte.

(17) UNDERWOOD H. W., The Validity of Hypnotically Induced Hallucinations, in *J. of Abn. and Soc. Psychology*, 1960, 39.

Nei soggetti ipnotizzati vi fu una tendenza, in ogni caso non significativa, a riferire più distorsioni prodotte ipnoticamente differivano abbastanza da quelle prodotte da linee reali. Underwood rilevò che il gruppo di controllo non era stato scelto in base alla capacità di allucinare, mentre i procedimenti altamente selettivi usati per ottenere i soggetti ipnotici potevano aver portato a scegliere soggetti con un'immaginazione molto vivida. Questa loro capacità poteva facilitarli ad immaginare le distorsioni sia da ipnotizzati che da non ipnotizzati. Per valutare questa possibilità Sarbin e Andersen(18) condussero uno studio con 120 soggetti non selezionati. In condizione non ipnotica vennero mostrate ai soggetti le stesse figure geometriche usate da Underwood e venne loro chiesto di immaginare vividamente le linee sovrapposte. Le distorsioni delle figure furono riferite anche dal 9% dei soggetti non ipnotizzati e non selezionati di Sarbin e Andersen. Gli autori concludono che se tutti i soggetti vengono precedentemente scelti in base alla loro vivida immaginazione, sia quelli assegnati al trattamento ipnotico che quelli assegnati al trattamento non ipnotico, esibiranno prestazioni oggettive simili quando vengono date loro suggestioni di immaginare vividamente o di allucinare.

Un altro problema in questi esperimenti è di sapere se il soggetto è veramente allucinato o riferisce solo un prodotto della sua immaginazione. Orne(19) a questo fine usa un gruppo di controllo di simulatori. Un esperimento utilizzato è per esempio il seguente: ad un soggetto ipnotizzato viene detto che una persona è seduta sedia di fronte a lui, nel posto in cui veramente era stata seduta ma da cui si era mossa durante l'induzione della trance. Dopo che l'allucinazione è stata indotta si dice al soggetto di voltarsi e di identificare la persona che si trova dietro di lui, che è quella che era prima sulla sedia. In questa situazione una persona veramente ipnotizzata è quasi sempre spaventata e guarderà continuamente la persona e la sedia dove egli ha allucinato la stessa persona. Il soggetto può anche identificare le due percezioni con

(18) SARBIN T. R., ANDERSEN M. L., Base-Rate Expectancies and Perceptual Alterations in Hypnosis, in *Brit. J. Clin. Psychol.*, 1963, 112.

(19) ORNE M. T., Hypnotically Induced Hallucinations, in WEST J. L. (a cura di), *Hallucinations*, Grane and Stratton, New York, 1962, 217.

lo stesso nome, e chiedere in modo imbarazzato perché ce ne sono due. Questi esperimenti, secondo Hilgard, possono essere compiuti solo con soggetti altamente ipnotizzabili, che non possono distinguere le persone allucinate da quelle reali. Barber è invece di parere diverso (20). In base a suoi esperimenti e a quelli di altri Autori da lui esaminati, arriva a queste conclusioni: 1) Se si danno suggestioni di allucinazioni con un tono di voce fermo e serio a soggetti nella condizione di livello basale (non ipnotica), un numero sorprendentemente grande, da un terzo a metà, affermerà di vedere gli oggetti e di sentire i suoni che non sono presenti, ed una piccola percentuale, dal 3% al 5%, testimonierà anche di credere presenti gli oggetti. Queste risposte positive alle suggestioni di allucinazione possono per Barber essere facilitate non solo dal procedimento tradizionale chiamato « induzione ipnotica », ma anche dalla somministrazione di istruzioni intese a motivare il soggetto ad immaginare vividamente (istruzioni motivanti al compito). Secondo l'Autore occorrono ulteriori ricerche per accertare quale peso possono avere altre variabili nella percezione soggettiva delle allucinazioni, per esempio le parole che mirano a provocare le suggestioni, il tono di voce con cui le suggestioni vengono presentate, le parole ed il tono di voce dell'interrogatorio successivo all'esperimento ecc. 2) Parecchi studi non sono riusciti a dimostrare che le allucinazioni ipnotiche provochino effetti oggettivi simili a quelli prodotti da una stimolazione visiva o uditiva. Però quando allucinazioni visive ipnotiche sono state valutate oggettivamente per mezzo di illusioni ottiche o ad altre misurazioni ottiche, sono stati osservati effetti oggettivi somiglianti a quelli della stimolazione visiva. D'altro lato gli stessi effetti vennero osservati anche quando un gruppo di controllo fu motivato ad immaginare vividamente. 3) In conclusione: *a)* soggetti di controllo motivati ad immaginare vividamente mostrano a volte effetti oggettivi simili agli effetti della stimolazione visiva o auditiva; *b)* le conseguenze oggettive di una immaginazione vivida nei soggetti di controllo sono molto simili, se non identiche, a quelle oggettive di allucina-

BARBER T. X., *Ipnosi: un approccio scientifico*, Ubaldini, Roma, 1972, 167.

zioni mostrate da soggetti detti ipnotizzati; e) per l'Autore il fenomeno provocato in soggetti ipnotici per mezzo di suggestioni che tendono a produrre allucinazioni può essere classificato in modo più appropriato nella categoria psicologica di immaginazione piuttosto che di percezione o allucinazione. Anche Sarbin(21) è piuttosto scettico a proposito di questo fenomeno. Egli ha esaminato il concetto di allucinazione concludendo che questo è un termine che non ha altro significato che quello di riferire delle immaginazioni. Il termine viene usato generalmente per indicare le immaginazioni di persone emarginate, membri di società esoteriche, malati di mente, ma non esiste alcun criterio per distinguere le immaginazioni in sé che non sono patologiche da quelle chiamate allucinazioni. Sarbin elenca alcuni problemi che sorgono quando si definisce l'ipnosi ricorrendo a concetti come « trance » o « stato di mente ». 1) Si comincia con l'asserzione che il parametro che definisce l'ipnosi è uno speciale (mentale) stato (trance o stato alterato di coscienza); 2) Tali stati mentali sono dello stesso genere delle esperienze fenomeniche; 3) Le esperienze fenomeniche sono conosciute (osservabili) attraverso i racconti dei soggetti (variabili indipendenti); 4) D'altronde i racconti personali rilevanti sono quelli controfattuali, cioè dissonanti con la realtà fenomenica, che però sono creduti fermamente dal soggetto; 5) Lo stesso genere di racconti personali (irreali ed espressi come altamente credibili) sono tradizionalmente usati per diagnosticare le allucinazioni; 6) A causa della somiglianza concettuale tra lo stato ipnotico e le allucinazioni, gli argomenti sull'utilità dei racconti personali nelle allucinazioni sono potenzialmente applicabili all'ipnosi; 7) Il parametro che determina l'ipnosi come uno speciale stato di mente è la presenza delle stesse condizioni che definiscono le allucinazioni: l'irrealtà, le testimonianze di esperienze fenomeniche espresse con intensa convinzione; 8) Le allucinazioni, ad un esame, risultano essere il resoconto di immaginazioni espresse con un alto grado di convinzione, e non esiste alcun criterio affidabile per distinguere le allucinazioni da altre forme di immaginazione con un alto grado di convinzione; 9) Analogamente il criterio che definisce

(21) SARBIN T. R., COE W. C., *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1972, 110.

l'ipnosi come uno stato speciale è il riferire delle immaginazioni ritenute reali.

Sempre nel fenomeno delle allucinazioni rientrano la *visualizzazione delle scene* e la *visualizzazione nello specchio o nel globo di cristallo*. Questi sono due modi di utilizzare le allucinazioni con finalità clinico-diagnostiche. Nella visualizzazione delle scene il soggetto in ipnosi può essere indotto ad allucinare una scena emotivamente importante dove proietta del materiale psichico rilevante (per esempio : « Sei a teatro, stanno rappresentando qualche cosa di molto brutto e fastidioso: vuoi descrivermelo? »).

Tramite la visualizzazione nello specchio o nel globo il paziente può allucinare appunto in uno specchio o in un globo di cristallo scene della vita passata di particolare significanza conflittuale. Talvolta per vincere le barriere del tempo, grazie alla flessibilità dell'ipnosi possono essere allucinate più sfere di cristallo o più specchi in cui il soggetto proietta momenti diversi della sua vita: in questo modo considerandoli contemporaneamente li può confrontare e rivedere alla luce del presente. Attualmente, però, si preferisce usare la visualizzazione su di uno schermo cinematografico immaginario, o come spesso con i bambini, su di uno schermo televisivo.

Altri e numerosi sono comunque i fenomeni ipnotici che si possono far rientrare fra le distorsioni percettive.

A tale proposito è possibile richiamare anche l'anestesia suggerita in ipnosi, che può essere parziale o totale: com'è noto per mezzo dell'ipnosi sono state compiute numerose operazioni chi-rurgiche. Barber però da un lato ha mostrato come talune operazioni chirurgiche siano meno dolorose di quanto comunemente si ritenga e che, anche se l'ipnotizzato non lo percepisce, il suo organismo, come provano il ritmo del polso e la sua pressione, ha delle risposte di sofferenza (22).

Possiamo far rientrare nelle alterazioni della percezione anche la *distorsione temporale*. Con l'ipnosi si può alterare la percezione che il soggetto ha del tempo: così se tra il battere due volte le mani passano tre minuti, si può fare in modo che il soggetto

(22) GULOTTA G., Ipnosi e psicologia: rimuginandoci, in *Rass. di Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, Minerva Medica, 1974, 273-274.

esperisca questo tempo come di tre ore o di tre secondi. Secondo alcuni studiosi, se si allunga il tempo soggettivo rispetto a quello reale il soggetto è in grado di compiere operazioni mentali per le quali gli abbisognerebbe il tempo soggettivo e non quello reale. In psicoterapia questo pseudoorientamento nel tempo che si provoca tramite l'ipnosi vien usato per allungare delle esperienze piacevoli o per abbreviare esperienze dolorose che il soggetto rivive (23).

6. *L'ipnosi come tecnica proiettiva.* — Alcune tecniche servono a facilitare i processi proiettivi; si è infatti notato confrontando dei tests somministrati in stato di veglia con quelli somministrati in stato di ipnosi, che nel secondo caso si evidenziano dei conflitti che si avvicinano ai processi psichici primari mettendo così a fuoco più facilmente le dinamiche inconse. La stessa tavola di un test, come hanno dimostrato molti Autori, può essere vissuta in stato di veglia in modo non conflittuale, mentre in ipnosi, essendo le censure dell'Io, per così dire, « andate a dormire », risultare di grande interesse diagnostico.

7. *L'ipnosi nell'induzione e nell'interpretazione dei sogni.* — Analogamente l'ipnosi può essere usata per indurre ed interpretare dei sogni. Data l'importanza dei sogni nell'investigazione della personalità è chiaro che la possibilità di far sognare a proprio piacimento ad una persona, circostanze, situazioni ed emozioni rappresenta una grande utilità. Le tecniche ipnotiche relative sono ancora in via di perfezionamento, si ritiene comunque da parte della maggioranza degli studiosi che il sogno prodotto dall'ipnosi sia di natura molto simile a quello fisiologico e che la manipolazione dei simboli onirici possa avvicinare grandemente ai processi primari dell'apparato psichico (24).

Io stesso esaminando i sogni di personalità devianti ne ho sperimentato l'impressionante efficacia diagnostica.

(23) COOPER C. F., ERICKSON M. H., *Time Distorsion in Hypnosis*, Williams-Wilkins, Baltimora, 1954.

(24) La monografia più importante è di Moss S., *Hypnotic Investigation of Dreams*, Wiley, New York, 1967; confronta anche SACERDOTE P., *Induced Dreams*, Vantage, New York, 1967.

Hilgard considera il sogno indotto ipnoticamente differente da quello notturno, perché non è spontaneo, l'argomento è assegnato dall'ipnotista, è prodotto senza sonno ed è privo di segretezza, perché il soggetto sa che gli sarà chiesto di riferirlo (25). In un esperimento compiuto su 39 soggetti da Hilgard e Tart, dopo un'induzione ipnotica standard e una suggestione a sognare, 9 soggetti giudicarono i sogni avuti come simili a quelli notturni, e questo risultato si verificò anche in un altro esperimento in cui, su 172 soggetti, 109 giudicarono i sogni come uguali a quelli notturni.

Usando un metodo individuato da Perry per studiare la distorsione dei sogni, gli Autori notarono che nei sogni dei soggetti si riscontravano più distorsioni che nei sogni dei soggetti non ipnotizzati. Il 42% mostrava trasformazioni insolite riguardo a sé o ad altri oggetti od avvenimenti ed un altro 12% distorsioni che contraddicevano la realtà, come la sensazione di fluttuare o di cadere.

Gli Autori notarono che i soggetti rispondevano alle suggestioni post-ipnotiche anche durante il sonno REM, e che si può ottenere che un soggetto descriva il suo sogno a voce alta mentre lo sta sognando, se è un soggetto molto suscettibile all'ipnosi e che già parla nel sonno. In un altro esperimento ad un soggetto ipnotizzato fu data la suggestione di descrivere dettagliatamente ogni sogno mentre lo stava sognando. L'esperimento fu ripetuto parecchie volte, registrando 60 episodi in cui il soggetto parlava nel sonno descrivendo i sogni, il 60% dei quali fu riferito al sonno REM ed il 40% a quello Non-REM. Uno dei pochi sogni ricordati al mattino corrispondeva ad uno descritto durante la notte. Sembra che l'ipnosi producesse un'amnesia spontanea che rendeva più difficile al mattino ricordare il sogno, difficoltà che venne superata dando la suggestione che ogni volta che il soggetto si fosse svegliato durante la notte avrebbe dovuto raccontare tutto quello che gli passava per la testa nei primi 10 o 15 minuti. Il soggetto fu svegliato diverse volte per notte, subito dopo che aveva parlato nel sonno o un po' dopo. Si ottenne così una maggior corrispondenza tra il racconto fatto nel sonno e quello da sveglia.

(25) HILGARD E. R., *Divided Consciousness*, 92 s.

8. *L'ipnosi nelle libere associazioni.* — L'ipnosi favorisce le associazioni mentali non solo nelle interpretazioni dei sogni ma anche in altri casi in quanto lo stato ipnotico, come si è detto, favorendo la prevaricazione delle difese, favorisce l'affiorare del processo primario.

9. *La scrittura automatica.* — Consiste nella possibilità di far scrivere al soggetto in ipnosi attorno ad avvenimenti e situazioni della sua vita anteatta sia fisica che psichica, senza che il soggetto possa sapere a livello cosciente cosa stia scrivendo né possa controllare la sua mano che scrive indipendentemente dalla sua volontà. Questo fenomeno può avvenire anche postipnoticamente se l'ipnotista lo suggerisce durante l'ipnosi per un momento successivo (26).

Questa è una tecnica che può adottarsi opportunamente per far scrivere con cura l'autobiografia dal paziente.

Hilgard (27) ricorda come la scrittura automatica è stata spesso usata in psicoterapia. Per es. nel caso di una donna che si trovava in ospedale per l'operazione di sua madre. Mentre si svolgeva l'operazione la donna in una stanza stava pregando, e guardando fuori dalla finestra vide il campanile di una chiesa ed udì le campane che stavano suonando. In quella particolare situazione lei fu piuttosto turbata dal suono delle campane, perché simbolizzavano la morte. Sua madre morì in sala operatoria. La donna più tardi sviluppò una fobia per i campanili che le faceva evitare le strade ed i luoghi dove ve ne erano. Il suo psicoterapista tentando di scoprire la causa dei suoi sintomi usò la scrittura automatica e venne così a sapere dell'episodio dell'ospedale e della connessione tra la fobia per i campanili e la morte della madre.

Anche la Miihl usava con i pazienti la scrittura automatica. L'avambraccio del soggetto era posto su una cinghia fatta da un bendaggio movibile sospeso su di un tavolo; il soggetto veniva distratto facendogli leggere un libro ad alta voce, poi, quando

(26) MÜHL A., *Automatic Writing*, Helix, New York, 1963.

(27) HILGARD E. R., *op. cit.*, 136 s.

era intento nella lettura, gli veniva data una penna per scrivere. La Miihl notò che nelle prime sessioni i soggetti non scrivevano niente, al massimo degli svolazzi o delle linee; poi cominciò a porre delle domande a cui rispondere con un sì o con un no. Se non c'era risposta la mano del soggetto veniva alzata e poi abbassata finché non si otteneva una risposta. Evidentemente la mano alzata e poi abbassata rappresentava una suggestione non verbale che ci si aspettava una risposta. La scrittura automatica non è invece stata molto usata in laboratorio. Questo metodo è stato usato in un esperimento per creare dei conflitti nei soggetti tramite l'ipnosi con successiva amnesia e poi tentare di trovare le tracce di questi conflitti con la scrittura automatica. In tutti i soggetti dell'esperimento la scrittura automatica rivelò le tracce dei conflitti indotti senza che essi fossero coscienti né dell'origine dei conflitti né della scrittura. In un altro esperimento si usò la scrittura automatica per verificare se, quando questa è usata simultaneamente ad un compito conscio, la dissociazione tra il compito conscio e quello inconscio riduce la normale interferenza tra i due. Furono ideate delle coppie di compiti da svolgere contemporaneamente: una consisteva nel leggere un libro (compito conscio) e nel fare delle somme (compito inconscio); l'altra coppia consisteva nel fare delle somme oralmente (compito conscio) e contemporaneamente delle somme con la scrittura automatica (compito inconscio). In questa seconda coppia, poiché venivano usati sistemi cognitivi molto simili, si pensò che si sarebbero verificate maggiori interferenze tra i compiti. Le operazioni consistevano nel sommare ad un numero di due cifre dato dallo sperimentatore i numeri 7, 8, 9, continuamente finché non si dava il segnale di stop. Il controllo consisteva nel far compiere i compiti separatamente per poter poi verificare la interferenze. Una minor interferenza di quella prevista si verificò tra il compito di leggere (conscio) e lo scrivere le operazioni (inconscio), ma un sostanziale conflitto tra i due compiti c'era. Infatti il numero di parole lette diminuì del 41% e la capacità di fare le somme del 70% rispetto ai compiti eseguiti consciamente ed uno per volta. Nell'altra coppia di compiti — le somme da fare una consciamente e l'altra inconsciamente — si riscontrò, come previsto, una maggiore

interferenza, tanto che la capacità di fare le somme oralmente (compito conscio) subì una perdita del 61%, e quella scritta (compito inconscio) una perdita dell'86%. I risultati dimostrano che quando uno dei due compiti è inconscio si verificano più interferenze di quando entrambi sono consci. Questi esperimenti furono ripetuti usando però un gruppo di controllo di simulatori. Inoltre prima si esaminò la capacità dei soggetti con dei compiti individuali, sia quando i compiti erano consci che inconsci, per verificare se c'era differenza nell'eseguire i compiti in questi due stati, poi si utilizzarono due livelli di difficoltà per vedere se questo poteva influire sulla capacità di dissociare un compito dall'altro. I compiti consistevano nel nominare dei colori e, contemporaneamente, nel fare delle operazioni aritmetiche, la più facile delle quali era contare da uno a dieci, la più difficile era una serie di somme del tipo usato nell'esperimento già ricordato. Dai risultati sembrò fossero necessari degli sforzi cognitivi, che rendevano più difficili le somme, per evitare che le operazioni divenissero conscie da inconscie e il fenomeno era più evidente nelle operazioni più difficili. Le maggiori interferenze si riscontrarono tra il nominare i colori (compito conscio) e fare le operazioni più difficili (compito inconscio). I risultati del gruppo di controllo mostrarono minori interferenze fra i compiti rispetto al gruppo dei soggetti ipnotizzati. Sembrerebbe che questi risultati dipendano da due fattori: 1)

1) sforzo richiesto per mantenere un compito inconscio (sforzo non realmente richiesto ai simulatori) 2) eseguire due compiti contemporaneamente. In un esperimento simile il compito inconscio era scelto in modo tale da permettere una analisi delle strategie usate dai soggetti per svolgere i compiti contemporaneamente e per verificare l'effetto delle istruzioni sull'automaticità di queste strategie. Il primo compito consisteva sempre nel nominare dei colori, il secondo invece nello schiacciare tre volte due tasti posti uno a destra e uno a sinistra del soggetto fuori dalla sua visuale. I tasti erano collegati ad un poligrafo su cui veniva anche registrato quando il soggetto nominava il colore, permettendo un'analisi delle relazioni tra il premere i tasti e nominare i colori. I risultati confermarono le conclusioni degli altri esperimenti. Furono anche individuate sei strategie usate dai soggetti per svolgere i compiti con-

! temporaneamente. Una, preferita dalla maggior parte dei soggetti, ! consisteva nello schiacciare il tasto, poi nominare il colore e poi • schiacciare il tasto altre due volte. Per alcuni soggetti molto ipnotizzati l'inconsapevolezza del compito inconscio, mentre ne compiono uno conscio appariva reale; l'interferenza è aumentata dallo sforzo di mantenere un compito inconscio, e questo sforzo è una funzione della difficoltà del compito. La divisione dei compiti dipendeva dalle strategie disponibili per la loro integrazione.

10. *Conflitti sperimentali.* — Questa tecnica consiste nella creazione di uno stato conflittuale nel paziente per studiare le sue reazioni e la possibile eziologia dei suoi disturbi. Essa è di particolare importanza in sede diagnostica e può rappresentare una specie di « prova del nove » dell'interpretazione dello psichiatra. Se, per esempio, il terapeuta ritiene che un certo comportamento aggressivo del paziente rappresenti una reazione rispetto all'attualità di una certa frustrazione sessuale, egli può creare artificialmente questa frustrazione, per esempio, allucinando un approccio del paziente ad una donna la quale lo eccita e poi lo rifiuta. Suggerendo amnesia per questa situazione creata in ipnosi, al risveglio si potrà verificare l'ipotesi secondo cui il comportamento aggressivo del soggetto rappresenta una funzione della frustrazione sessuale subita.

11. *Transidentificazione.* — Questa tecnica consiste nella possibilità di fare identificare il soggetto con qualche altra persona. Questo accorgimento è tra l'altro utilmente applicabile per studiare che cosa il soggetto pensa che gli altri pensino di lui, in quanto una volta che lo si induca ad identificarsi, per esempio, con il proprio padre, gli si può chiedere : « che cosa pensi di tuo figlio? », e per esaminare come il soggetto vede gli altri.

12. *Alterazioni della memoria.* — Si possono sostituire i ricordi ricostruendo il passato in senso psichico di un individuo.

Erickson racconta un caso molto significativo (28) in cui addotto questa tecnica per una paziente che non trovava il coraggio

(28) HALEY L., *Terapie non comuni*, cit., 164.

di sposarsi pur amando il suo fidanzato, perché aveva trascorso la infanzia senza l'affetto dei suoi genitori che per ragioni di affari o di piacere erano spesso altrove: temeva che gli eventuali figli che potessero nascere dal loro matrimonio potessero soffrire quanto lei.

Sulla base della scoperta delle sue predisposizioni, fu ipnotizzata e fu fatta regredire "all'incirca all'età di quattro o cinque anni". Le fu data l'istruzione che una volta tornata a tale età sarebbe dovuta "scendere in salotto" dove avrebbe "visto uno strano uomo" che le avrebbe parlato. Riferisce Erickson :

« Tornò indietro nel tempo in maniera soddisfacente e mi guardò con gli occhi di una bambina spalancati per la meraviglia e chiese: "Chi sei?" risposi "Sono l'uomo di Febbraio, un amico di tuo padre. Sto aspettando che torni a casa per parlargli di alcuni affari. Mentre sto qui ad aspettare saresti disposta a chiacchierare con me?". Accettò la proposta e mi disse che il suo compleanno era a febbraio, che suo padre probabilmente le avrebbe spedito qualche bel regalo o forse glielo avrebbe portato. Parlò senza alcuna difficoltà come se fosse una bambina di quattro o cinque anni che era piuttosto sola e dimostrò una particolare simpatia per l' 'Uomo di Febbraio'.

Dopo circa mezz'ora di visita dissi che suo padre stava arrivando e che l'avrei voluto vedere per primo, mentre lei se ne sarebbe andata di sopra. Una volta che me ne fossi andato via, lei avrebbe potuto tranquillamente scendere e vedere suo padre. Chiese se l'Uomo di Febbraio sarebbe tornato, le assicurai che sarebbe tornato, ma aggiunsi anche che non pensavo che potesse venire prima di giugno. Tuttavia l'Uomo di Febbraio tornò in aprile, giugno e un po' prima del giorno del Ringraziamento e di Natale. Negli intervalli fra ciascuna di queste apparizioni dell'Uomo di Febbraio, la paziente fu svegliata e fu intrattenuta allo stato di veglia in una normale conversazione.

La terapia si protrasse per diversi mesi, qualche volta anche due volte alla settimana. La ragazza sviluppava un'amnesia spontanea, per quanto riguarda gli eventi vissuti nello stato di trance, ma negli stati di regressione ipnotica le fu consentito di ricordare

1 precedenti incontri con l'Uomo di Febbraio. Durante il primo colloquio con la paziente, mi ero preoccupato di sapere le date

aportanti della sua vita in modo tale che all'Uomo di Febbraio [non accadesse di intromettersi in qualche ricordo importante. Nel-lle sedute successive, fu fatta regredire di un anno con intervalli [sempre più lunghi tra una visita e l'altro dell'Uomo di Febbraio, (cosicché quando raggiunse l'età di quattordici anni fu possibile incontrarlo "per caso", in posti dove era stata varie volte nella sua svita. Spesso questo fu ottenuto mediante una comparsa dell'uomo, \ pochi giorni prima di una ricorrenza reale della sua vita. Anche quando si avvicinarono i diciannove anni continuò a ricevere le visite dell'Uomo di Febbraio e a dimostrare una particolare simpatia nel vederlo ancora una volta, per parlargli dei suoi interessi di adolescente. Via via che approfondivo la conoscenza della sua vita, ogni volta che scoprivo nuovi ricordi della sua infanzia, potevo farla regredire a quell'età, poi io comparivo qualche giorno prima che si verificasse un fatto importante della sua vita e lo aspettavo insieme a lei. Oppure potevo apparire qualche giorno più tardi, per ricordarlo con lei. Con questo sistema fu possibile introdurre nei suoi ricordi la sensazione di non essere mai stata completamente sola e che molte esperienze della sua vita erano state realmente condivise da un'altra persona. Ella chiedeva sempre all'Uomo di Febbraio fra quanto tempo avrebbe potuto vederlo e quando richiedeva dei regali le venivano offerti doni che duravano poco. In tal modo le fu data la sensazione che aveva veramente mangiato qualche dolce o passeggiato insieme all'Uomo di Febbraio in un giardino fiorito. Facendo tutte queste cose sentii che stavo con successo introducendo nei ricordi del suo passato le sensazioni di un'infanzia felice e soddisfacente sul piano emotivo. Col procedere della terapia, la paziente iniziò a mostrarsi nello stato di veglia sempre meno preoccupata di non poter essere una buona madre. Ripetutamente mi chiese cosa le stessi facendo, durante lo stato di trance, per darle una sensazione tale da farle credere che sarebbe stata capace di comportarsi adeguatamente con i bambini di tutte le età. Le fu sempre detto, sia nello stato di veglia che in quello di trance, di non ricordare niente di quanto era accaduto durante l'ipnosi, almeno per quel che riguardava l'aspetto verbale. Doveva invece conservare le emozioni importanti ed eventualmente dividerne la gioia con i figli che probabilmente

avrebbe avuto. Molti anni più tardi seppi che aveva avuto tre bambini ed era felice della loro crescita e della loro educazione ».

Discorso più lungo merita l'amnesia, che può essere spontanea o richiesta. Esistono vari tipi di amnesia:

a) *Amnesia postipnotica*, è un'amnesia per i fatti avvenuti durante la seduta ipnotica. In seguito a vari studi si è constatato che tale tipo di amnesia nella sua forma spontanea è meno frequente di quanto ci si aspettava e meno frequente di quella suggerita. Inoltre taluni ritengono che quando l'amnesia postipnotica spontanea è molto frequente, è perché lo sperimentatore da stimoli sottili e non intenzionali o suggestioni che essa si verificherà.

b) *Amnesia postipnotica della fonte*; il soggetto ricorda il materiale appreso in ipnosi, ma dimentica il fatto che lo ha appreso in ipnosi. Nella sua forma spontanea si è constatato che è meno frequente di quanto si poteva supporre, e anche per essa vale la supposizione di stimoli o suggestioni non intenzionali trasmesse dallo sperimentatore che la provocano.

e) *Amnesia postipnotica per cose insegnate durante la sessione ipnotica*, cioè amnesia per qualcosa che si è imparato volontariamente;

d) *Amnesia postipnotica parziale*, solo per alcune delle cose imparate da un soggetto capace di amnesia più completa;

e) *Amnesia per la stessa trance ipnotica* (29).

Le esperienze e i resoconti clinici sembrano sostenere senza alcun dubbio l'esistenza dell'amnesia ipnotica. Ma le prove sperimentali non portano dati conclusivi a sostegno della esistenza di tale fenomeno.

Per Barber « le suggestioni permissive-motivanti di cercare di dimenticare sono più efficaci quando vengono date in condizioni 'vigili' piuttosto che con un procedimento di induzione ipnotica nel provocare (a) un'apparente amnesia durante l'esperimento, e (b) l'attestazione post-sperimentale di avere parzialmente o totalmente dimenticato.

(29) HILGARD E. R., *op. cit.*, 73.

Le suggestioni perentorie ('Lei dimenticherà...') impartite con o senza un procedimento di induzione ipnotica, sono egualmente efficaci nel provocare (a) un'apparente amnesia durante l'esperimento, e (b) l'attestazione post-sperimentale di aver parzialmente o totalmente dimenticato.

Le suggestioni di comportarsi come se si fosse amnestici, date con, o senza un procedimento di induzione ipnotica, sono egualmente efficaci nel provocare (a) un'apparente amnesia durante l'esperimento, e anche nel suscitare (b) l'attestazione dopo l'esperimento (quando i soggetti non stanno più fingendo) di avere parzialmente o totalmente dimenticato ».

Barber insiste che l'onere di provare che il soggetto è realmente amnestico spetta a chi ritiene che lo sia veramente, ma data la difficoltà di offrire questa prova non resta che osservare che, anche se l'amnesia può essere prodotta con la semplice richiesta verbale e senza induzione, ciò non toglie in questo come in altri casi che l'ipnosi l'abbia provocata. Questa considerazione vale per molte critiche di Barber. Secondo alcuni « l'amnesia avrebbe la funzione di isolare rimuovere o obliterare la presentazione neutra di esperienze specifiche o di eventi, *in modo da non influenzare ulteriormente il comportamento*. Ciò non impedisce il recupero di tale materiale. In particolare si sono studiati gli effetti dell'amnesia sulla inibizione retroattiva, per cui il dimenticare le ultime cose apprese, favorisce il ricordo di quelle precedentemente apprese » (30).

In altri esperimenti si è considerata la possibilità che l'amnesia disturbi gli ordinari processi della memoria. Alcuni ricercatori tentarono di verificare quest'ipotesi in base all'ordine in cui i soggetti ricordavano gli items quando l'amnesia era parziale. Se il ricordo parziale era dovuto ad una normale dimenticanza, come succedeva ai soggetti meno ipnotizzabili, gli items, venivano ricordati nell'ordine cronologico in cui erano stati appresi. Se gli items erano stati dimenticati in seguito all'amnesia, il ricordo degli items rimasti era casuale. Quando l'amnesia veniva rimossa gli items erano ricordati nell'ordine in cui erano stati appresi. Que-

(30) HILGARD E. R., *op. cit.*, 76.

sto può significare che la memoria era rimasta intatta ed il ricordo degli items era disturbato dall'amnesia.

Per Erickson(31) un'amnesia spontanea, concorrente con un ricordo pieno in trance dei fatti verificatosi in un'altra trance è la prova classica dell'evidenza dell'amnesia-ipnotica. Ciò che è particolare in questi casi è che il soggetto apparentemente ricorda in uno stato di veglia tutti i fatti avvenuti durante lo stato di trance, finché non si sviluppa una amnesia spontanea più tardi. Ed infatti Erickson proprio per evitare questo ricordo non parla mai con i pazienti della seduta ipnotica appena questa si è conclusa in quanto ciò può favorire il ricordo. Conversa invece con il paziente di cose comuni o racconta aneddoti, che lo distolgono e distraggono in modo da favorire l'amnesia detta, appunto, per distrazione. Oppure allontana « i pazienti dallo studio per evitare di parlare della trance », cerca cioè di eliminare qualsiasi collegamento con la seduta ipnotica creando situazioni completamente differenti che lo distraggano.

Hilgard(32) ricorda alcuni dei mezzi con cui è raggiunta l'amnesia: 1) l'influenza delle suggestioni verbali; 2) la disattenzione volontaria del soggetto. Per Hilgard questo comportamento è simile a quel genere di auto-imposizione che le persone usano quando, andando a dormire, decidono di smettere di pensare ai propri problemi e riescono a « vuotare la loro mente » per poter dormire; 3) l'immaginazione può giocare un ruolo importante nel produrre amnesia. A volte l'immagine è scelta dal soggetto stesso per ottenere l'effetto desiderato, a volte è suggerita dall'ipnotista. Certi ipnotisti a volte consigliano i soggetti di immaginare che tutto ciò che volevano dimenticare fosse chiuso in una cassa; il soggetto nell'immaginazione chiude a chiave la cassa e getta via la chiave; 4) molti aspetti dei processi amnestici sono in relazione con la storia personale dell'individuo e giustificano un'interpreta-zione basata sulle dinamiche della rimozione. In questi casi le prime esperienze di una persona, le sue caratteristiche personali,

(31) ERICKSON H. H., ROSSI E., Varieties of Hypnotic Amnesia, in *Ann. J. din. Exp. Hypnosis*, 1974, 225.

(32) HILGARD E. R., *op. cit.*, 78.

il suo sistema difensivo, possono influenzare il modo in cui l'amnesia è raggiunta.

L'amnesia può anche essere indotta indirettamente attraverso casuali osservazioni circa la mancanza di memoria, la difficoltà di ricordare in generale eccetera...

Uamnesia strutturata, che può essere considerata come un terzo tipo accanto all'amnesia spontanea e quella suggerita, si ottiene nello spingere il soggetto nella stessa identica situazione di quando viene ipnotizzato (per esempio il paziente veniva ipnotizzato in seguito ad un comando post-ipnotico mentre stava leggendo un libro in attesa che Erickson fosse libero e con la stessa attività, seduto alla stessa scrivania, veniva deipnotizzato. Questo per parecchie settimane. Ciò comporta che il periodo di trance che avviene tra due eventi così uguali può essere più facilmente scotomizzato).

13. Il fenomeno più caratteristico sulla memoria che si può produrre con l'ipnosi è la così detta *regressione d'età*.

Normalmente si distingue la « regressione d'età » in cui il soggetto rivive con la sua personalità attuale, esperienze passate, dalla *rivivificazione* in cui il soggetto con i cinque sensi rivive una esperienza passata come se la sperimentasse al presente (33). Comunemente però, anche la rivivificazione, che è ciò di cui ora tratteremo, viene chiamata « regressione d'età ». Questo fenomeno è particolarmente suggestivo: un soggetto di trenta anni regredito all'età di quattro, si comporta in maniera congrua all'età suggerita, i suoi disegni, la sua grafia, il suo modo di parlare e di gestire, sia pure a volte con qualche fluttuazione verso la personalità presente, sono quelli di un bambino di quattro anni. Molti studi sono stati fatti per esaminare se questo fenomeno sia reale oppure una involontaria simulazione del soggetto. Alcuni Autori hanno indicato come questa regressione non sia mai completa; altri Autori, come alcuni test della persona regredita siano congrui con l'età suggerita mentre altri test lascino perplessi.

Vi sono però alcune prove della realtà della regressione che sono veramente impressionanti: la dorsiflessione plantare (riflesso

(33) BARBER T. X., *op. cit.*, 192.

di Babinski, tipico del neonato, che non è presente nell'adulto), presente in alcuni soggetti adulti ignari del fenomeno quando sono regrediti all'età di cinque o sei mesi senza che questi volontariamente siano in grado di riprodurla allo stato di veglia, è una delle prove che più comunemente viene presentata per dimostrare la realtà del fenomeno di regressione in ipnosi.

Contro questa si è fatto rilevare però da un lato (34) che « la risposta di Babinski » non è la risposta caratteristica dell'infante alla stimolazione plantare. La risposta tipica che si verifica pochi giorni dopo la nascita e fino a circa sette mesi di età è una brusca retrazione dell'arto, mentre la risposta degli alluci varia; in uno studio accurato su 75 infanti si è trovato che la retrazione dell'arto si verificava in seguito alla stimolazione plantare in tutti gli infanti fino ai tre mesi di età e nel 60% degli infanti fino a circa sette mesi di età. Wolff osservò una risposta di Babinski solo in 13 osservazioni su 389 compiute su bambini sotto i sette mesi di età e Burr notò una tale estesa variazione nella risposta dei movimenti delle dita di 69 infanti da giungere alla conclusione che nessun movimento specifico degli alluci poteva venire considerato caratteristico della risposta dell'infante alla stimolazione plantare ».

Alcuni autori hanno poi mostrato come taluni soggetti regrediti hanno sperimentato situazioni patologiche riscontrabili clinicamente (asma e disturbi elettroencefalografici) di cui soffrivano anni prima (nell'età suggerita in ipnosi) e non più nell'attualità.

È stato descritto il caso di un marinaio di 24 anni che fu ospedalizzato per un attacco convulsivo. Nella storia clinica del paziente si notò che il primo attacco avvenne cinque anni prima e che l'encefalogramma preso in tale occasione parlava di « diffuse anormalità indicanti un disordine convulsivo ». Messo il paziente in trance ipnotica si scoprì che il primo attacco avvenne in circostanze psicologicamente traumatiche. Il paziente allora fu regredito all'età di dodici anni e fu preso un altro encefalogramma. Il tracciato fu perfettamente normale; rimase tale mentre lo si fece progredire anno per anno. Quando giunse all'età di quasi di-

(34) BARBER T. X., *Ipnosi*, cit.

ciotto anni, cioè prima del primo attacco, si notarono irregolarità e anormalità nell'encefalogramma. Fu portato ad un periodo immediatamente successivo e si notarono diffuse anormalità corticali. A questo punto si calmò il paziente e si riportò il grafico nei suoi limiti normali. Si prese poi una seconda serie di encefalogrammi dando suggestioni che dovevano causare un trauma psicologico e si riuscì a produrre un attacco convulsivo e ad interromperlo con suggestioni contrarie alle prime.

È difficile dire di quale natura sia il fenomeno che sto descrivendo; in qualche caso può essere presente una involontaria simulazione, in altri, come quello appena descritto, è difficile decidere.

Personalmente ho potuto « regredire » un amico con cui avevo avuto un incidente stradale, anni prima, al momento dell'incidente, e ho potuto così osservare il suo pallore il suo sudore, l'aumento del battito cardiaco (il polso aumentò da 80 pulsazioni a 120) e la copiosità dei dettagli con cui descriveva l'incidente avvenuto. Al risveglio appariva ancora molto turbato.

Un altro soggetto, che fu regredito in un periodo a caso, si ritrovò all'età di quattro anni, quando era avvenuta la morte di un genitore e scoppiò a piangere rimanendone turbato per parecchi giorni.

Barber osserva che « Benché siano state proposte complesse teorie per spiegare la regressione dell'età (e la progressione di età) i dati presentati più sopra, insieme ad altri dati pubblicati altrove indicano che dei postulati relativamente semplici sono sufficienti a spiegare questi fenomeni. Questi postulati comprendono:

1. Quando viene impartita enfaticamente la suggestione (a soggetti ipnotici o nella veglia) che essi si trovano nel passato (o nel futuro), la maggior parte dei soggetti cerca nel miglior modo che gli è possibile di immaginare vividamente, o di fantasticare, che si trova nel passato (o nel futuro).

2. Il soggetto che ha ricevuto suggestioni di regressione (o di progressione) è capace di immaginare se stesso nel passato (o nel futuro) più vividamente quando lo sperimentatore lo tratta come se fosse nel passato (o nel futuro).

3. I soggetti ipnotici e quelli nella veglia che hanno ricevuto suggestioni di regressione o di progressione, nonostante cerchino di porsi con la fantasia in un tempo precedente (o futuro), hanno quasi sempre dei concetti errati sui comportamenti presenti durante la fanciullezza (o la vecchiaia) e quindi in genere si comportano in maniera non del tutto appropriata all'età specifica.

In conclusione, per Barber sembra improprio considerare la regressione d'età (o la progressione) come una riproduzione fedele del comportamento passato (o futuro) del soggetto. La regressione d'età da suggestione (e la progressione d'età da suggestione) possono tuttavia venire considerate come tecniche proiettive in cui viene presentato al soggetto un campo-stimolo relativamente non strutturato (per es., « Hai sei anni ») e viene suscitata una proiezione del suo « mondo privato » in quanto egli deve 'organizzare il campo, interpretare il materiale e reagire affettivamente ad esso'.

L'ipnotista con una tecnica appropriata può far rivivere le passate esperienze trasportando l'immaginazione del soggetto ad un tempo pregresso che diviene per lui l'unica realtà così che riesce a provare le stesse emozioni di un tempo. Reiff e Scheerer(35) in uno studio sulla memoria e sulla regressione in ipnosi hanno messo in rilievo due caratteristiche: la prima riguarda l'aumento di memoria in ipnosi per le prime esperienze di scuola, ad esempio il nome di un insegnante o di un compagno, la seconda riguarda il livello raggiunto nel compiere i compiti specifici dell'età secondo un test di Piaget. Il test consiste nel far scorrere in un tubo vuoto una corda su cui sono infilate, ad una certa distanza una dall'altra, delle perle di diverso colore, mentre il soggetto deve rispondere a delle domande sull'ordine delle perle. La domanda più facile consisteva nel chiedere al soggetto quale delle

(35) REIFF R., SCHEERER M., *Memory and Hypnotic Age Regression*, I.U.P., New York, 1959. Recentemente alcuni ricercatori italiani su un piccolo campione di 7 soggetti tra i venti e i trent'anni e con un gruppo di controllo i cui componenti « dovevano fare tutto il possibile per rispondere » e comportarsi come se fossero bambini, ha riscontrato che il gruppo ipnotico rispondeva in modo congruo all'età infantile suggerita secondo i principi di Piaget sullo sviluppo psichico infantile, cfr. BERGERONE C, CEI A., MARSIGLI G., PANIER BOGAT M., *Alla ricerca della infanzia perduta. Processi cognitivi e regressione ipnotica d'età*, Bulzoni, Roma, 1978.

perle sarebbe uscita per prima dal tubo se lo sperimentatore continuava a tirare la corda, la più difficile consisteva nel chiedergli l'ordine delle perle dopo aver immaginato che lo sperimentatore avesse girato il tubo per venti volte di 180°. Per l'esperimento fu usato un gruppo di soggetti realmente regrediti per tutti i livelli di età controllati, e vari gruppi di controllo di simulatori per i differenti livelli d'età. I risultati dimostrano che i soggetti veramente regrediti si avvicinavano nella media ai livelli di sviluppo aspettati, di solito un poco sotto a tali livelli, mentre i simulatori raggiunsero livelli più alti:

- 1) i soggetti regrediti tendevano a comportarsi coerentemente con l'età sperimentale;
- 2) i soggetti regrediti erano più coerenti dei simulatori nei vari compiti ad ogni livello di età;
- 3) quando i soggetti regrediti deviavano dal livello di età sperimentale tendevano ad un livello inferiore;
- 4) i simulatori tendevano a comportarsi al di sopra del livello d'età sperimentale;
- 5) più basso era il livello di età richiesto e più i simulatori tendevano ad un livello superiore.

Questi risultati furono in seguito contestati da O'Connell, Shor e Orne in un successivo esperimento (36). In realtà Reiff e Scheerer non avevano trattato i simulatori nello stesso modo dei soggetti realmente ipnotizzati, avendo usato un gruppo di simulatori per ogni età di comparazione, e lo stesso gruppo di soggetti ipnotizzati dall'inizio alla fine dell'esperimento. O'Connell, Shor e Orne ipotizzarono che l'abitudine alla regressione d'età poteva aver migliorato l'attività dei soggetti ipnotizzati, per questo nel loro esperimento trattarono i due gruppi nella stessa maniera. La differenza tra simulatori e genuini trovata da Reiff e Scheerer non fu riscontrata.

Questo secondo Hilgard può pesare negativamente sul problema della regressione, ma non nega necessariamente una com-

(36) O'CONNELL D. NT., SHOR R. E., ORNE M. T., Hypnotic Age Regression: An Empirical and Methodological Analysis, in *J. Abn. Psych. Monographs*, 1970, 56.

ponente dissociativa nel comportamento dei simulatori. Ci sono residui di precedenti tipi di comportamento che non dipendono solamente dall'atteggiamento o dallo stato ipnotico, basti pensare al sonno e al sogno che possono essere suscitati dall'ipnosi ma non si richiede che una persona sia ipnotizzabile per sperimentare la dissociazione del sonno e dei sogni.

La questione dell'aumento della memoria associata con la regressione d'età è in qualche modo separabile da quella della capacità di sostenere prove congrue all'età durante la regressione. Alcuni ricordi sono personali, datati nel passato e presumibilmente rivivibili quando il vecchio contesto è ricreato con la regressione d'età. Reiff e Scheerer alludevano a questi ricordi come a « rimembranze » con un indice autobiografico, e ad altri come a « ricordi » senza tale indice; distinzione più tardi fatta da Tulving tra memoria episodica (memoria per avvenimenti specifici) e memoria semantica (memoria per dei pensieri, non autobiografica).

Nel loro studio sulla memoria per avvenimenti personali, Reiff e Scheerer sottoposero ai soggetti un questionario sulle loro esperienze scolastiche dall'età di quattro anni fino alla quinta classe. La memoria dei soggetti ipnotizzabili fu esaminata in ipnosi, senza e con la regressione d'età, nelle differenti età. I risultati indicarono un ricordo migliore tra i soggetti reali che tra i simulatori per l'età dai sette ai dieci anni.

Io ritengo che la regressione d'età sia un fenomeno che si presti più facilmente ad essere descritto che spiegato. Brevemente si può dire che esso rappresenta un particolare condizione indotta da una determinata tecnica dell'ipnotista che permette di isolare e di separare differenti livelli ed elementi del comportamento e della vita emozionale scomponendo quindi il vissuto esperienziale del soggetto.

Tutti gli elementi della nostra esperienza lasciano tracce nella nostra vita psichica. In condizioni normali a queste passate esperienze si sovrappongono tutte quelle susseguenti che tendono a cancellare le precedenti. La realtà successiva, dunque, si sovrappone a quella passata. Poiché per l'ipnotizzato l'ipnotista si pone come la realtà determinante, quest'ultimo può favorire l'esclusione più o meno completa, ma spesso con notevoli residui delle

esperienze successive dal campo di esperienze del soggetto quelle successive, facendo rivivere quelle esperienze passate, come le uniche realtà significative. Non si tratta dunque di nulla di magico o di soprannaturale, ma di esperienze biopsicologiche che si inquadrano nella comprensione odierna dei fenomeni psicologici.

La ricerca del tempo perduto di Proust inizia per dei ricordi che vengono attivati dal sapore di un biscotto (37) « E ad un tratto il ricordo m'è apparso. Quel sapore era quello del pezzetto di 'maddalena' che la domenica mattina a Combray (giacché quel giorno non uscivo prima della messa), quando andavo a salutarla nella sua camera la zia Léonie mi offriva dopo averlo bagnato nel suo infuso di té o tiglio. La vista della focaccia, prima di assaggiarla, non mi aveva ricordato niente; forse perché, avendone viste spesso, senza mangiarle, sui vassoi dei pasticceri, la loro immagine aveva lasciato quei giorni di Combray per unirsi ad altri giorni più recenti; forse perché di quei ricordi così a lungo abbandonati fuori della memoria, niente sopravviveva, tutto si era disgregato; le forme — anche quella della conchiglietta di pasta, così grassamente sensuale sotto la sua veste a pieghe severa e devota — erano abolite, o, sonnacchiose, avevano perduto la forza di espansione che avrebbe loro permesso di raggiungere la coscienza. Ma, quando niente sussiste d'un passato antico, dopo la morte degli esseri, dopo la distruzione delle cose, soli, più tenui ma più vividi, più immateriali, più persistenti, più fedeli, l'odore e il sapore, lungo tempo ancora perdurano, come anime, a ricordare, ad attendere, a sperare sopra la rovina di tutto il resto, portando sulla loro stilla quasi impalpabile, senza vacillare, l'immenso edificio del ricordo.

E, appena ebbi riconosciuto il sapore del pezzetto di 'maddalena' inzuppato nel tiglio che mi dava la zia (pur ignorando sempre e dovendo rimandare a molto più tardi la scoperta della ragione per cui questo ricordo mi rendesse così felice), subito la vecchia casa grigia sulla strada nella quale era la sua stanza, si

(37) PROUST M., *La strada di Swann*, Einaudi, Torino, 1965. Questo genere di sensazioni è stato definito Flashback. Se ne veda l'attento esame di FISCHER R., On Flashback and Hypnotic Recali, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1977, 217.

adattò come uno scenario di teatro al piccolo padiglione sul giardino, dietro di essa, costruito per i miei genitori (il lato tronco che solo avevo riveduto fin allora); e con la casa la città, la piazza dove mi mandavano prima di colazione, le vie dove andavano in escursione dalla mattina alla sera e con tutti i tempi, le passeggiate che si facevano se il tempo era bello. E come in quel gioco in cui i giapponesi si divertono ad immergere in una scodella di porcellana piena di acqua dei pezzetti di carta fin allora indistinti, che, appena immersi, si distendono, prendono contorno, si colorano, si differenziano, diventano fiori, case, figure umane consistenti e riconoscibili, così ora tutti i fiori del nostro giardino e quelli del parco di Swann, e le ninfee della Vivonne e la buona gente del villaggio e le loro casette e la chiesa e tutta Combray e i suoi dintorni, tutto quello che vien prendendo forma e solidità, è sorto, città e giardini, dalla mia tazza di té ».

Forse l'ipnotista con le sue manovre comunicazionali riproduce l'effetto di quel biscotto per Proust.

CAPITOLO Vili

UN PUNTO DI VISTA PERSONALE:
IL RAPPORTO IPNOTICO COME MISTIFICAZIONE
E MALAFEDE

« La scoperta di un principio ingannatore, di un'attività menzognera, all'interno di noi stessi, può fornire un punto di vista assolutamente nuovo su tutta la nostra vita cosciente ».

J. REVÉRE

SOMMARIO: 1. Mistificazione e confusione. — 2. Percezione e immaginazione nell'Io contraffatto. — 3. La malafede dell'ipnotizzato.

1. Attraverso le comunicazioni coneguate come doppi legami, paradossi, incongruenze, non sequitur, si è già mostrato come il soggetto venga posto in una situazione emotiva peculiare. Voglio qui ora specificare, senza con questo voler proporre una ennesima teoria dell'ipnosi, e senza pretendere di essere esaustivo, alcuni aspetti che ne derivano in quella complessa interazione che chiamiamo ipnosi. Punto di partenza è il concetto di *mistificazione* così come specificato da Laing(1).

La mistificazione rappresenta un genus di cui il doppio legame ed altre strategie dell'ipnotista sono una species. Infatti esiste un genere di messaggi più generale, di cui le manovre a doppio legame rappresentano uno dei possibili tipi che non saprei ricondurre a un minimo comun denominatore, se non tautologico, cioè quello relativo al fine cui sono destinati: *mistificare il soggetto*.

(1) LAING R. D., Mistificazione, confusione e conflitto, in BOSZORMENY-NAGY L, FRAMO E., *Psicoterapie intensive della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1969, 365.

La persona è mistificata, secondo Laing, quando viene posta in uno stato di confusione sul proprio essere, sulla propria identità e sulle proprie sensazioni, stato che, a detta di Erickson è una delle caratteristiche di ogni buona induzione.

La *confusione* consiste nel fatto che il soggetto mistificato non percepisce esattamente ciò che veramente prova o ciò che sta avvenendo. L'abilità dell'ipnotista consiste nel convertire la *prassi*, cioè ciò che egli fa, in un *processo*, cioè in una serie impersonale di eventi di cui nessuno è l'autore (2), nel fare in modo cioè che certi fenomeni ipnotici appaiano per così dire spontanei ed autonomi.

La mistificazione nei rapporti interpersonali in genere è rappresentata dall'attribuzione all'altro di esperienze e bisogni, che in realtà egli non ha, ciò per mezzo dell'aspetto ingiuntivo sempre implicito nella comunicazione ed a fortiori in una situazione di forte controllo sociale, come quella esistente fra ipnotista e ipnotizzato. Alla richiesta di immaginazione, per l'atteggiamento dell'ipnotista e per il contesto stesso dell'ipnosi, è implicita un'ingiunzione di adesione alla realtà immaginata. L'ingiunzione è tanto più efficace quanto più è mascherata, poiché, non essendo riconosciuta, né riconoscibile, è difficile da resistere: così se si dice al soggetto, dopo avergli affaticato gli occhi con una manovra che effettivamente glieli affatica : « Ora le tue palpebre diventano pesanti » è più facile per il soggetto resistere che di fronte alla frase : « Probabilmente ti accorgerai che a questo punto non è importante tenere gli occhi aperti ».

Attraverso l'attribuzione di esperienze all'altro, l'ipnotista ottiene di far fare all'altro ciò che desidera senza dargli l'impressione di imporgli la propria volontà, riuscendo così a trasformare i propri intenti in motivazioni, fantasie ed esperienze dell'altro.

La persona mistificata entra così in uno stato di confusione che non necessariamente è esperito come tale, anzi, tanto più la strategia mistificante è subdola, tanto meno l'altro la decifra e la avverte. L'ipnotista sostanzialmente sul piano del comportamen-

(2) Cfr. SARTRE J. P., *Critica della ragione dialettica*, Il Saggiatore, Milano, 1963; LAING R. D., COOPER R. D., *Ragione e violenza*, Armando, Roma, 1973.

to trasforma la condotta del soggetto da volontaria (inizialmente) ad involontaria: *a)* chiedendogli di tenere un certo comportamento, ma al tempo stesso chiedendogli di non farlo volontariamente, cosicché per risolvere il dilemma il soggetto, fortemente coinvolto, tiene quel comportamento ma non se lo attribuisce; *b)* altre volte — come quando gli affatica la vista per esempio facendogli aprire e chiudere gli occhi e contemporaneamente suggerendogli che gli occhi si fanno pesanti o quanto attraverso l'immaginazione provoca una risposta ideomotoria — confermando esperienze naturali dell'altro, ma squalificando la loro origine, attribuendole cioè, anziché alla normalità delle cose, ad ingiunzioni che l'ipnotista espressamente o implicitamente gli sta trasmettendo e trasforma così la prassi in un processo.

Sul piano psichico invece l'ipnotista si prefigge il compito di trasporre l'esperienza del soggetto dalla immaginazione alla percezione creandogli delle *illusioni*, sorta di micro deliri reversibili. L'ottenimento di questi risultati rinforza il comportamento che è vissuto come involontario e la realtà dell'immaginato, e conferma al soggetto, ad un livello differente, il nesso tra la condotta dell'ipnotista e la propria: ciò, per il meccanismo della profezia che si autodetermina, predispose il soggetto ad essere sempre più suscettibile ad esperienze e condotte involontarie che sia l'uno che l'altro definiscono « ipnosi ». Altre volte l'ipnotista si prefigge il compito di trasporre l'esperienza del soggetto dalla immaginazione alla percezione creandogli delle illusioni.

Ci si è impegnati parecchio per distinguere queste illusioni o allucinazioni ipnotiche dalle allucinazioni denunciate dai soggetti affetti da disturbi psicopatologici, ma senza risultato perché per entrambe non possiamo che riferirci alle dichiarazioni dei soggetti che in fondo non consistono in altro che nel dare valore di realtà a ciò che si è immaginato.

2. Attraverso queste manovre mistificanti l'ipnotista contribuisce alla disconferma nell'ipnotizzato della realtà circostante intaccando il nucleo autentico della sua realtà, e così alla creazione di una sorta di *Io contraffatto*.

Per superare la confusione, anche non esperita come tale, il soggetto risponde con quella che è stata definita la « logica della trance » e cioè una logica disposta a sopportare incongruenze nei messaggi dell'ipnotista e dell'ipnotizzato stesso. Il risultato è un atteggiamento cognitivo caratterizzato dal *credere nell'immaginato* così come l'immaginazione è stata guidata dall'ipnotista. Nell'Io contraffatto la coscienza immaginativa del soggetto non si distingue più dalla coscienza percettiva. L'annullamento della realtà, implicito sostanzialmente in ogni immaginazione, è qui esasperato al punto che questa, più che prendere il posto del mondo reale, lo esclude (3). La coscienza immaginativa cioè viene indotta dall'ipnotista direttamente o indirettamente (« Lei proverà una qualche sensazione ») a costituire un oggetto immaginario presentifi-candolo; ma trovandosi il soggetto immerso nel mondo delle presenze reali, deve respingere tutto ciò che è effettivamente presente, deve cioè annullarlo o deve sottrarsi al mondo che è presente, deve cioè, in pratica, nullificare se stessa per darsi un'essenza.

Ciò avviene dopo che l'ipnotista, attraverso manovre che limitano le percezioni sensoriali, produce una *apatia percettiva* in cui gli oggetti appaiono irreali; cosicché l'immaginazione può raggiungere il mondo della percezione in quanto il reale è scolorito e quindi divenuto proprio lui irreali.

3. È chiaro che per la coscienza percettiva tutto ciò comporta, almeno fino ad un certo punto, un alcunché di falso, il vivere cioè una « quasi vita » basata sui miraggi della vita interiore evocata dall'ipnotista che ha trasformato la coscienza immaginativa in una quasi-realtà.

L'Io contraffatto dunque, credendo nell'immaginato, è pur sempre in *malafede* nel senso sartriano del termine (4).

La malafede implica un'unità della coscienza sia percettiva che immaginativa, in cui vero e falso coesistono temporalmente nello stesso momento.

(3) Cfr., ma ad altro proposito, SARTRE J. P., *Immagine e coscienza*, Einaudi, Torino, 1948.

(4) SARTRE J. P., *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 1965.

La coscienza, in una situazione insostenibile come quella indotta dall'ipnotista, si sottrae anticipatamente, e si mette nella condizione di scegliere simulando la buona fede.

Questa condizione differisce dalla menzogna in quanto quest'ultima è la negazione verbale e comportamentale nei confronti di un altro su un oggetto; la malafede invece è menzogna, rivolta verso se stessi, e su se stessi, è quindi principalmente un autoinganno, talché la dualità tra oggetto e ipnotista è da un certo punto in poi, puramente accessoria (5).

L'autoinganno più che alla realtà è riferito al rapporto del soggetto con la realtà: sul piano cognitivo si può dire che il soggetto sa qual'è la realtà, ma non sa di saperlo. Nella malafede in realtà l'individuo si trova a recitare in due scene contemporaneamente, a muoversi su due registri, grazie alla coesistenza della coscienza percipiente e della coscienza immaginativa. *È chiara che la commistione di questa dualità coscienziale può avere gradi diversi di coinvolgimento, più o meno intenso; al grado massimo essa tende, in quanto dualità, a scomparire, così che il soggetto esperisce la realtà ipnotica come unica totale realtà possibile, ed è anche questo che solitamente, in modo empirico e grossolano, si cerca di misurare con le cosiddette scale di ipnotizzabilità.*

L'ipnotizzato prova in effetti ciò che dice di provare, ma lo prova irrealmente, cioè si autoinganna sul senso di ciò che prova. L'incongruenza della sua logica che è stata chiamata logica della trance è l'epifenomeno di questa malafede.

L'adesione dell'ipnotista, che ha messo in moto il processo, lo persuade ad essere ciò che vuole apparire, consolidando la materializzazione dell'irreale attraverso la conferma dell'altro, cioè l'ipnotista, che è la realtà per lui «significante».

(5) SACKEIM H., GUR R., Self-Deception, Self Confrontation and Consciousness, in SCHWARTZ G., SHAPIRO D. (a cura di), *Consciousness and Self-Regulation, Advances in Research and Theory*, vol. II, Wiley, New York, 1978; con una serie ingegnosa di esperimenti hanno mostrato come l'autoinganno sia, a fronte di realtà disturbante o minacciosa, un tratto cognitivo generalizzato (di cui la rimozione come meccanismo difensivo sarebbe uno solo dei possibili tipi) e lo hanno ipoteticamente correlato al differente funzionamento dei due emisferi cerebrali.

Così l'ipnotizzato viene indotto a mentirsi per essere vero, stringendo con l'ipnotista un *patto di ignoranza*, in cui anche il patto stesso è misconosciuto.

L'ipocondriaco che teme di avere un cancro, sente veramente un acuto dolore nella parte del corpo che immagina sia malata. Egli sa, però, ad un livello diverso, di non essere malato, che non vi sono prove che lo sia, ma sente ugualmente il dolore, anzi, si agita e si dibatte come per averlo di più, mentre chi ha veramente il cancro si sforza per diminuire il suo dolore. Non è il dolore che provoca il suo comportamento eppure questo dolore non è propriamente falso — in quanto sia pure immaginario è pur sempre dolente — anche se ad un livello differente, questo dolore non è neanche vero.

Così è per l'ipnotizzato e le sue illusioni: come per il malato immaginario l'ipnotista può fare il modo che il soggetto si senta cieco, sordo, allucinato, anestetico, sonnambulo anche se i riscontri obiettivi mostrano che in realtà l'ipnotizzato ci vede, ci sente, non ha allucinazioni, non è anestetico ed è sveglio. Ed è quanto appena descritto, ciò che distingue l'ipnotizzato da colui che mente, da colui che simula, da colui che deliberatamente si autoinganna e da colui che recita. È ben vero che Sarbin, sa che definire l'ipnosi *role-enactment* implica l'utilizzazione di una metafora ed è anche vero che l'attore può essere talmente coinvolto nella sua parte da provare ciò che il suo personaggio, se esistente, dovrebbe provare. Ma è vero anche che il distacco dell'attore dalla irrealtà è più netto che nell'ipnotizzato, « l'attore conserva la certezza soffocata di non essere Amietto nel momento stesso in cui si mostra Amietto ed è obbligato ad apparire, a persuadersi d'esserlo » (6).

Nel fenomeno della « transidentificazione » invece, in cui al soggetto in ipnosi viene suggerita un'altra personalità, questi pretende di essere Amietto al di là di ogni disconferma.

L'attore e non l'ipnotizzato progetta anticipatamente di essere irrealmente un altro, costruendo un raccordo, appunto progettato, tra il reale e l'irrealtà. E il suo impegno consiste proprio nel re-

(6) SARTRE J. P., *L'Idiot de la Famille*, Gallimard, Paris, 1971, voi. I, 662.

stare a mezzo tra sé e il personaggio che mostra di essere; la sua bravura è misurata proprio dal fatto che egli per sé e per gli altri non è colui che rappresenta. La malafede dell'ipnotizzato lo porta ad autoingannarsi al punto che al grado massimo la realtà dell'immaginario e la realtà oggettiva si escludono.

Se immagino un amplesso con una donna assente che desidero posso avere l'erezione presentificando l'oggetto della mia libido. Anche se la risposta fisiologica appare « come se » lei fosse presente, so che lei è reale solo nella mia immaginazione o meglio che è reale nella sua irrealtà.

Al contrario le mistificazioni dell'ipnotista mettono in moto un processo che comporta la malafede dell'Io contraffatto che consiste nel progetto di ablazione della coscienza del senso di irrealtà di ciò che è stato indotto ad immaginare: il risultato è il credere e l'esperire l'immaginato. Questo effetto, come si è detto a seconda dei casi e delle circostanze, può essere realizzato in vario grado (7).

(7) FORNARI F., *Simboli e codice*, Feltrinelli, Milano, 1976, 37, da un altro punto di vista sostiene che l'atteggiamento direttivo dell'ipnotista, che culla il soggetto, lo regredisce a stadi in cui — come nell'infanzia, prima della età scolare — le parole e gli oggetti cui esse si riferiscono sono una cosa sola. L'ipnosi cioè scomporrrebbe il segno linguistico formato dal « significante » — cioè l'immagine sensibile di cui abbiamo la traccia mnestica, dal « significato » cioè il concetto che si riferisce a quell'immagine — in rapporto all'oggetto cui il segno si riferisce, cioè il « referente ». La parola dell'ipnotista sarebbe un referente culturale che si sostituisce a quello naturale. Cfr., in questo ordine di pensieri, PISCINELU U., *L'inferi come condizione essenziale e preliminare della comunicazione*, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *op. cit.*, 56. Più recentemente Fornari nella presentazione al libro di PISCINELU U., *Psicosomatica ginecologica*, Piccin, Padova, 1979, 85, ha definito l'ipnosi come « atto di parole » deducendone che i fenomeni psichici sono fenomeni che hanno un senso in quanto sono « fenomeni semiotici e più precisamente linguistici in relazione ad un ordine simbolico primario ».

PARTE II

LA TERAPIA

CAPITOLO IX L'IPNOSI IN MEDICINA ED IN PSICOTERAPIA

« Mio Dio, concedici la serenità di poter accettare le cose che non possiamo cambiare, il coraggio per cambiare le cose che possiamo cambiare, e la saggezza per riconoscere la differenza ».

PREGHIERA DELL'ANONIMA ALCOOLISTI

SOMMARIO: 1. L'ipnosi e la medicina generale: *a)* la clinica medica; *b)* la clinica dermatologica; *e)* la clinica pediatrica; *d)* la clinica neurologica. — 2. L'ipnosi e la chirurgia: *a)* la clinica chirurgica; *b)* la clinica ortopedica; *e)* la clinica odontoiatrica; *d)* la clinica oculistica; *e)* la clinica otorinolaringoiatrica. — 3. L'ipnosi e la clinica ostetrica e ginecologica. — 4. L'ipnosi ed il dolore nel cancro. — 5. L'ipnosi in psicoterapia. — 6. L'ipnodiagnostica. — 7. Le terapie con l'ipnosi utilizzabili nei disturbi psicologici: I) Ipnosi suggestiva diretta: *a)* Rimozione diretta del sintomo; *b)* Rimozione diretta del sintomo secondo la comprensione del suo significato; *e)* sostituzione del sintomo. II) Ipnosi di sostegno o direttiva: *a)* metodi tranquillanti: ipnosi prolungata - rilasciamento muscolare progressivo di Jacobson - training autogeno - ipnosi frazionata attiva - rieducazione psicotonica di Ajuriaguerra - ipnosi frazionata di Langen - tersicoretranceterapia; *b)* metodi psicologici: guida - rassicurazione - persuasione - ricondizionamento e tecniche comportamentali (desensibilizzazione sistematica - sensibilizzazione o terapia avversiva - flooding e implosion - pratica negativa o di mucchio - role-play - training assertivo - modellamento, imitazione o apprendimento osservativo - ricompense) - analisi transazionale - ipnosi, terapia Gestalt e ipnosintesi - tecniche strategiche. Ili) Ipnosi con presa di coscienza: *a)* senza analisi del transfert: ipnoanalisi catartica desensibilizzatrice - ipnoanalisi rieducativa; *b)* con analisi del transfert: ipnoanalisi di tipo classico - ipnoanalisi controllata. — 8. Il trattamento delle psicosi. — 9. Il trattamento dei disturbi sessuali. — 10. Il trattamento delle « cattive abitudini ».

1. L'uso della suggestione in medicina, è, come è noto, antichissimo. Secondo il papiro di Eber 3500 anni fa in Egitto erano usate suggestioni sotto la forma di imposizione delle mani per la

cura di moltissimi disturbi, ma solo in tempi molto più recenti si sono messe a fuoco le modalità di impiego più opportuno ed i casi più adatti per essere trattati in forma suggestiva.

a) La distinzione delle malattie in organiche da un lato e funzionali dall'altro, di origine chiaramente cartesiana come quella tra psiche e soma, ha avuto il torto di non considerare a sufficienza la loro reciproca interdipendenza. Ciò che è avvenuto dal 1940 in poi e che si è arricchito via via nel tempo a spese delle altre due classificazioni. A tali entità nosologiche poste tra le malattie organiche e quelle funzionali si è dato, come è noto, il termine di disturbi psico-somatici.

Alexander(1) ha poi distinto in questo ambito tra « reazioni di conversione » e « disturbi psicosomatici » volgendo l'attenzione al manifestarsi della malattia attraverso il sistema nervoso autonomo involontario in questi ultimi e attraverso il sistema volontario nella « reazione di conversione », che si pensa abbia un significato più simbolico.

Il campo d'azione dell'ipnosi nella medicina psicosomatica, la sua operatività e i suoi limiti sono stati investigati tra gli altri da Antonelli e Guantieri (2); comunque nell'espone il trattamento di questi disturbi saranno seguite le linee classiche tracciate da Ruginsky (3) che divide la materia in reazioni psicogene : gastro-intestinali, cardio-vascolari, genitourinarie, allergiche e asteniche; tratta inoltre di cefalea psicogena, di dolori articolari e di dolori muscolari psicogeni, dei disturbi della nutrizione fondati su fattori emotivi.

Tra i disturbi *gastro-intestinali* trattati troviamo l'ulcera peptica, la gastrite, la colite, il pilorospamo, la diarrea e la stipsi e poi ancora, Kroger (4) parla di glossiti, bizzarre disgeusie, globo isterico, disfagia, cardiospasma, dispepsia, aerofagia, anoressia, ptialismo, nausea e vomito, pirosi, gonfiori, flatulenza. Leonard, Pa-

(1) ALEXANDER F., *Medicina psicosomatica*, Universitaria, Firenze, 1956.

(2) ANTONELLI F., Il ruolo dell'ipnosi nella medicina psicosomatica, in *Rass. Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 1975, 600-606; GUANTIERI G., *op. cit.*

(3) RAGINSKY B. B., Hypnosis in Internal Medicine, in SCHNECK J. M. (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine*, Thomas, Springfield, Illinois, 1959.

(4) KROGER W. S., *Clinical and Experimental Hypnosis*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto, 1977, 195.

permaster e Wangensteen (5) constatano l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento della « dumping » sindrome dei gastresecati e Silber(6) ha usato favorevolmente l'ipnosi in un caso di encopresi.

Per quanto riguarda i disturbi dell'apparato *cardiovascolare* Crasilneck e Hall (7) citano casi di emorragia influenzati con successo dall'ipnosi. Questi casi sono tratti prevalentemente dalla letteratura odontoiatrica sulle avulsioni dentarie. Gli stessi autori citano un interessante caso di sindrome di Raynaud risolto positivamente, così come molti altri analoghi, dall'uso dell'ipnosi. L'uso dell'ipnosi nel morbo di Buerger è rivolto soprattutto alla disassuefazione dal fumo.

Ancora i vari autori usano l'ipnosi nell'ipertensione essenziale, nella sindrome postinfartuale, nell'angina pectoris, nei disturbi cardiaci psicogeni come la tachicardia parossistica, le extrasistoli e le aritmie.

Kroger (8) segnala che un condizionamento ipnotico può ridurre le paure e le ansietà che contribuiscono ad esacerbare gli attacchi nei cardiopatici.

Nei disturbi genitourinari l'ipnosi è efficace, a detta dei vari autori, in alcuni casi di ritenzione post-operatoria, nella disuria, negli spasmi uretrali e nell'irritazione cronica della vescica.

Crasilneck ed Hall (9) hanno usato il trattamento ipnotico nella cosiddetta sindrome « pee-shy » ovvero della incapacità di urinare in luogo pubblico. Kroger (10) consiglia anche di usare l'ipnosi in manovre urologiche di cateterizzazione e di cistoscopia. E parlan-

(5) LEONARD A. S., PAPERMASTER A. A., WANGENSTEEN O. H., Treatment of Postgastroctomy Dumping Syndrome by Hypnotic Suggestion, in *J.A.M.A.*, 1957, 1957-1959.

(6) SILBER S., Encopresis: Rectal Rebellion and Anal Anarchy?, in *J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med.*, 1968, 97.

(7) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *Ipnosi clinica*, Astrolabio, Roma, 1977, 152; cfr. anche YANOUSKI A., Hypnosis as a Research Tool in Cardiology, in ESTABROOKS G. (a cura di), *Hypnosis: Current Problems*, Harper and Row, New York, 1962, 76.

(8) KROEGER W. S., *op. eh.*, 195.

(9) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *op. cit.*, 155.

(10) KROEGER W. S., *op. cit.*, 277.

do del fatto che Esdaile(11) prima del 1850 asportava tumori dello scroto, eseguiva circoncisioni, asportava testicoli, svuotava idroceli, ricorda nuovamente, opportunamente, che attualmente non è più necessario non usare l'anestetico ma che l'ipnosi aiuta a superare l'ansietà preoperatoria.

Anche il campo delle *cejalee* trattate in ipnosi è stato a lungo investigato con successo dai vari autori e così quello di numerosi altri disturbi muscoloscheletrici così come il torcicollo, il blefarospasmo, la dorsalgia.

Importante è anche l'uso dell'ipnosi nella artrite reumatoide, consigliata dalla maggior parte degli studiosi delle applicazioni mediche dell'ipnosi. Tra i disturbi *respiratori* sono stati trattati: l'asma, un disturbo classico, tra quelli che hanno dato un avvio agli studi della medicina psicosomatica, la tosse, l'iperventilazione e il singhiozzo. Trattamento questo che, come rileva Kirkner(12), in uno studio su 18 casi ebbe 14 remissioni totali complete, una remissione temporanea e tre casi non influenzati dal trattamento.

b) In *dermatologia* numerosi autori hanno fatto uso dell'ipnosi nel trattamento di casi, refrattari alle comuni cure dermato-logiche, di prurito, nell'herpes zooster, nel lichen planus, nella psoriasi, nell'iperidrosi e alcuni autori anche nel trattamento del-l'ittiosi. Inoltre in pratica, non esiste autore che si sia interessato di ipnosi e dermatologia che non riferisca casi di guarigioni di verruche refrattarie ad altri metodi e qualche autore cita anche casi di trattamento di condilomi acuminati del pene (13).

Due casi di neurodermite circoscritta trattati con l'ipnosi, oltre a sei casi di lichen ruber planus, quattro casi di alopecia areata

(11) ESDAILE J., *Hypnosis in Medicine and Surgery*, Julian Press, New York, 1957.

(12) KIRKNER F. J., *Hypnosis in a General Hospital Service*, in DORCUS R. M. (a cura di), *Hypnosis and its Therapeutic Applications*, Mac Graw-Hill, New York, 1956.

(13) Per le verruche, ARONE DI BERTOLINO R., L'ipnosi nella terapia delle verruche, in MOSCONI G., WEILBACHER R. (a cura di), *Atti del V convegno nazionale medico di studi sull'ipnosi clinica*, A.M.I.S.I., Milano, 1979, ha riferito di aver ottenuto 46 guarigioni complete su 47 casi che al Convegno ha illustrato con vincenti diapositive. Per i condilomi cfr. EWING D. M., *Condyloma Acuminatum: Successful Treatment of Four Cases by Hypnosis*, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1974, 73.

sono stati esposti in un articolo di Manfredto(14) su tale uso dell'ipnosi in dermatologia.

e) Nel campo della *pediatria* sono applicabili in linea generale i concetti già esposti riguardo l'uso dell'ipnosi sia in campo medico come sopra descritto, sia in campo chirurgico come si dirà in seguito.

Bisogna però ricordare che le tecniche di induzione e d'approccio terapeutico dell'ipnosi con i bambini abbisognano di particolari accorgimenti (15): per esempio Gardner(16) ha messo in luce in un suo studio le variabili del trattamento e cioè l'atteggiamento dei genitori, l'ambiente, il terapeuta e il paziente. Alcuni ritengono che ci sia la necessità della comprensione verbale da parte del piccolo paziente e quindi parlano di utilità dai 5 anni in su, altri [Cullen(17), Krojanker(18)], usando tecniche particolari, ritengono che l'ipnosi possa essere usata nella prima infanzia, altri ancora con tecnica combinata, verbale e non, partono dai 3 anni di età [Antich(19), Crasilneck e Hall (20)].

È importante comunque usare una tecnica di induzione più interessante possibile, usando al massimo della fantasia del bambino per ovviare alla sua mancanza di attenzione (per esempio la tecnica di allucinazione di un film su di uno schermo televisivo), non ci devono essere modificazioni importanti e repentine del tono di voce, vi è la necessità di lodare e di ricompensare subito il bambino per lo sforzo fatto e i risultati ottenuti, quali essi siano, e

(14) MANFERTO G., L'ipnosi in dermatologia, in *Rass. Ipn. Med. Psicosom.*, 1975, 646.

(15) WRIGHT M. E., Hypnosis and Child Therapy, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1960, 197.

(16) GARDNER G. G., Hypnosis with Children, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1974, 20.

(17) CULLEN S. C., Current Comment and Case Reports: Hypnoinduction Techniques in Pediatric Anesthesia, in *Anesthesiology*, 1958, 279.

(18) KROJANKER R. J., Human Hypnosis, Animal Hypnotic States, and the Induction of Sleep in Infants, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1969, 178.

(19) ANTICH J. L. S., The Use of Hypnosis in Pediatric Anesthesia, in *Am. Soc. Psychosom. Dent. Med.*, 1967, 70.

(20) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *op. cit.*, 207.

c'è la necessità di avvisare e preparare sempre il bambino a ciò che si farà.

I vari autori riferiscono cure in ipnosi dell'enuresi, delle paure infantili notturne, dei disturbi del linguaggio, di disturbi neurologici tipici come le lesioni cerebrali minime e l'epilessia, dei tics e delle balbuzie. E ancora di abitudini come il mangiarsi le unghie, il succhiarsi il pollice; le paure della scuola, degli esami, del dentista possono essere utilmente trattate.

d) In *neurologia*, l'uso dell'ipnosi è di estremo ausilio nella diagnosi differenziale tra disturbi funzionali e organici. Nel caso dei disturbi funzionali può essere di immediato ed ovvio effetto il trattamento in ipnosi ma anche nel caso dei disturbi organici, nel senso di un deficit neurologico, l'ipnosi può riuscire utile per permettere al paziente di sfruttare al massimo le proprie risorse residue (21).

Alcuni autori hanno trattato con risultati incoraggianti il tremore del parkinsoniano, altri hanno limitato gli attacchi epilettici di alcuni pazienti alle sole ore notturne, altri ancora hanno sgravato dagli accessi psicogeni malati che già soffrivano di accessi epilettici.

In molti disturbi neurologici sono sufficienti suggestioni di rilassamento. Ma è soprattutto a livello motivazionale e a livello di attenuazione dell'angoscia che l'ipnosi in questi disturbi dà i migliori risultati.

Pazienti che abbiano avuto problemi cerebrali vascolari e traumatici hanno bisogno di una riabilitazione che impegna molto uno stuolo più o meno numeroso di operatori i quali devono poter lavorare con il minimo di angoscia e con il massimo di motivazione alla guarigione, da parte del paziente, per poter far trarre al paziente stesso il massimo dalla loro opera.

Ancora, numerosi disturbi neurologici sono accompagnati da dolore, sul quale come è noto, e come meglio si dirà nel capitolo successivo, l'ipnosi ha possibilità molto grandi di azione. A titolo di

(21) BECKER F., Modifications of Anxiety Through the Use of Hypnosis in Physical Medicine, in *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1963, 235.

esempio si veda il lavoro di Shafer(22) sul possibile tentativo di controllare la nevralgia del trigemino con l'ipnosi in luogo di attuare l'asportazione del ganglio stellato.

Anche casi di « arto fantasma » doloroso sono stati trattati, partendo dalla considerazione che se è probabile che il tessuto di cicatrizzazione possa stimolare continuamente il nervo, d'altronde ci sono stati casi in cui la resezione dei fasci dolorifici nel midollo spinale non ha sortito alcuno effetto così da ipotizzare una partenza dalla corteccia cerebrale di questa sensazione di dolore.

2. a) Passando in rassegna la letteratura sull'antichissimo rapporto tra l'ipnosi e la *chirurgici* balza subito evidente come l'uso più comune sia stato quello analgesico e anestetico. Si può affermare che l'ipnosi va intesa come mezzo di potenziamento che si può affiancare, di solito, all'anestesia chimica e che a volte può sostituirla (23). Attualmente l'ipnosi è più efficacemente usata nel periodo preoperatorio e in quello postoperatorio come si può notare dalle indicazioni che Marmer (24) dà per l'uso dell'ipnosi in chirurgia :

- 1) Per vincere la paura, l'apprensione e l'ansia e ridurre così la tensione associata all'anestesia e all'intervento previsti;
- 2) Come sedativo, unitamente alla somministrazione di farmaci o in sostituzione di questi;
- 3) Per accrescere la cooperazione del paziente e infondergli serenità;
- 4) Per produrre l'analgesia e l'anestesia;
- 5) Per rendere più gradevole e confortevole il ritorno allo stato normale dopo l'anestesia e l'intervento chirurgico;
- 6) Per poter impartire delle suggestioni postipnotiche che facilitino il recupero del paziente dopo l'intervento, riducendo l'incidenza della nausea e del vomito postoperatori, e permettendo

(22) SHAFER T. A., Hypnosis in the Management and Control of Trigeminal Neuralgia: Two Case Reports, in *Am J. Clin. Hypn.*, 1962, 138.

(23) ZAFFIRI O., L'ipnosi in anestesia, in *Rass. Ipnosi e Medicina Psicologica*, 1975, 676.

(24) MARMER M. J., Hypnosis in Anesthesiology and Surgery, in SCHNECK J. M. (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine*, Thomas, Springfield, Illinois, 1963. 305 ss.

una profonda respirazione e i necessari colpi di tosse in modo da contribuire alla riduzione del pericolo di complicazioni polmonari postoperatorie. Anche per controllare il dolore e diminuire il bisogno di narcotici postoperatori, come pure per stimolare una più precoce assunzione di cibi liquidi e facilitare la minzione;

7) Per produrre l'amnesia operatoria;

8) Per contribuire ad alzare il morale del paziente dopo l'operazione e dargli una forte motivazione per la guarigione.

Nello schema si nota che su 8 punti solo due parlano di applicazioni sedative anestetiche e analgesiche dell'ipnosi.

Si può ricordare l'uso dell'ipnosi nei paziente gravemente *ustionati*. In questi casi ci sono alcune complicazioni che creano un circolo vizioso che si può interrompere: il dolore continuo, la perdita di appetito, i ripetuti necessari ma dolorosi interventi, le contratture che derivano dal dolore provocato da ogni movimento, la regressione psicologica grave e il negativismo che spesso rallentano la riabilitazione. Il sinergismo e l'accumulo di questi fattori può essere fatale e l'ipnosi è apparsa utile in numerosi di questi casi.

b) Per quanto riguarda *Yortopedia* sono stati curati casi di torcicollo spasmodico dovuti a reazioni isteriche di conversione, contratture muscolari ugualmente isteriche, dolori muscolari psicogeni alla schiena (cosiddetta « nevrosi vertebrale »), e casi di reumatismo psicogeno. La camptocormia funzionale, nella quale il paziente assume una scomoda posizione di notevole cifosi dopo un trauma, è trattabile, dopo aver indagato sul significato anche recondito di questo sintomo, con l'ipnosi.

Il dolore del paziente ortopedico che sia stato sottoposto a più interventi chirurgici per il trattamento dell'ernia del disco sono stati trattati anche con l'ipnosi, così come in *traumatologia* si può avere un benefico effetto nelle manovre spesso cruento e dolorose che tale disciplina medica comporta, anche se, di solito non c'è il tempo di preparare il paziente al trattamento ipnotico. Vi può, però, essere un vantaggio per i casi che necessitano di decubito prolungato dopo la riduzione di una frattura o dopo una operazione ortopedica.

c) Gli usi terapeutici dell'ipnosi *nell'odontoiatria* sono per Marcus(25) così come per Kroger (26) e per la maggioranza degli autori:

- 1) il rilassamento del paziente;
- 2) l'eliminazione delle tensioni del paziente e delle sue paure del dolore e del disagio;
- 3) il superamento delle difficoltà connesse alle applicazioni ortodontiche o protesiche dopo che il paziente abbia deciso di accettarle;
- 4) il mantenimento del comfort del paziente durante il lungo periodo dell'intervento odontoiatrico;
- 5) l'abituarlo il paziente alle applicazioni ortodontiche o protesiche;
- 6) la modificazione delle abitudini dannose per i denti (es. il bruxismo).

Gli usi operatori dell'ipnodonzia includono:

- a) la riduzione dell'anestesia o dell'analgesia chimica;
- b) l'amnesia per gli interventi più spiacevoli;
- e) la sostituzione o la combinazione con la premedicazione nell'anestesia generale;
- d) la prevenzione dei conati di vomito e della nausea;
- e) il controllo del flusso salivare;
- f) il controllo del sanguinamento (questo effetto è però ancora dibattuto);
- g) l'anestesia postoperatoria e la riduzione della sofferenza postoperatoria.

Le controindicazioni sono quelle comuni alle altre cliniche specialistiche e cioè il tempo di induzione, la percentuale dei soggetti ipnotizzabili e la necessità di limitare l'uso dell'ipnosi allo specifico campo senza avventurarsi in inutili esplorazioni della personalità del paziente stesso.

(25) MARCUS H. W., Hypnosis in Dentistry, in SCHNECK J. M. (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine, cit.*, 229.

(26) KROGER W. S., *op. cit.*, 321.

d) In *oftalmologia* l'ipnosi è stata usata da Browning e Crasilneck (27) nell'ambliopia di soppressione, con successo nei bambini, con minore effetto negli adulti. Nel glaucoma, per il controllo dei fattori emozionali che interessano le fluttuazioni della pressione intraoculare, si è usata l'ipnosi anche se, come in altri casi, non si conosce esattamente il meccanismo che fa di scendere la pressione intraoculare. La cecità isterica e il blefaro spasma sono trattati con successo da molti autori. Si hanno miglioramenti con l'ipnosi anche nell'allenamento a portare le lenti a contatto e ancora l'ipnosi può essere anche usata utilmente nella chirurgia dell'occhio.

e) In *campo otorinolaringoiatrico* si possono rapidamente citare casi trattati da Minalyka e Whanger (28) e da Pearson e Barnes (29) di tinnito auricolare, (con risultati ancora in discussione) di sordità isterica.

Con varie tecniche sono stati trattati casi di globo isterico e ancora casi di afasia e disfasia isterica e i riflessi del vomito. In campo rinologico il trattamento dell'epistassi con l'ipnosi è controverso così come si è già detto per l'emorragie in generale mentre la rinite vasomotoria, per i fattori emozionali che ne sono alla base, è trattata con successo.

3. Lo stesso discorso riguardante lo schema di Marmer naturalmente si può estendere alla applicazione delle tecniche ipnotiche nel campo *àel'Y ostetricia* e della *ginecologia*.

Il parto in ipnosi è stato trattato da 'moltissimi autori e si possono qui citare in particolare il lavoro e le pubblicazioni di G. Mosconi (30).

(27) BROWNING C. W., CRASILNECK H. B., The Experimental Use of Hypnosis in Suppression Amblyopia; a Preliminary Report, in *Atti. J. Ophthalmol.*, 1957, 1468.

(28) MINALVKA E. E., WHANGER A. D., Objective Tinnitus Aurium Hypnotically Treated, in *Atti. J. din. Hypn.*, 1959, 85.

(29) PEARSON M. M., BARNES L. J., Objective Tinnitus Aurium; Report of Two Cases with Good Results after Hypnosis, in *J. Phila. Gen. Hosp.*, 1950, 134.

(30) MOSCONI G., *L'ipnosi per partorire*, Piccin, Padova, 1973.

Kroger (31) indica in un suo libro ben chiaramente i vantaggi e gli svantaggi dell'uso dell'ipnosi in *ostetricia*. De Lee (32), famoso ostetrico, nel '39 già scriveva che «l'unico anestetico non pericoloso è l'ipnosi» e che lui era infastidito dal fatto che i suoi colleghi trascurassero di avvalersi di questo «rimedio innocuo e potente».

Si può ricordare ancora il trattamento della nausea e del vomito, della piroisi gravidica, l'influenza sull'allattamento, sulla preeclampsia e sull'eclampsia. Interessante è la discussione che fanno Kroger e Freed(33) tra i fattori emozionali che stanno alla base di chi presenta predisposizione all'aborto («abortion habit») con coloro che hanno una predisposizione agli incidenti («accident habit») e che i risultati con l'ipnosi sono dovuti al «riposo mentale» e alla relazione medico-paziente, così rassicurante nel caso dell'uso di ipnosi da parte del medico.

Nel *campo ginecologico* si hanno vantaggi nel trattamento dei disturbi funzionali mestruali (amenorree, dismenorree, menometrorragie, sindrome «Mittelschmerz»), nei casi abbastanza frequenti di pseudo-gravidanza isterica o pseudociesi, o gravidanza fantasma dove come dice Kroger (34) «non si dovrebbe confrontare a forza la paziente con la sua illusione ma essa deve essere resa cosciente dei bisogni emozionali per mantenere la "gravidanza"». Una tale persona deve essere «deipnotizzata» dall'idea dentro la quale essa ha «ipnotizzata» se stessa. [Vedasi anche Pavesi e Mosconi (35), Rakoff e Fried(36)].

Nel trattamento della sindrome «menopausa», la terapia ormonale può essere utilmente associata all'uso dell'ipnosi per l'alleviamento dei sintomi (con sostituzione e trasformazione del

(31) KROGER W. S., *op. cit.*, 227.

(32) DE LEE J. B., *Year Book of Obstetric and Gynecology*, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1939, 164.

(33) KROGER W. S., FREED S. E., *Psychosomatic Gynecology: Including Problems of Obstetrical Cure*, W. B. Saunders, Philadelphia, 1951.

(34) KROGER W. S., *op. cit.*, 243.

(35) PAVESI P. M. A., MOSCONI G., *Tecniche e applicazioni della ipnosi medica*, Piccin, Padova, 1974, 381.

(36) RAKOFF A. E., FRIED P., Pseudocyesis: a Psychosomatic Study in Gynecology, in *J.A.M.A.*, 1951, 1329.

sintomo), quando il caso è di lieve entità, ma spesso nei casi più gravi l'intervento dello psichiatra è indispensabile.

4. Dell'uso dell'ipnosi nel trattamento del dolore si parlerà espressamente nel prossimo capitolo; qui si vuole approfondire l'aspetto del trattamento ipnotico del *dolore nel cancro*. Dalla relazione di Finer(37) al Simposio Internazionale sul dolore del cancro avanzato, svoltosi a Venezia nel maggio '78 si rileva che ci sono due effetti principali dell'ipnosi sul dolore che sono:

- a) il blocco del simpatico, che allevia l'ansietà;
- b) il blocco dei riflessi condizionati che allevia il dolore appreso.

Ma, continua Finer, d'altra parte, il paziente con il dolore nel cancro avanzato necessita della riduzione di tale dolore con il minimo possibile di offuscamento mentale e di un supporto emotivo con un allenamento specifico alla massima indipendenza. Finer conclude : « L'ipnosi è un metodo semplice che con un minimo di sforzo extra, può enormemente incrementare l'efficienza degli altri metodi più di routine nel soddisfare i bisogni del paziente ».

Crasilneck e Hall riferiscono dell'uso dell'ipnosi con pazienti in stato di incoscienza e in stato di coscienza. In un loro studio del 1962(38) su dieci soggetti che stavano morendo di cancro, hanno trovato che otto di essi mantenevano una risposta al comando ipnotico di toccare insieme il pollice e l'indice di una loro mano senza che tali pazienti avessero altre risposte di interazione all'ambiente ed essendo considerati clinicamente privi di coscienza. Quando poi gli Autori cessarono di provocare la risposta ipnotica le persone non sopravvissero più di 48 ore.

Anche Erickson (39) ha lavorato molto in questo campo, usando come sempre delle sofisticate tecniche strategiche come quella della distorsione temporale che modifica il tempo soggettivo di

(37) FINER B., Hypnotherapy in Pain of Advanced Cancer, in BONICA J. J., VENTAFRIDA V., *Advances in Pain Research and Therapy, II, International Symposium on Pain of Advances Cancer*, Raven Press, New York, 1979.

(38) CRASILNECK H. B., HALL J. A., The Use of Hypnosis with Unconscious Patients, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1962, 141.

(39) ERICKSON M. H., L'ipnosi nelle malattie terminali dolorose, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978, 691.

esperienza del dolore da parte del paziente, e contemporaneamente dilata i tempi di libertà dal dolore; e la tecnica dell'interposizione che consiste nell'introdurre in una normale conversazione, alcune parole o frasi che, pronunciate con un tono particolare, si agganciano ai bisogni anche inespressi del paziente, il quale, per qualche motivo non li esprime. E, magari, in più, è contrario all'ipnosi. In tal modo possono diventare vere e proprie suggestioni : è questo il caso all'ormai nota « induzione della pianta di pomodoro » (40) in cui Erickson passava al paziente, un fioraio al quale rimaneva un mese di vita, riluttante all'ipnosi, suggestioni di tranquillità e di benessere, tutte apparentemente riferite nel discorso alle vicende di un seme di pomodoro che diventa pianta e così via.

5. Tra ipnosi da una parte e psichiatria e psicoterapia dall'altra esiste un rapporto complesso, si direbbe di « amore-odio » che trova una data importante nel 1895, anno in cui Breuer e Freud pubblicarono gli « *Studie iiber Hysterie* ». Come è noto in seguito ci fu da parte di Freud l'abbandono dell'ipnosi nel trattamento dei disturbi nevrotici e questo coincise con un declino dell'uso dell'ipnosi in psicoterapia, fino al successivo riapparire di questa tecnica nella seconda guerra mondiale come trattamento di elezione nelle nevrosi traumatiche (41).

L'uso dell'ipnosi in psichiatria è stato studiato a fondo da Schneck(42) e anche da Wolberg(43) che tratta classicamente dell'approccio dell'ipnosi alla psichiatria. Ricordiamo ancora l'opera di Erickson (44) con le sue tecniche strategiche e il suo approccio

(40) HALEY J., *Terapie non comuni*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1976, 270.

(41) WATKINS J. G., *Hypnotherapy of War Neurosis*, Ronald Press Co., New York, 1949. Tra gli autori che hanno lavorato maggiormente per riavvicinare l'ipnosi al pensiero psicoanalitico ortodosso cfr. KUBIE L., MARGOLIN S., The Process of Hypnotism and the Nature of the Hypnotic State, in *Am. J. Psychiatry*, 1944, 611.

(42) SCHNECK J. M., *Studies in Scientific Hypnosis*, Williams and Wilkins, Baltimora, 1954, e *Principles and Practice of Hypnoanalysis*, Thomas, Springfield, 1965.

(43) WOLBERG L. H., *Medical Hypnosis*, voi. I-II, Grane and Stratton, New York, 1948.

(44) La bibliografia di M. H. ERICKSON si trova in ERICKSON M. H., *Le nuove vie dell'ipnosi*, a cura di HALEY L., Astrolabio, Roma, 1978.

naturalistico all'ipnosi, opera che prevalentemente si ricava dalle pubblicazioni di Haley(45) che per lungo periodo ha studiato il modo di operare di Erickson. Kroger in un lavoro recente con Fezler(46), tratta da un punto di vista behavioristico questo importante approccio di disturbi psichici e del comportamento.

Tra gli italiani ricordiamo le pubblicazioni di Guantieri (47) in particolare sui rapporti tra ipnosi e medicina psicosomatica, di Paladino (48) anche nel campo della sessuologia, di Weilbacher (49) tra l'altro per la terapia dell'alcoolismo, di Granone (50) per l'introduzione teorica e pratica dell'ipnosi in Italia, di Benatti(51) per l'approccio ipnoanalitico alla medicina generale.

Parlare del trattamento ipnotico dei disturbi psicologici vuoi dire trattare della cosiddetta ipnoterapia (termine questo largamente usato ma criticabile, perché induce a ritenere che quella ipnotica sia una psicoterapia a sé stante come la psicoanalisi o la behavior therapy).

Ma anche parlare di « terapie con e mediante ipnosi » è difficile così come sarebbe difficile parlare delle infinite variabili ottenute mettendo in rapporto tra di loro due variabili ignote. Tale è la situazione stante il fatto che non esiste di base un accordo su cosa sia «ipnosi» e su cosa sia «psicoterapia».

(45) HALEY J., vedi varie opere di questo autore.

(46) KROGER W. S., FEEZLER W. D., *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto, 1976.

(47) GUANTIERI G., *op. cit.*

(48) PALADINO M., L'ipnosi come presidio terapeutico psichiatrico, in *Rass. Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 1976, 893.

(49) WEILBACHER R., ALBERTI G. G., MELLADI C, Prospettive dell'ipnositerapia nella disassuefazione degli alcoolisti in un reparto di psichiatria d'urgenza. Nota preliminare, in *Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1977; WEILBACHER R., ALBERTI G. G., Ulteriori osservazioni nell'applicazione dell'ipnositerapia nella disassuefazione degli alcoolisti in un reparto di psichiatria d'urgenza, in *Rass. Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 1977, 927-934.

(50) GRANONE F., *Trattato di ipnosi (sofrologia)*, Boringhieri, Torino, 1972.

(51) BENATTI G., L'ipnosi nella diagnostica (la « tecnica della doppia anamnesi in medicina psicosomatica »), in *Rass. Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 1977, 1017-1025.

Per quanto riguarda il secondo termine, con buona approssimazione, insieme con Meltzoff e Kornreich (52) si può definire «psicoterapia» l'applicazione pianificata di tecniche derivanti da principi di psicologia, da parte di persone qualificate attraverso training di esperienze (di comprensione di questi principi e di applicazione di queste tecniche), nell'intento di aiutare degli individui a modificare caratteristiche personali come i sentimenti, i valori morali, gli atteggiamenti e i comportamenti che siano giudicati mal adattati o disadattati.

Per l'ipnosi come è già stato ampiamente discusso bisogna considerare il fatto che a seconda del momento storico e della cultura dominante, essa è stata prima vista come un rituale religioso, poi satanico, poi magico; con lo sviluppo della teoria psicoanalitica, l'ipnosi è stata considerata un fenomeno di transfert; nell'attuale era scientifica, l'ipnosi è oggetto di indagine e di sospetto circa la sua vera natura, ritenendo come si è visto taluni che si tratti di un fenomeno interpersonale (53), altri di uno « stato psicofisico peculiare » (54), altri ancora uno stato di coscienza alterato, di solito indotto attraverso una situazione interpersonale strutturata (55).

E tutto ciò induce notevoli riflessi nella pratica dei vari terapeuti, così da strutturare tecniche terapeutiche differenti, alcune collegate in qualche modo all'ipnosi, altre distaccandosene in maniera più o meno evidente.

Infatti con l'ipnosi sono in debito tutte le forme più accreditate di terapia: la terapia del condizionamento di Thorndike, rielaborata da Skinner, che prende le mosse da Pavlov, studioso interessato all'ipnosi, la terapia comportamentistica di Wolpe che la elaborò partendo dalle proprie esperienze di ipnotista, la psicoanalisi, con tutte le scuole di derivazione, che è nata dalle esperienze di Freud come ipnotista e dal successivo suo abbandono dell'ipno-

(52) MELTZOFF J., KORNREICK M., *Research in Psychotherapy*, Atherton Press, New York, 1970, 3.

(53) HALEY L., *Le strategie della psicoterapia*, op. cit.

(54) Per es. GRANONE F., *L'ipnotismo come fenomeno biologico, mezzo di indagine e strumento terapeutico*, Boringhieri, Torino, 1962.

(55) Vedi su questo punto il capitolo dedicato alle teorie sull'ipnosi.

si (56). Si può essere d'accordo con Haley(57) nell'affermare che tra l'ipnoterapia e le altre psicoterapie si scorgono notevoli differenze se queste sono considerate in termini di psicologia individuale, ma i metodi risultano fondamentalmente simili se si esamina la natura particolare della relazione tra il paziente e il terapeuta.

L'ipnoterapia non è quindi una cosa a sé, un mezzo speciale di terapia, ma si può usare l'ipnosi come ausilio di qualunque approccio psicoterapico.

È necessario comunque subito evidenziare e sfatare l'errore comune a molti, origine di numerose diffidenze verso l'uso terapeutico dell'ipnosi: l'impiego dell'ipnosi non è semplicemente la soppressione diretta del sintomo.

L'ipnosi può, a volte, come si vedrà in seguito, anche eliminare direttamente il sintomo, ma l'obiettivo dell'utilizzazione della ipnosi come in ogni forma di psicoterapia, è sempre più ampio e il sintomo va sempre visto nel più vasto ambito del quadro psicodinamico generale.

6. In questo paragrafo si tratterà prima *àeWipnodiagnostica*, cioè dell'uso dell'ipnosi nella fase precedente la terapia, la fase diagnostica. Poi, sulla base di uno schema rielaborato da un lavoro di Romero(58) si esamineranno varie terapie ipnotiche utilizzabili nei disturbi psicologici nevrotici. In seguito si tratterà dell'uso dell'ipnosi nelle psicosi, del trattamento ipnotico dei problemi sessuali, del trattamento di « cattive abitudini » (droga, alcoolismo, obesità).

L'ipnosi rappresenta un mezzo efficace di investigazione della personalità e di ricerca delle cause dei disturbi psicopatologici.

(56) Cesare Musatti nella prefazione al trattato di Granone, 1962, ha scritto : « Sarebbe sempre stato possibile anche affermando la terapia analitica più corretta, più radicale e di più stabile efficacia, conservare accanto ad essa, per quei casi (e sono numerosi) in cui la psicoanalisi non sia applicabile la vecchia terapia ipnotica » e ancora « ... gli psicoanalisti moderni parlano spesso di ipnosi ma ne parlano in genere per ripetere vecchie formule e senza preoccuparsi di acquistare una personale esperienza nella sua tecnica ». Freud stesso (FREUD S., Turnings in thè Ways of Psychoanalytic Therapy, in JONES E. (a cura di), *Sigmund Freud: Collected Papers*, Basic Books, New York, 1959, 392-402) ha parlato di « mescolare fruttuosamente il puro oro dell'analisi con il rame della suggestione diretta»; cfr. anche KLINE, *Freud e l'ipnosi*, Piccin, Padova, 1976.

(57) HALEY J., *op. cit.*, 1976.

(58) ROMERO A., *L'ipnosi in psicoterapia*, Minerva Medica, Torino, 1960.

L'attività dello psicologo e dello psichiatra in sede clinica è diretta innanzitutto a ricostruire e ad interpretare la vita psichica e a volte anche quella storica del paziente.

La ricostruzione è composta da elementi della vita passata connessi con le emozioni relative ed è possibile per il fatto che l'analista, attraverso il transfert (una specie di finestra verso il passato, che rappresenta il processo secondo il quale prototipi di vicende pregresse della vita dell'analizzato vengono attualizzati attraverso il particolare rapporto emozionale che lo lega con l'analista), può analizzare certe emozioni e certi rapporti come se fosse stato « testimone oculare » nei confronti del momento in cui si sono presentati nella vita psichica del paziente per la prima volta e nei confronti delle persone più significative della sua infanzia (59).

Per quanto riguarda l'interpretazione, essa consiste, tra l'altro, nel rendere conscio l'inconscio e si chiama orizzontale quando tende a mostrare i comuni denominatori dei modi psichici e comportamentali del paziente in relazione alla sua vita attuale, per esempio, in relazione ai suoi familiari, agli amici, ai colleghi di lavoro, età, e verticale quando tende a evidenziare da un punto di vista genetico il corso dello sviluppo psichico e il rapporto tra i modi presenti ed il passato. È chiaro che l'ipnosi è solamente un mezzo di indagine e di terapia in psicopatologia ma non è né una teoria della personalità né una teoria delle nevrosi o delle psicosi (60).

Per quanto riguarda l'adozione dell'ipnosi- a fini diagnostici conviene osservare che il settore che interessa è chiamato ipnodia-

(59) GULOTTA G., *Psicoanalisi e responsabilità penale*, Giuffrè, Milano, 1973.

(60) Qualunque ipnotista come ogni psicoterapeuta ancora la propria attività diagnostica e terapeutica ad una teoria che rappresenta il parametro di riferimento, sia pure elastico, con cui interpretare la massa di informazioni che trae dai soggetti. Confrontare dunque l'ipnosi con la psicoanalisi è possibile solo se si considera quest'ultima soltanto come una tecnica terapeutica, ma non è possibile quando si tenga conto che la psicoanalisi è anche un mezzo terapeutico, ma è soprattutto, per espressa dichiarazione del suo fondatore, una teoria della personalità e delle nevrosi.

gnostica(61) e consiste nell'applicazione di tecniche diagnostiche mentre l'esaminato è in stato di ipnosi.

Premesso che il limite di questa applicazione sta nella necessità che il soggetto, che volontariamente vi si sottopone, sia suscettibile all'ipnosi e che la cosiddetta naxcoanalisi (uno stato di alterata coscienza indotto chimicamente), sortisce effetti più limitati di quelli che esamineremo occorre dire che a fini di ipnodiagnostica si utilizzano delle tecniche specialistiche di cui abbiamo già parlato, la regressione di età, le allucinazioni, tests ecc...

7. Sulla base del lavoro di Romero (62) ed ampliando un precedente studio (63) si possono schematizzare le varie forme di terapia e suddividere in tre gruppi l'intero sistema psicoterapico, sintetizzato nello schema che segue, secondo principi tecnico-organici, in considerazione di fattori diversi, che si riferiscono in parte alle strutturazioni, in parte alla dinamica delle loro azioni, alle indicazioni, ai loro limiti e così via (64).

Ovviamente non è né semplice né possibile poter delimitare con esattezza e contemporaneamente in forma completa, l'intera topografia che ciascun gruppo o sottogruppo occupa nella schematizzazione. Vale a dire che in effetti non è pensabile di dare una compiuta separazione tra il limite di una divisione e l'inizio di quella successiva, in quanto molte volte le frange di una metodica si confondono, si intersecano e si completano anche spontaneamente con quelle della limitrofa, tanto è graduale e dettagliato il passaggio selettivo delle applicazioni.

(61) BROWNFAIN J., Hypnodiagnosis, in GORDON E., *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967, 203; BENATTI G., *op. cit.*, utilizza l'ipnosi come mezzo diagnostico congiunto alla anamnesi allo stato di veglia cfr. anche Misura ed effetti diagnostici della comunicazione prima e dopo il rilassamento psicosomatico indotto, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *op. cit.*, 69.

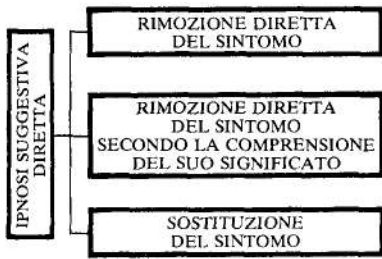
(62) ROMERO A., *op. cit.*

(63) GULOTTA G., MOSCONI G., *Terapie con e mediante ipnosi: una sintesi*, *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, voi. 10, 1974, 479-490.

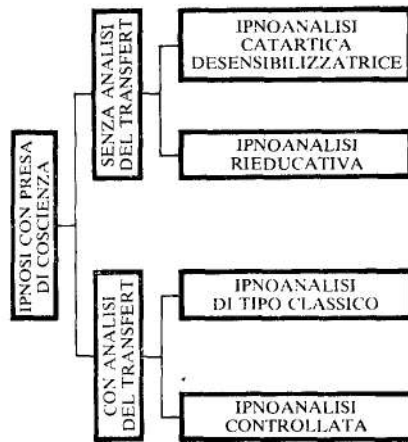
(64) Per una sintesi delle problematiche relative all'utilizzazione di tecniche ipnotiche nel corso di una relazione psicoterapeutica vedasi anche PARIETTI P., GUANTIERI G., Ipnosi e psicoterapia, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, voi. 13, 1977, 1027-1031 e TIRONE G., VANO L., *L'ipnosi in psicoterapia*, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *op. cit.*, 113.

Tuttavia, con un insieme di efficaci considerazioni, una prima suddivisione scinde tre gruppi principali, e cioè: Ipnosi suggestiva diretta; Ipnosi di sostegno e direttiva; Ipnosi con presa di coscienza (cfr. schemi 1-2-3)

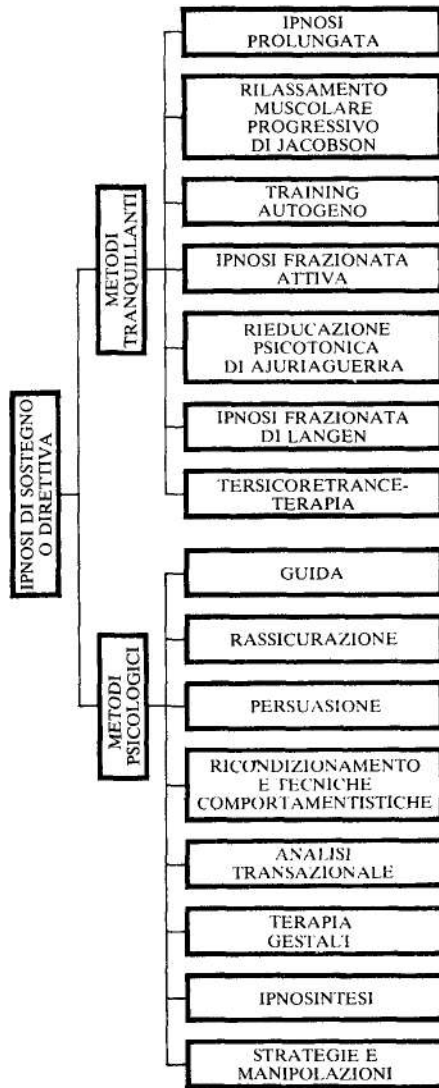
SCHEMA 1



SCHEMA 3.



SCHEMA 2



I) IPNOSI SUGGESTIVA DIRETTA.

a) *Rimozione diretta del sintomo*

Il primo gruppo dell'ipnosi suggestiva diretta, riguarda la tecnica come applicazione in un certo senso istintiva, e comprende anche quei procedimenti dapprima terapeutici non medici, e successivamente anche medici, che in definitiva si sono avvalsi, sotto forme diverse, dell'autorità e del prestigio dell'operatore, e quindi della succubanza e della passività del soggetto.

Tali rapporti, del resto, sia pure a livelli e con compiti non uguali, li troviamo in ogni forma di psicoterapia, ma nell'ipnosi suggestiva diretta caratterizzano tecniche simili di imposizione, nelle quali la relazione tra il terapeuta e il paziente è impetuosa, talvolta opprimente, però sempre accettata e assimilata come elemento insostituibile di quel tipo di suggestione che tale metodo comporta.

Il metodo suggestivo diretto con un approccio sostenuto ed autoritario è utile con persone molto suggestionabili e estremamente dipendenti che vogliono risolvere i loro conflitti con rapidità e che non sono in grado, per incapacità introspettiva o per altre ragioni, di affrontare una terapia meno palliativa.

L'età avanzata del paziente è un'altra condizione che consiglia l'uso di questa tecnica.

Taluni terapisti adottando tecniche di derivazione comportamentistica, uniscono alla suggestione diretta della rimozione del sintomo quella secondo la quale quando la suggestione avrà avuto il suo effetto, il paziente proverà una sensazione di auto-compiacimento. Questa tecnica usata in casi di eccessi nel mangiare e nel bere, con drogati di vario tipo ha il vantaggio di amplificare l'effetto della suggestione diretta attraverso quello che nella teoria comportamentistica si chiama « auto-rinforzo » e che consiste in un premio: la autoaffermazione che la persona si attribuisce in relazione alla propria risposta (65).

(65) MEYER G., TILKER K., The Clinical Use of Direct Hypnotic Suggestion, in */. din. Exp. Hypn.*, 1969, 81.

b) *Rimozione diretta del sintomo secondo la comprensione del suo significato.*

Nell'approccio suggestivo diretto il terapeuta non si preoccupa di comprendere il significato che il sintomo ha nell'economia psichica del paziente. Quasi sempre però tale necessità sorge perché, come la psicoanalisi ha insegnato, dal punto di vista dell'economia psichica, il sintomo ha una funzione difensiva che rappresenta il minore dei mali per il paziente; pertanto il terapeuta sente spesso la necessità, prima di risolvere il sintomo, di comprenderlo.

Con questo tipo di metodi il sintomo comincia a presentare il suo valore e la sua importanza nell'economia del trattamento, e tuttavia esso viene in un certo senso aggirato, e la sua considerazione non impegna ancora l'operatore nella sua collocazione giustificata, quale causa mediata dei disturbi da eliminare.

La comprensione della presenza e dei significati dei conflitti, cioè l'insight, che nella psicoanalisi deve essere raggiunta dal paziente, nei metodi con suggestione diretta di cui si sta parlando, viene raggiunta dal terapeuta, che però utilizza questa comprensione soltanto per arrivare a sopprimere quel sintomo.

Tecnicamente c'è, in questo tipo di terapia, una collaborazione da parte del paziente decisamente superiore a quella che si attua nella rimozione diretta del sintomo con approccio autoritario.

e) *Sostituzione del sintomo.*

Nella tecnica con comprensione del significato del sintomo, il terapeuta fa notare al paziente come il suo disturbo possa essere psichicamente prodotto, talvolta creandogliene artificialmente degli altri. Si mostra cioè al paziente che non ha perduto il controllo sulle proprie funzioni tanto che questi sintomi secondari talvolta vengono lasciati al paziente al posto di quelli originari, in sostituzione di questi. In pratica al sintomo che il paziente lamentava, stante la sua efficacia difensiva, ne viene sostituito un altro dello stesso valore difensivo per l'io del paziente ma più sintonico alla sua personalità e quindi meno disturbante in generale per il suo adattamento. Con questa tecnica si altera la strutturazione nevrotica del paziente senza tentare di cambiarla e volgendola a vantaggio dell'essere nel mondo del paziente stesso.

In sostanza con questo tipo di approccio il terapeuta tende a fornire al paziente una qualche comprensione dei suoi problemi, fondando le proprie suggestioni su deduzioni di tipo psicodinamico circa la vita interiore del paziente.

In ognuna di queste tecniche di ipnosi suggestiva diretta è indubbio che la parola serve da stimolo alla mobilitazione delle difese e delle energie pulsionali del paziente che vive le istruzioni del terapeuta come gesti magici ed onnipotenti.

II) IPNOSI DI SOSTEGNO O DIRETTIVA.

Il secondo grande gruppo della schematizzazione è composto dall'ipnosi di sostegno o direttiva, e dalle sue suddivisioni.

Questo tipo di tecniche, sia per l'estensione delle loro azioni, sia per la vasta varietà degli specifici sottogruppi che in esse sono classificati, come per la peculiarità delle loro applicazioni, costituisce il nucleo centrale e portante dell'intera psicoterapia ipnotica.

Si può molto brevemente affermare che l'ipnosi di sostegno consiste in una serie di manovre rivolte a correggere indirettamente l'equilibrio tra le forze in conflitto mutando le situazioni ambientali e psicologiche del paziente.

a) *Metodi tranquillanti.*

Come dice Romero, è possibile realizzare una terapia con il metodo così detto tranquillante, allenando il paziente a tollerare o a differire lo scarico della tensione, favorendogli il riposo e il distacco. I confini di questo tipo di ipnosi, come si è accennato, nascono quasi incerti e comunque non del tutto definiti e differenziati, dal territorio dell'ipnosi suggestiva diretta.

Un primo sottogruppo riguarda le tecniche tranquillanti che secondo Ermentini (66) quando sono di tipo distensivo presentano in comune un fenomeno mentale, rappresentato dalla concentrazione della facoltà di attenzione sulla propria dimensione corporea, anche se esso viene profondamente differenziato da un meccanismo passivo, come accade nella tecnica di Schultz o da atteggiamenti legati ad un'attività dinamica, come avviene per esempio nel me-

(66) ERMENTINI A., Psicologia clinica e tecniche di distensione, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1965, 7.

todo di Jacobson. I rapporti di transfert e di controtransfert, di cui il primo non necessariamente attivo o positivo, sia pur sotto un'intensità diminuita, hanno un valore indubbio anche in questo tipo di tecniche. Tuttavia le tecniche di distensione sono principalmente caratterizzate dal comportamento autonomo esplicito dal soggetto. Con esso il paziente scinde il proprio rapporto con il terapeuta, dopo che questi gli ha inviato un messaggio curativo da realizzare.

Ipnosi prolungata. — Quanto esposto non avviene nella più « ipnotica » delle tecniche di distensione e cioè quella prolungata. Con essa il paziente viene ipnotizzato il più profondamente possibile, talvolta anche con uso di narcotici, per periodi di tempo molto lunghi. In questo stato, che può durare parecchie settimane (ed è per questo che questa tecnica è poco usata), non vengono date suggestioni, né vengono compiute esplorazioni psicologiche. Gill e Brenman(67) ritengono a questo proposito che lo stato ipnotico di per sé favorirebbe un'elaborazione psichica spontanea ed una variazione dello schema corporeo permettendo, come ritiene Guan-tieri (68), di dirigere dell'energia psichica verso altre direzioni.

Rilasciamento muscolare progressivo. — Altri metodi tendono a far concentrare l'attenzione sul ruolo fisiologico del gioco tensione-distensione, attraverso un'analisi attenta dello stato muscolare di diverse regioni del corpo, considerate singolarmente.

Il metodo che costituisce l'esempio più esplicativo in questo sistema, anche per la divulgazione pratica che ha avuto, è quello di Jacobson che ha definito la sua tecnica come «rilasciamento muscolare progressivo» per mezzo del quale, attraverso successivi esercizi, si arriva ad un punto di messa a riposo della componente centrale del circuito cerebro-muscolare, e cioè la corteccia cerebrale. L'azione analitica richiesta in questi esercizi svalorizza in pratica il rapporto medico-paziente, mentre richiede una notevole capacità di concentrazione e di discriminazione delle modificazioni muscolari delimitate e distrettuali. Con il suo metodo, nel quale tiene in costante considerazione i caratteri somatici, Jacobson invita ad orientare attivamente la concentrazione della mente su ciò

(67) GILL M., BRENNAN M., *Hypnotherapy*, I.U.P., New York, 1960, 52.

(68) GUANTIERI G., *op. cit.*, 263.

che suggerisce il gioco ritmico dei movimenti successivi di flessione e di estensione, di contrazione e di decontrazione, nei quali vengono implicate alternativamente le masse muscolari antagoniste.

L'uso dell'analisi dello stato muscolare presenta alternative differenti sempre, comunque, con lo stesso fine di eliminazione delle tensioni neuropsichiche. Alcune di queste alternative sono rappresentate principalmente dal Training compensato di Aiginger, e dagli esercizi impiegati secondo la tecnica di Jarreau e Klotz, con i quali si vuoi porre in luce le zone cosiddette « chiave », e nelle quali secondo gli Autori sono riposte le tensioni neuropsichiche residue.

Training autogena. — Ma di tutte le tecniche distensive che si riferiscono al lato fisiologico dell'ipnosi di sostegno, quella più diffusa ed anche la più caratteristica e conosciuta è il Training Autogeno di Schultz(69).

Questo metodo è stato definito da Langen come la più tipica delle tecniche autoipnotiche attive.

Il T.A. è composto da diversi esercizi fisiologici e razionali, « accuratamente studiati per provocare una deconnessione dell'organismo che, analogamente ai vecchi sistemi derivanti dall'ipnosi, può permettere di realizzare tutto quanto può essere realizzato in conseguenza di comandi etero-ipnotici » (70).

Nella sua attuazione pratica questa tecnica di autodistensione da concentrazione attiva psichica, è costituita da una serie di esercizi detti inferiori, e da un'altra serie di altri esercizi definiti superiori. Mediante i primi, eseguiti attraverso la concentrazione mentale sul soma, il soggetto riesce a raggiungere un grado di distensione sempre maggiore con benessere e calma interiore.

Per ottenere questo risultato il paziente deve superare vari stati con i seguenti esercizi:

- 1) Rilassamento muscolare;

(69) SCHULTZ J. H., // *Training autogeno, I. Esercizi inferiori*, Feltrinelli, Milano, 1968, II *Esercizi superiori*, Feltrinelli, Milano, 1971.

(70) LANGEN D., Modificazioni circolatorie periferiche da training autogeno ed ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1968, 400. Questa procedura, modificata, è anche utilizzata in ostetricia cfr. PISCINELLI U., *Training autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostetrica*, Piccin, Padova, 1970.

- 2) rilassamento vascolare con percezione di calore;
- 3) regolazione della regione cardiaca;
- 4) regolazione della respirazione;
- 5) controllo della regione addominale;
- 6) controllo della regione cefalica.

Attraverso gli esercizi del ciclo superiore, orientati alla psiche anziché al soma, con il metodo di Schultz, è possibile favorire la produzione di un ricco materiale di provenienza inconscia.

Lo psicoterapeuta che applica questi esercizi del ciclo superiore, che presentano aspetti più evoluti, a differenza di quello che si limita alla serie iniziale, dovrà avere un'effettiva esperienza della dinamica analitica, che gli permetta di esaminare ed analizzare i caratteri importanti della dinamica psicologica profonda. In questa maniera porrà il soggetto in un contatto maggiore con la problematica esistenziale, innanzitutto per una risoluzione del disturbo, e secondariamente per favorire lo sviluppo della sua personalità. Per questa parte questo metodo appartiene al sottogruppo dei « metodi psicologici ».

La tecnica del T.A. di Schultz ha interessato in questi anni moltissimi Autori e una vasta letteratura a cui si rimanda chi voglia approfondire l'argomento, ricordando tra gli studiosi italiani soprattutto Giuseppe Crosa⁽⁷¹⁾ recentemente scomparso, per la sua diretta esperienza derivata tra l'altro dagli insegnamenti dello stesso Schultz e di Langen, oltre che dalla collaborazione attuata con i medesimi per vario tempo.

Ipnosi frazionata attiva. — Kretschmer utilizzando le prime due fasi del T.A. (pesantezza e calore) ha elaborato una tecnica chiamata dell'ipnosi « attiva frazionata » diretta a produrre, attraverso la vasodilatazione, una regolazione fisiologica che tende a raggiungere un « controllo induttivo del tono » orientando la concentrazione del paziente su taluni oggetti, sul proprio respiro o su scene distensive. Anche in questa tecnica il terapeuta cerca, raggiun-

gi) CROSA G., Training autogeno di J. H. Schultz ed esercitazione didattica, in *Rass. Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 1975, 632; cfr. più recentemente PERES-SON L., *Studi sul training autogeno e altri saggi*, Piovan, Abano, 1979.

to questo stato di tranquillità, di affrontare a livello psicologico i problemi del paziente.

Rieducazione psicotonica. — Su un piano diverso invece, nel suo metodo detto di rieducazione psico-tonica Ajuriaguerra considera il tono muscolare come un'espressione del rapporto del soggetto con il prossimo, e proprio come premessa per uno stato completo e convinto di relazione, propone quella rieducazione psicotonica per la distensione muscolare, abbandonando in tal modo quelle posizioni di difesa di fronte a stimoli conflittuali inconsci che costituiscono invece caratteri collegati alla contrazione e alla tensione muscolare.

Secondo l'Autore del metodo, che sottolinea la difficoltà di separare i vissuti tonici dell'insieme della personalità in formazione, tra l'organizzazione del tono muscolare e la strutturazione della personalità si stabiliscono delle relazioni intime, che appunto risulterebbero maggiormente poste in evidenza dalla situazione di distensione.

Ipnosi frazionata di Langen. — Per la tecnica di ipnosi frazionata di Langen è necessario un impegno della volontà e una partecipazione attiva del soggetto, caratteristiche che la differenziano sostanzialmente dal T.A. di Schultz, in cui, come è noto, esse non compaiono. Il metodo descritto da Langen ha però in comune col sistema di Schultz la produzione di un senso di pesantezza come generalizzazione del rilasciamento muscolare e di un senso di calore come percezione dell'iperemia da vasodilatazione.

L'ipnosi frazionata di Langen agisce sui disturbi neurovegetativi cardiaci e respiratori attraverso una distensione globale non differenziata. In questa maniera verrebbero affrontate ed eliminate quelle manifestazioni patologiche che si erano condizionate.

Tersicoretranceterapia. — Nel gruppo dei metodi globali dell'ipnosi supportiva ha trovato posto recentemente un procedimento che si inserisce tra quelli delle trance cinetiche, che a loro volta possono essere topograficamente situate dopo la tecnica di Ajuriaguerra. Si tratta di un metodo di gruppo nel quale viene indotta una trance più o meno approfondita per mezzo di musiche partico-

lari, di origine popolare e fortemente ritmate, che arrivano a trascinare i soggetti in danze collettive.

Questo sistema chiamato tersicoretranceterapia e descritto da D. Akstein, non include la discussione dei problemi dei pazienti, ma la terapia condurrebbe per sé stessa ad una liberazione benefica nervosa, determinando una maggiore tranquillità psichica e migliori condizioni per risolvere i propri conflitti psicologici (72).

La musica sembrerebbe facilitare in effetti l'approfondimento della trance, secondo una pratica conosciuta sin da primordi delle tecniche ipnotiche, ripresa da Mesmer e ancora oggi in diversi casi impiegata con vantaggio. Secondo Akstein essa agisce provocando un regresso a livelli profondi e liberando forme di condotta arcaiche, per il risveglio di elementi filogeneticamente molto antichi condizionati nella corteccia cerebrale. L'espressione immediata di un tale elemento suggestivo, corredato da altri accorgimenti, è appunto l'insorgere di uno stato ipnotico abbinato a manifestazioni esteriori di danza ritmata che, senza dubbio, nel tipo di pazienti afro-latini come quelli descritti da Akstein trova motivo non difficile di applicazione per ragioni socioculturali.

b) *Metodi psicologici.*

Il secondo gruppo di metodiche di ipnosi di sostegno è quello relativo a metodi così detti psicologici, talvolta definiti razionali per distinguerli da quelli per suggestione diretta, in cui il terapeuta fa appello semplicemente all'obbedienza e all'emotività del paziente, mentre in questo gruppo di tecniche si rivolge, in parte alla sua ragione.

Queste metodiche considerano direttamente il valore del sintomo, ma proseguono studiando e analizzando la sua reale collocazione nei rapporti con la situazione esistenziale e psicologica del soggetto, al fine di poter ristabilire una normalità di controllo e di adattamento attraverso una vera tecnica che potrebbe considerarsi maieutica.

(72) AKSTEIN D., Le trances cinetiche nel trattamento e nella profilassi delle psiconevrosi e delle malattie psicosomatiche (tersicoretranceterapia), in *Rass. Ipnosi e Med. Psicosom.*, 1967, 2319-2327.

Il ruolo caratteristico del gioco tensione-distensione, che abbiamo visto e giudicato importante in tecniche già descritte, viene man mano trascurato ma non abbandonato neppure in quelle psicologiche. Anche in queste l'educazione e una certa concentrazione sul tono muscolare, più o meno distrettuale e più o meno specifica, è separabile difficilmente da un trattamento ipnotico di rassicurazione e di rieducazione. Talvolta rientra soltanto parzialmente ma efficacemente come un preconditionatore di un atteggiamento caratteristico psichico della distensione e della medesima concentrazione, che è sovente un dato necessario per il compimento della dinamica dell'ipnosi.

I metodi di cui stiamo parlando vengono indicati con termini che definiscono il loro carattere più saliente, ma tutti hanno in comune la ricerca, lo studio e l'analisi dei complementi del paziente, del suo ambiente, e dei rapporti interpersonali conseguenti.

Questa operazione portata a termine, da quindi l'avvio a un secondo stadio della tecnica rappresentato dall'opera dell'ipnoterapeuta il cui obiettivo è la restaurazione di uno psichismo più o meno fatiscente. Talvolta, in certi impieghi di queste tecniche, su quel doppio supporto si innesta un determinato trattamento specifico, che in effetti risulta la motivazione finale della psicoterapia attuata, e un esempio caratteristico e abbastanza frequente dell'ipnositerapia di sostegno prefigurata come base, è l'impiego per la preparazione della donna gravida. In esso vi è una vasta possibilità di ricerca e di elaborazione del sintomo che caratterizza l'alterazione psichica della gestante attraverso quei complementi di cui si è detto sopra.

A questo tipo di analisi subentra allora il trattamento ritenuto più adatto, qualche volta di semplice guida o di rassicurazione, il più delle volte di rieducazione e di ricondizionamento, ma che intende, ogni volta, ottenere una modifica di alcuni aspetti fisiologici oltre che psicologici, mirando a uno stato di acquietamento che nel complesso sintetizza la tranquillità di ordine psichico con il rilasciamento e l'abbandono di carattere somatico.

Secondo la sistematica di Wolberg(73) questo tipo di terapie

(73) WOLBERG L., *Medical Hypnosis*, voi. II, 135.

si distinguono in : ipnositerapia di guida, di rassicurazione, di persuasione, di ricondizionamento.

Esse si rivelano utili con persone di poca capacità introspettiva che hanno poco tempo e denaro e che temono una terapia di tipo più profondo che può eventualmente seguire quei tipi che si stanno descrivendo. Si tratta comunque di terapie con effetti piuttosto periferici e limitati, incapaci di cambiare la struttura caratteriale o gli atteggiamenti molto radicati del paziente.

Nelle tecniche che stiamo descrivendo l'ipnosi ha l'effetto di un catalizzatore : la situazione ipnotica favorisce il rapporto di fiducia del paziente nei confronti del terapeuta, così decisivo in questo tipo di metodiche. Infatti i fenomeni inusuali connessi con la trance, danno al paziente un'impressione di onnipotenza del terapeuta che ha un'influenza decisiva sull'esito della terapia stessa.

Guida. — Nella guida bisogna che il paziente accetti il terapeuta come autorità, il che è rafforzato dal fenomeno ipnotico in sé. Il terapeuta si preoccupa in seguito, nel progredire del piano terapeutico, di fare in modo che il paziente sia sempre più autonomo, e la terapia consiste nel creargli un modello di vita allo scopo di togliergli talune abitudini e atteggiamenti fastidiosi. Si arriva nei casi estremi ad organizzare tutta la giornata del paziente in modo da evitargli una « ruminazione distruttiva » dei propri problemi.

Più spesso il terapeuta guida il paziente in settori limitati della sua vita, talvolta cercando di intervenire anche per mutare l'ambiente in cui il soggetto vive, per esempio, allontanandolo da un coniuge distruttivo, da dei genitori oppressivi. •

Vengono talvolta « esternalizzati » degli interessi che il paziente rivolge solo all'interno di sé stesso, allo scopo di creargli degli hobbies, o comunque delle occupazioni che lo distraggano, dal proprio corpo e dalla propria emotività.

Rassicurazione e persuasione. — Nella rassicurazione, il terapeuta, quando si rende conto di avere credibilità presso il paziente, e i fenomeni ipnotici favoriscono tale credito, può usare del proprio ascendente per tranquilizzarlo circa i propri sintomi, in relazione soprattutto a delle ansie, sempre che non siano troppo profonde.

Si cerca con la persuasione di fare in modo che il paziente usi la propria volontà per controllare le proprie pulsioni, e riesca così a recuperare un'armonia con l'ambiente in cui vive.

Una tecnica basata sulla persuasione con l'utilizzazione della ipnosi è molto usata in Europa orientale secondo delle modalità indicate da Platonov.

Ricondizionamento. — Nel ricondizionamento, l'ipnosi viene usata per sostituire premesse eziopatologiche. Per esempio, può essere sostituita un'esperienza traumatica con una piacevole, la paura di attraversare le strade con una sensazione di serenità prima solo fantasticata e poi, pian piano, applicata nella vita reale.

Come abbiamo già visto Erickson(74) ha utilizzato una tecnica simile nei confronti di una giovane donna che temeva di sposarsi, pur amando il fidanzato, perché aveva un pessimo ricordo della propria infanzia essendo vissuta sempre lontana dai genitori : la paziente non voleva che i propri figli dovessero affrontare la stessa sorte. Erickson, conosciute le tappe più importanti della vita della ragazza, la regrediva di età, ed ogni volta la regrediva a pochi giorni prima di questi momenti, presentandosi come il Signor Febbraio (era il mese in cui la paziente era nata); le allucinava poi passeggiate tra i campi con il signor Febbraio, che le portava, in più occasioni, dei regali, e comunque le offriva un continuo sostegno morale così importante in alcuni di quei momenti. Nello stato di veglia la paziente cui Erickson aveva suggestionato con efficacia amnesia post-ipnotica (75) nello svolgersi di questo ricondizionamento avvertiva soltanto una maggiore sicurezza e fiducia nei confronti della vita: in seguito si sposò ed ebbe tre figli.

A questi tipi di tecniche si ispira anche la psicoterapia descritta da Völgyesi, dall'Autore stesso inquadrata nel complesso del suo « sistema generale psicofilattico », basato, tra l'altro, sull'applicazione sistematica dell'ipnosi (76).

Questo genere di ipnoterapia è detto « psicoterapia complessa attiva » e viene definita come un procedimento riflesso condizionato

(74) HALEY J., *op. cit.*, 1976, 162 ss.

(75) Cfr. ERICKSON M. H., ROSSI E. L., Varieties of Hypnotic Amnesia, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1974, 225.

(76) VÖLGYESI F. A., *L'ipnosi umana e animale*, Piccin, Padova, 1972.

di tipo diretto, mirato sul sintomo e che, nei limiti del possibile può essere combinato con un trattamento causale. Viene definita « attiva » perché il ruolo del medico non è passivo, secondo il procedimento classico psicoanalitico, ed è « complessa » in quanto aspira a raggiungere il massimo risultato terapeutico sia per mezzo di argomentazioni e di persuasioni basate sulla logica, senza per altro tralasciare metodiche esplorative, sia con l'uso di suggestioni ipnotiche sistematiche, e rimanendo infine strettamente collegato alla medicina generale. Questo tipo di terapia viene considerato dall'Autore parte integrale della scienza e della pratica medica comune, e in stretta connessione continuata con tutte le altre discipline specialistiche. È evidente come la psicoterapia attiva complessa di Völgyesi non abbia caratteri che la limitino come specifica tecnica psicologica, e forse, neppure come esempio paradigmatico di ipnosi di sostegno. Tuttavia rientrando chiaramente in quelle metodiche miste, basa la propria azione sulla persuasione e in un certo qual modo sulla rieducazione del soggetto. Infatti l'applicazione completa di questa terapia viene ulteriormente allargata e resa efficiente con la sua realizzazione pratica in una «Scuola di malati», e cioè una vera e propria comunità nella quale si compie un trattamento medico costante che comprende anche la chiarificazione dei problemi e delle situazioni e un impegno ausiliario attivo dello stesso paziente.

Sempre nel ricondizionamento possiamo far rientrare le tecniche ipnotiche che si ispirano alla terapia comportamentistica (77).

Tecniche comportamentistiche. — La Behavior Therapy, come noto è una forma di terapia in cui sono usati in modo appropriato i principi teorici della teoria dell'apprendimento per ottenere dei cambiamenti nel comportamento del soggetto. Da Pavlov in poi possono datarsi gli iniziali studi di tale teoria che indaga come il comportamento umano sia un insieme di risposte apprese e così il comportamento male adattato. Il passo successivo è stato quello di cercare di modificare tali risposte errate facendone imparare al

(77) DENGROVE E., The Uses of Hypnosis in Behavior Therapy, in *Int. J. din. Exp. Hyp.*, 1973, 13.

paziente di nuove più appropriate o facendo perdere il significato a quelle vecchie (78).

Le tecniche di behaviorismo sono numerose ma una distinzione importante da fare tra di esse è quella tra tecniche « in vivo » (in inglese « overt ») e tecniche in « vitro » (in inglese « covert ») che sono le stesse tecniche « in vivo » con la differenza che in luogo della situazione reale si lavora sulla stessa situazione, ma immaginata dal soggetto.

Sebbene dai vari autori, generalmente ed ovviamente, l'ipnosi è stata usata di più con le tecniche « in vitro », essa si può utilmente associare anche alle tecniche « in vivo » di cui può amplificare alcuni aspetti.

Desensibilizzazione sistematica: consiste nell'esporre gradualmente il soggetto alla situazione o all'oggetto di cui egli ha paura, presentandogli però contemporaneamente, un qualcosa che susciti una risposta o uno stato incompatibile con la paura e l'ansietà (per es. di solito, fame, sete, eccitamento sessuale, rilassamento). Dato che la forma di risposta incompatibile più spesso usata è il rilassamento, l'uso dell'ipnosi appare della massima importanza.

Sensibilizzazione o terapia avversiva: consiste nel condizionare una certa risposta nel paziente associando al comportamento indesiderato (per es. l'alcoolismo), uno stimolo doloroso o comunque spiacevole. Tale stimolo può essere creato ipnoticamente e si può eliminare in stato di trance ogni distrazione esterna.

« *Flooding* » e « *implosion* » : in queste due tecniche (il *flooding* è più « puro » nel senso del behaviorismo, l'*implosion* è « inquinato » da concezioni psicodinamiche), si presenta al paziente la situazione da lui più intensamente temuta in una forma « massiccia » senza possibilità per il paziente di ricorrere al suo usuale repertorio di comportamento (per es. la fuga dalla situazione). Lo sperimentare l'ansietà in assenza di una qualsiasi reale conseguenza contraria porta all'estinzione del precedente comportamento. La ipnosi in questo caso è usata per la sua capacità di aumentare qualsiasi sensazione, compresa l'ansietà.

(78) KROGER W. S., FEZLER W. D., Hypnosis and Behavior Modification : Imagery Conditioning, *op. cit.*

Pratica negativa o di mucchio: questa tecnica cerca di estinguere un comportamento con manovre ripetitive ed esaustive. Per esempio, si richiede ad una persona che arrossisca nel pronunciare certe parole di ripetere continuamente per lungo tempo queste stesse parole.

« *Role play* » o *ripetizione di un comportamento* : in questa tecnica il terapeuta assume il ruolo di persone significative nella vita del paziente, mettendo in essere scene sempre più impegnative per il paziente dentro i confini protettivi dello studio del terapeuta. L'ipnosi è usata per diminuire l'intensità dell'ansietà provocata dall'« agire » queste scene.

Training assertivo: viene insegnato al paziente ad esprimere in modo corretto e diretto i propri sentimenti emergenti, siano essi positivi o negativi. Anche in questa tecnica si può associare utilmente l'ipnosi.

Modellamento, imitazione o apprendimento osservativo: questa tecnica si basa sul fatto che virtualmente si può apprendere un comportamento in maniera vicaria osservando il comportamento di una persona (il modello) e le conseguenze del suo comportamento. Un fatto osservato d'ipnosi penetra più profondamente e viene ritenuto in maniera più duratura che in stato di veglia. Ci sono meno « disturbi » nell'osservazione.

Ricompense e principi operanti: si basano come tecniche sul principio che ogni comportamento può essere cambiato o modificato da un sistema appropriato di premi e di punizioni che incoraggino o scoraggino un determinato comportamento. In ipnosi il soggetto assimila di più questa « lezione » di comportamento.

Come si è già detto tutte queste tecniche sovraesposte ed altre ancora, tralasciate per brevità di esposizione, possono essere «overt», in quanto trattano con paure, situazioni, ecc. reali e il paziente viene in realtà esposto a situazioni e stimoli reali; oppure « covert » in cui lo stimolo, la situazione ecc. sono immaginate dal paziente. È ovvia in questo caso la notevole funzione dell'ipnosi data la sua capacità di attivare le funzioni immaginative.

L'ipnosi è stata comunque considerata un prezioso aiuto nelle *psicoterapie brevi*. Wolberg(79) nota che le condizioni che sembrano rispondere meglio all'uso dell'ipnosi nelle psicoterapie brevi sono « stati di tensione ed ansietà, certi sintomi di conversione isterica, alcune reazioni ossessive-compulsive, ed altri disturbi tipo insonnia, enuresi, iper-eccitazione ecc. ». Effetti ulteriori notati dall'autore sono: la capacità del paziente di opporsi a reazioni esplosive è migliore durante lo stato ipnotico che durante lo stato di veglia; la capacità del paziente di superare blocchi comunicazionali è aumentata durante l'ipnosi; l'ipnosi è un utile mezzo per risolvere i conflitti inconsci del paziente.

I risultati positivi ottenuti in sessioni di ipnoterapia individuale possono essere raggiunti, per alcuni autori, anche con sessioni di *ipnoterapia di gruppo*. I lavori più promettenti in quest'area sono quelli di Moreno ed Enneis (80) sull'uso dell'ipnodramma come agente terapeutico. Secondo questi autori, nell'ipnodramma, l'ipnosi agisce come starter psicologico con cui si attiva un processo che libera il paziente da molte delle sue inibizioni e lo pone in una condizione di disponibilità verso uno stato di maggior spontaneità. L'ipnodramma ha il vantaggio di rivelare la struttura più profonda della personalità del paziente nel corso della terapia, e si è rivelato utile in casi in cui il paziente era incapace, attraverso altre tecniche, di raggiungere la catarsi ed il successo terapeutico. Per gli autori questo mezzo è efficace soprattutto nell'isteria da conversione e negli stati psicopatici, ed è stato utile anche con personalità schizoidi. Ilovsky(81), invece ha trattato con l'ipnoterapia di gruppo otto donne diagnosticate come schizofreniche croniche, o-spedalizzate in media da sei o otto anni. Le donne furono ipnotizzate due volte alla settimana per sei mesi, ricevendo in ogni sessione delle suggestioni terapeutiche dirette. L'autore trovò che questa tecnica era molto utile nel trattamento degli schizofrenici paranoidi « la cui ostilità potrebbe essere controllata e diretta attraverso la

(79) WOLBERG L., *Short-Term Psychotherapy*, Grane and Stratton, New York, 1965.

(80) MORENO L, ENNEIS J., *Hypnodrama and Psychodrama*, Beacon House, New York, 1950.

(81) ILOVSKY J., Experience with Group Hypnosis on Schizophrenics, in *J. of Meritai Science*, 1962, 685.

ipnosi in modi soddisfacenti individualmente e socialmente ». I risultati del suo studio a lungo termine rivelarono che il 60% dei pazienti trattati fu dimesso dall'ospedale, ed i rimanenti furono giudicati meglio adattati. Anche Araoz(82) giudica l'ipnositerapia di gruppo un mezzo terapeutico estremamente valido, che offre molti dei vantaggi dell'ipnositerapia individuale. Egli fa notare come l'efficacia dell'ipnosi nella terapia di gruppo sia un argomento relativamente nuovo, di cui si sono occupati pochi autori, e propone un suo sistema di valutazione in base a tre variabili cliniche: *a)* ricostruire e sviluppare l'interazione tra i membri del gruppo; *b)* produrre materiale significativo per il singolo paziente; *e)* modificare le attitudini ed i comportamenti sia dentro che fuori il gruppo, rendendo la vita dell'individuo ai suoi occhi più soddisfacente, produttiva e serena di prima. Secondo l'autore sono tre i tipi di ipnosi da usare nell'ipnoterapia di gruppo: l'ipnosi simultanea di gruppo, l'ipnosi individuale ed il gruppo cooperativo di auto-ipnosi. La prima modalità, l'ipnosi simultanea di gruppo, comporta l'uso dell'ipnosi contemporaneamente con tutti i membri del gruppo per incoraggiare la comunicazione, sia durante che dopo la trance. Ad esempio, un membro di un gruppo, Jim, impiegava molto tempo a raccontare i dettagli delle sue storie, ed allora gli altri membri del gruppo decisero di assumersi ognuno un ruolo per rivivere gli avvenimenti raccontati da Jim, mentre coloro che non avevano un ruolo rappresentavano il pubblico. Tutti furono ipnotizzati ed in questa condizione rivissero un episodio della vita di Jim. Non solo Jim trovò questa modalità di molto aiuto, ma anche gli altri trovarono dei collegamenti con loro esperienze, e si identificarono nella storia.

L'ipnosi individuale si ha quando il terapeuta lavora con una persona mentre gli altri osservano e poi interagiscono tra loro e con quella persona. Questa interazione può avvenire sia dopo che durante la trance. Il terapeuta deve incoraggiare tutti a partecipare e condividere le proprie reazioni su ciò che un membro del gruppo ha appena sperimentato.

(82) ARAOZ D. L., Hypnosis in Group Therapy, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1979, I; cfr. anche GREENBERG I. A., *Group Hypnotherapy and Hypnodrama*, Nelson-Hall, Chicago, 1977, che raccoglie numerosi studi in argomento.

La terza modalità è usata quando i membri del gruppo si ipnotizzano l'uno con l'altro. In questa modalità un'induzione motoria accompagnata da un ritmo noioso e ripetitivo permette al gruppo di autoipnotizzarsi. Viene usata di solito quando un membro del gruppo ha sentimenti di collera che non riesce ad esprimere, mentre con il supporto fisico ed emotivo del gruppo la collera diminuisce ed anche la sua manifestazione diviene più accettabile.

L'autore prospetta sei tecniche ipnoterapeutiche che possono essere usate nelle tre modalità descritte: rilassamento, rivivificazione, produzione di sogni, regressione d'età e ricordo di memorie precedenti, progressione d'età ed esercizi mentali, rinforzo dell'Io. Secondo Araoz dei clinici esperti possono usare queste ed altre tecniche ipnoterapeutiche vantaggiosamente nel gruppo, anche integrandole tra di loro.

Alcuni punti in comune sono stati rilevati tra le terapie in ipnosi e *la terapia della Gestalt* (83). La terapia della Gestalt si occupa di tre mezzi terapeutici estremamente importanti : l'incontro, la consapevolezza e l'esperimento. L'incontro è l'interazione tra il paziente ed il terapeuta, in cui il terapeuta offre al paziente una serie di nuove possibilità attraverso il suo desiderio di conoscere la verità, permettendogli di parlare liberamente e dandogli fiducia. Ma le resistenze sono varie, e perciò l'incontro richiede il sostegno delle altre due fonti di terapia. Seconda fonte è la consapevolezza sia delle sensazioni corporee sia degli aspetti più elevati come le emozioni ed i valori. La terza fonte terapeutica è l'esperimento, un mezzo che permette di agire in una situazione strutturata in modo sicuro dal terapeuta. Da questi tre sistemi interdipendenti nasce per il terapeuta la possibilità di avere a disposizione una grande varietà di tecniche specifiche. Come si è detto, anche se si tratta di un settore nuovo e poco conosciuto, sono stati notati dei punti di contatto tra l'ipnosi e la terapia della Gestalt; ad esempio entrambe utilizzano l'induzione di conflitti sperimentali, l'intensificazione, la espressione e la manifestazione delle emozioni, entrambe si sforzano di mettere l'individuo a diretto confronto con le sue resistenze, per averne una migliore conoscenza. Fondamentale differenza tra

(83) ROSEN S., Recent Experiences with Encounter Gestalt and Hypnotic Techniques, in *Am. J. Psychoan.* 1972, 90.

le due sta nel relegare, da parte della terapia della Gestalt, l'inconscio in una posizione di quasi assoluta irrilevanza e questo porta ad escludere alcune delle tecniche proprie dell'ipnositerapia, come ad esempio la rivivificazione. Tra le altre applicazioni dell'ipnosi in psicoterapia *Yipnosintesi* si fonda sull'idea che non sia possibile alcun controllo o manipolazione dell'inconscio, e di conseguenza il paziente non possa essere costretto a « migliorare » in base ad un approccio predeterminato dal terapeuta. Questa tecnica fa uso di dati biografici del paziente, non insiste nel ricercare qualcosa « dietro e oltre le esperienze » e rifiuta la nozione di « energia psichica ». Altre caratteristiche dell'ipnosintesi enumerate da Conn(84) sono: l'individuo è visto come un'unità indivisibile, motivato sia da valori e propositi che da impulsi; quando un paziente diviene non-co-municativo il ricorso al concetto di resistenza inconscia è inammissibile, il silenzio deve essere accettato dal terapeuta nel tentativo di facilitare l'espressione del paziente. La ricerca di traumi infantili viene sostituita con una maggiore attenzione al significato di modelli ripetitivi, perché il paziente impari ad accettare la responsabilità di un proprio contributo alla propria situazione di stress. Il paziente è istruito fin dall'inizio della terapia a non compiacere il terapeuta, ma ad agire spontaneamente. Il concetto di « stress » è basato sulla nozione che « il paziente è il fattore attivo del suo proprio miglioramento e la relazione con il terapeuta è solo la fonte di stabilizzazione emotiva, aiutando il paziente a liberare le sue naturali forze di recupero e maturazione ».

Analisi Transazionale. — Recentemente alcuni autori che adottano l'analisi transazionale nella loro pratica terapeutica, hanno rivolto il loro interesse all'applicazione nella loro metodica dell'ipnosi.

La teoria (85) che è alla base dell'analisi transazionale divide la personalità in tre «stati dell'Io», chiamati Genitore (G), Adulto (A), Bambino (B). L'individuo può agire e « sentire » in tre modi

(84) CONN L, *Hypnosynthesis : Psychobiologic Principles in the Practice of Dynamic Psychotherapy Utilizing Hypnotic Procedures*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1968, I.

(85) BERNE E., *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma, 1971.

differenti. Il Genitore, secondo la T.A., agisce e « sente » come la madre o il padre dell'individuo o chiunque altro lo abbia educato agiva, e si può dividere in Genitore « Nurturing » e Genitore Critico. L'Adulto è la parte razionale della persona che prende le decisioni basandosi sui fatti, che mette alla prova la realtà e tiene conto delle probabilità piuttosto che delle sensazioni e dei pregiudizi. Il Bambino nella persona è la parte che agisce e « sente » nella maniera in cui la persona agiva e « sentiva » da bambino; nello stato dell'Io Bambino, l'individuo è immaginativo, creativo, odioso, amoroso, impulsivo e spontaneo. Anche il Bambino si manifesta in due forme: il Bambino Naturale e il Bambino Adattato.

Come è noto secondo l'analisi transazionale ad ogni momento la persona nelle sue interazioni con gli altri, funziona da uno degli stati dell'Io. Nell'analisi transazionale una unità di comunicazione tra due persone è denominata una transazione.

Selavan(86) in un suo articolo dedicato a questo argomento ricorda che Gill e Brenman vedono l'ipnosi come un processo in cui la persona regredisce al servizio dell'Io a comportamenti e stati di sensazioni più arcaici e così l'ipnosi è vista come uno stato di alterata funzionalità dell'Io. Questo autore ricorda anche Erickson(87) che vede il terapeuta in un ruolo di supporto permissivo che usa della permissione e della protezione per incoraggiare e persuadere il paziente a prendere posizione e a cambiare. Così lo stesso autore conclude: «nell'ipnosi il paziente funziona dallo stato dell'Io Bambino, mentre il terapeuta funziona dallo stato dell'Io Genitore. Tale transazione viene chiamata « complementare » essendo nell'analisi transazionale denominata tale la transazione in cui la comunicazione è tra uno stato dell'Io e un altro, lungo delle linee parallele (per es. una transazione in cui il Bambino di una persona si rivolge al Genitore di un'altra e proprio il Genitore di questa seconda persona risponde al Bambino della prima persona, o quando

(86) SELAVAN A., Hypnosis and Transactional Analysis Theory, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1975, 260.

(87) ERICKSON M. H., Il disegno automatico nel trattamento di una depressione ossessiva, in ERICKSON M. H., *Le nuove vie dell'ipnosi*, op. cit.

l'Adulto di una persona parla con l'Adulto di un'altra persona e l'Adulto di questa seconda persona risponde all'Adulto della prima). Milstone(88) enuncia dei principi utili per combinare l'analisi transazionale con l'ipnosi osservando che cosa, dai vari stati dell'Io, il paziente dice nei riguardi dell'ipnosi:

Genitore : il Genitore « Nurturing » da il permesso al paziente di usare l'ipnosi con successo? È motivato dal suo Genitore Critico al trattamento?

Adulto : possiede informazioni corrette sull'ipnosi? Ogni informazione errata dovrebbe essere corretta dal terapeuta. Ha l'Adulto del paziente un'idea chiara su cosa egli vuole ottenere dal trattamento (un chiaro contratto)?

Bambino: il Bambino vuole cambiare ed è disposto a farlo? Il Bambino vuole usare dell'ipnosi? Ha delle motivazioni ludiche? È il Bambino troppo spaventato o troppo ribelle? Che cosa può essere fatto per togliere la paura al Bambino o per incanalare l'atteggiamento ribelle in maniera costruttiva?

Poi Milstone si osserva come operatore e si domanda:

a) il mio paziente vuole usare l'ipnosi in modo da abbandonare i suoi sintomi «salvando la faccia»?

b) quali sono le mie motivazioni? Penso (anch'io) che ci sia qualcosa di magico nella procedura ipnotica con questa persona o sto vedendo modi specifici di usare l'ipnosi per completare il mio usuale orientamento dinamico di analista transazionale?

e) quali freni del Genitore la persona necessita di cambiare?

d) quali decisioni di Bambino Adattato deve fare il paziente al momento?

e) quali nuovi messaggi del Genitore e/o quali decisioni del Bambino posso io aiutare il paziente a fare?

L'analisi transazionale generalmente riconosce lo stato dell'Io Bambino come il più importante fuoco del lavoro terapeutico. L'ipnosi è un potente strumento che può essere usato da un terapeuta

(88) MILSTONE S. J., Using Hypnosis to Reach the Child Ego State, in BLAKENEY R. (a cura di), *Current Issue in Transactional Analysis*, Brunner-Mazel, New York, 1977, 82-86.

esperto sia in T.A. che in ipnosi per raggiungere direttamente e in maniera efficace lo stato dell'Io Bambino. Ogni nuovo dato scoperto ed ottenuto in ipnosi con lo stato dell'Io Bambino viene poi discusso con il paziente fuori dell'ipnosi, prima di utilizzarlo in terapia, per poter stipulare tra terapeuta e paziente un nuovo contratto su un nuovo materiale, anche perché dal punto di vista dell'analisi transazionale lo stato dell'Io Adulto è cruciale nel sostenere cambiamenti comportamentali.

Tecniche strategiche. — L'impiego di queste tecniche, così come le precedenti, potrebbe essere intrapreso anche senza ipnosi, ma quest'ultima, grazie alla sua flessibilità, che permette di svincolarla da una determinata concezione della psiche e della nevrosi, ma soprattutto alla sua capacità di produrre taluni fenomeni, è decisiva nell'applicazione di terapie manipolatorie.

Se consideriamo stili diversi di psicoterapia come la psicoanalisi, la terapia direttiva e l'ipnosi, la terapia della famiglia, essi appaiono, come si è già detto, differenti se considerati in termini di psicologia individuale. Se prendiamo invece come quadro di riferimento concettuale la teoria interpersonale e si descrive il modo in cui un terapeuta induce un paziente a cambiare e perché il cambiamento si verifica, questi metodi risultano formalmente simili.

La psicoterapia comporta molti fattori come l'appoggio, l'incoraggiamento all'autoespressione, l'educazione, ma è innanzitutto fondamentale da parte del terapeuta sciogliere un nodo cruciale: il problema di chi controlla la relazione tra lui e il paziente.

Nessuna forma di terapia può evitare questo problema la cui soluzione è essenziale per la possibilità di avere il cambiamento terapeutico.

Si consideri con Haley(89) il sintomo come tattica nelle relazioni umane per ottenere il controllo della relazione. Se il paziente ottiene il controllo della psicoterapia perpetuerà le sue difficoltà dal momento che continuerà ad avere il controllo per mezzo dei sintomi. Diversamente se è il terapeuta a mantenere il controllo del tipo di relazione che ha con il paziente, allora si ha la possibilità di ottenere il successo nella psicoterapia.

(89) HALEY J., *Le strategie della psicoterapia*, cit., 29.

Quando il terapeuta agisce in questo modo per ottenere il controllo della relazione si parla di terapia strategica (90). Il terapeuta mantiene l'iniziativa su ciò che si verifica nel corso della terapia, elabora una tecnica particolare per ogni singolo problema. Un terapeuta e una persona con un problema nella seduta terapeutica, contribuiscono entrambi a determinare la situazione che si sviluppa, ma nella terapia strategica l'iniziativa è quasi sempre nelle mani del terapeuta che, in sostanza, deve essere acutamente sensibile, capace di adeguarsi al paziente e alla sua situazione sociale, e deve essere in grado di assumersi la responsabilità di influenzare direttamente le persone. Ne deriva così che la terapia strategica non è una concezione o una teoria particolare, ma un nome per quel tipo di terapia in cui il terapeuta si assume tale responsabilità.

Un problema strettamente collegato e che per qualche tempo ha frenato lo sviluppo della terapia strategica è quello della « manipolazione ». La critica di manipolazione sarebbe appropriata se il paziente o la famiglia, o la coppia, potessero in quest'ambito perdere la loro capacità di autodeterminazione o dovessero essere coinvolti in responsabilità che non competono loro. Al contrario la terapia strategica si propone obiettivi di segno opposto, come far riacquistare maggior determinazione, liberare da una situazione di disagio, restituire l'iniziativa delle proprie azioni.

L'influenza e la diffusione della psicoanalisi, della terapia rogersiana, e della terapia psicodinamica in genere, ha generato negli operatori la convinzione che doveva essere proprio la persona che non sa cosa fare e che sta chiedendo aiuto a determinare quanto accade nella seduta psicoterapeutica.

Ma, dice Andolfi(91), si può a buon diritto ritenere ugualmente manipolatorio tanto il prescrivere gli psicofarmaci ad una persona in preda ad uno stato d'ansia quanto prescrivere un comportamento paradossale, tanto consigliare la colonia estiva ad un bambino quanto mantenere il silenzio fino a che il paziente non

(90) HALEY J., *Terapie non comuni*, cit., 7 ss.; cfr. anche GULOTTA G., *Commedie e drammi nel matrimonio*, Feltrinelli, Milano, 1976, la « summa » più aggiornata della terapia strategica in ipnosi si trova in ERICKSON M. H., ROSSI E. L., *Hypnotherapy and Exploratory Casebook*, Wiley, New York, 1979.

(91) ANDOLFI M., *La terapia con la famiglia*, Astrolabio, Roma, 1977.

associa liberamente, tanto insegnare ad una coppia come raggiungere l'orgasmo quanto negare una terapia quando le componenti del problema sono di altra natura che non quella psicologica.

Si può ritenere a ragione che buona parte degli insuccessi di varie forme di psicoterapia dipenda essenzialmente dal fatto che gli operatori non sanno a che gioco stanno giocando, o meglio giocano il gioco di non giocare a nessun gioco. Anche buona parte degli ipnotisti giocano così ed è veramente un male perché si può ritenere che l'ipnosi rappresenti un modello di facile lettura e una palestra di addestramento per lo sviluppo di terapia strategica anche senza l'uso dell'ipnosi. La relazione ipnotica può quindi essere vista come modello di terapia strategica tanto più che alle tecniche tradizionali dell'ipnosi, per le quali l'ipnotista dirigeva apertamente il soggetto e il soggetto apertamente seguiva le istruzioni, sono subentrate tecniche più indirette di induzione dello stato di trance, più strategiche ed Erickson per primo, ha mostrato la via.

Parlando, in generale, delle tecniche strategiche, la più comune e tuttavia basilare di queste strategie paradossali (92) è quella di utilizzare sempre ciò che il paziente dà e di comunicare sempre con il paziente nel suo stesso « linguaggio ». È nota l'analogia usata da Erickson dell'uomo che vuole cambiare il corso di un fiume: se lo contrasta e tenta di fermarlo il fiume potrà facilmente superare o aggirare l'ostacolo, ma se l'uomo ne accetta la forza e la devia in una nuova direzione, la corrente del fiume finirà per scavarsi un nuovo letto; ne deriva la prima delle regole d'oro e cioè l'accettare anzi, addirittura l'incoraggiare la resistenza. Il soggetto che con la resistenza ostacolava il processo terapeutico si trova disorientato ora che la resistenza viene ridefinita come una collaborazione e il terapeuta può segnare un punto a suo favore. Per questo spesso addirittura il sintomo che il paziente lamenta viene prescritto.

Anche se l'ipnosi non viene imposta, di solito, a qualcuno che la rifiuta, ma viene offerta a chi l'ha richiesta specificatamente, tuttavia il soggetto ipnotico può tentare di opporsi alle direttive che gli vengono proposte, anche se ha scelto volontariamente la situazione della terapia.

(92) WATZLAWICK P., WEAKLAND J. H., FISCH R., *Change*, Astrolabio, Roma, 1974.

Nell'ipnosi si incontrano fondamentalmente due tipi di resistenze: la mancanza di collaborazione e la collaborazione eccessiva. In effetti un impegno notevole di lavoro è nell'ipnosi come nelle altre psicoterapie, il superamento delle resistenze del soggetto e per fare ciò si ricorre alla elaborazione di strategie paradossali scelte dopo un accurato vaglio della situazione.

Il paradosso terapeutico, dice Andolfi(93), determina l'interruzione del circolo vizioso e paradossale anch'esso, in cui il paziente si trova.

L'uso del paradosso terapeutico è motivato dal fatto frequente che ci sono persone che chiedono aiuto ma che, al tempo stesso, sembrano rifiutare ogni offerta svolta in questo senso; il terapeuta finisce pertanto per rimanere coinvolto in un «gioco». Questo atteggiamento apparentemente contraddittorio è legato all'equilibrio dinamico tra due capacità opposte e interagenti, la tendenza al cambiamento, presente nella richiesta stessa di aiuto, e quella omeostatica, preponderante, che spinge il paziente a riproporre le proprie abituali sequenze di comportamento. È sottintesa la richiesta del paziente : « aiutami a cambiare, ma senza modificare nulla ».

In questi casi, il terapeuta, invece di continuare un inutile tentativo di cambiamento, può accettare anziché subire il paradosso, e la sua risposta è un controparadosso in cui dice in sostanza : « Io, in quanto terapeuta, senza modificare nulla, ti aiuterò a cambiare ».

E questo modo di agire può appunto essere quello dell'ipnotista. Per fare un esempio si può parlare di uno dei tanti casi di comportamenti sintomatici trattati da Erickson ipnoticamente secondo questa metodologia in cui è il sintomo stesso-che viene prescritto (94).

Un giovane di 17 anni, dopo un mese di casa di correzione sviluppò un movimento rapido alternato di flessione ed estensione del suo braccio destro su di un piano orizzontale con 135 movimenti al minuto ed una anestesia a guanto dello stesso braccio fino al gomito. Entrambi i fenomeni sparivano durante il sonno fisiologico. Dopo tre settimane di induzione giornaliera di ipnosi si era svilup-

(93) ANDOLFI M., *op. cit.*

(94) ERICKSON M. H., *op. cit.*, 1978, 643.

pata una buona trance ma gli sforzi diretti alla riduzione dei movimenti del braccio erano stati inutili.

Il ragazzo diceva continuamente «Non posso fermare, non posso fermare ». In seguito si decise un approccio paradossale. Si indusse nel ragazzo un aumento della sua sintomatologia in modo che il braccio aumentasse i suoi movimenti da 135 fino a 145 per minuto. Questo aumento fu lasciato fino alla seduta del giorno successivo in cui la frequenza fu ridotta nuovamente a 135 e poi il giorno dopo si aumentò di nuovo fino a 145 e poi ancora si ridusse a 135. Dopo molti giorni di questa procedura si iniziò a far diminuire la frequenza alternando suggestioni di aumento di 5 movimenti per minuto, un giorno e di diminuzione di 10 movimenti, il giorno successivo. Parallelamente diminuì l'anestesia a guanto del braccio destro.

Anche l'offrire un'alternativa peggiore è un intervento strategico per superare il problema di come far seguire i suggerimenti al soggetto o al paziente ma anche ottenere che essi si autonomizzino nel prendere le loro decisioni: questa tecnica consiste nel far scegliere la persona tra due alternative di cui una è della stessa natura ma di maggiore intensità dell'altra; il soggetto tende a scegliere quella con minore impegno per lui, ma di solito non vede che avrebbe potuto anche non scegliere e quindi opera sempre nell'ambito previsto dal terapeuta.

Altri aspetti estremamente interessanti sono l'uso della metafora per produrre un cambiamento, l'incoraggiare una ricaduta, l'incoraggiare una risposta frustrandola, di cui le opere di Haley e di Erickson offrono numerosi e stimolanti esempi.

Ili) IPNOSI CON PRESA DI COSCIENZA.

Le tecniche di questo gruppo sono quelle dirette all'insight cioè alla presa di coscienza da parte del paziente, dei conflitti che sottendono ai suoi sintomi.

L'approfondimento di questo insight dipende da vari fattori ma principalmente dagli scopi che il terapeuta si propone, a seconda che si prefigga una ristrutturazione della personalità del paziente più o meno globale.

È bene distinguere questi gruppi di tecniche in due sottogruppi a seconda che prevedano o non prevedano l'analisi del transfert che si instaura tra paziente e terapeuta. Come è ovvio dal genere di terminologia che stiamo adottando, queste tecniche si ispirano in maniera più o meno ortodossa alla psicoanalisi.

Il transfert, come già è stato detto, serve essenzialmente alla ricostruzione della vita psichica anteatta del paziente attualizzando, attraverso questo particolare rapporto emozionale che lo lega con l'analista, certe emozioni e certi rapporti. Per l'analista è come essere stato « testimone oculare » nel momento in cui si sono presentati nella vita psichica del soggetto per la prima volta e nei confronti delle persone più significative della sua infanzia.

Gli elementi dei conflitti infantili sono così esaminati nella loro origine, in quanto l'analizzato, per il meccanismo della coazione a ripetere — cioè il processo secondo il quale il soggetto si pone in situazioni conflittuali che ripetono passate esperienze allo scopo di padroneggiarle senza rendersi conto della ripetizione, ma con la sensazione che si tratti di avvenimenti attuali, — li vive con l'analista che viene strutturato secondo modelli parentali.

Il transfert è così una specie di finestra verso il passato, la verosimiglianza del dato da inserire nella ricostruzione è tanto più alta quanto più l'affettività che accompagna la riproduzione della esperienza e del conflitto è congrua rispetto a questi ultimi. In ogni modo il valore del ricordo della vita anteatta e delle emozioni relative non risiede tutto nella sua realtà storica ma anche nel fatto che, in quanto ritenuto dall'analizzato, entra a far parte del suo « vissuto » ed in questo senso è un elemento da valutarsi nel quadro della personalità del soggetto.

a) *Ipnoanalisi senza analisi del transfert.*

Talune di queste tecniche che chiamiamo ipnoanalitiche, come si è detto, non analizzano il transfert, ma cercano di risolverlo pragmaticamente.

Ipnoanalisi catartica desensibilizzatrice. In un certo tipo di ipnoanalisi si tende a desensibilizzare il paziente attraverso una abeazione, un recupero catartico di esperienze traumatiche che sono direttamente correlate con il sintomo stesso. Queste terapie

che si sono rivelate, in particolare durante il secondo conflitto mondiale, utili soprattutto nelle nevrosi cosiddette traumatiche, si fondano sul fatto che facendo rivivere al paziente l'esperienza sofferta dall'Io in condizioni di maggiore maturità e preparazione, questi può essere in grado di sopportarla, di elaborarla, di valutarla e dunque di padroneggiarla. È chiaro che in questi casi il terapeuta si deve preoccupare di conoscere fino a che punto l'Io del paziente è sufficientemente pronto per accertare quel dato contenuto psichico che è stato rimosso. Particolari accorgimenti vengono adottati per proteggere l'Io, come per esempio consentire il riaffiorare di ricordi parziali solo nei sogni che abitano lentamente il paziente ad accettare quel tipo di realtà psichica. Nell'ipnoanalisi desensibilizzatrice, si tende ad integrare i ricordi che sono stati rimossi, tramite regressioni o rivificazioni, nella personalità del paziente. Questo tipo di tecnica difficilmente però, da sola, riesce a risolvere stabilmente un sintomo in quanto le difese che lo hanno creato non sono eliminate dal solo fatto che il paziente ricordi delle esperienze rimosse, e sembra efficace quasi esclusivamente quando il trauma sia circoscritto ad un evento storico preciso.

Ipnoanalisi rieducativa. — Nell'ipnoanalisi rieducativa si cerca di adattare gli aspetti inconsci a quelli consci della personalità del paziente portandolo a comprendere il significato profondo dei propri sintomi in modo anche solo parziale, mostrandogli così quale possa essere la via d'uscita da quello che sta vivendo.

È per questo che riteniamo che gli approcci fenomenologico, esistenziale, antropoanalitico, logoterapico che Romero fa rientrare tra quelle di sostegno vadano inseriti in questo tipo di terapia, pur rendendoci conto che non si dirigono verso un insight di tipo psicoanalitico, cioè profondo, soprattutto perché spesso si nega addirittura il concetto di inconscio. Come si legge in « Essere nel mondo » (95) « per l'antropoanalisi un'esperienza traumatica è un'esperienza in cui il significato di un evento per l'individuo contraddice o "va oltre" l'orizzonte esperienziale trascendentale; cioè il superiore contesto di significato che è l'«a priori» esistenziale rende possibile un'esperienza che conduce alla sua propria negazione.

(95) BINSWANGER L., *Essere nel mondo*, Astrolabio, Roma, 1973.

Ciò che è "rimosso" quindi non è il ricordo dell'evento, ma il suo significato ».

Dice Sartre(96): «Ma non basta che la "censura" distingua le tendenze maledette, occorre anche che le colga come da respingere, il che implica da parte sua almeno una rappresentazione della propria attività. In una parola, come la censura discernerebbe gli impulsi da respingere, senza avere coscienza di discernarli? Si può concepire un sapere che sia ignoranza di sé? Sapere, è sapere che si sa, diceva Alain. O piuttosto ogni sapere è coscienza di sapere.

Così le resistenze del malato implicano, al passo obbligato della censura una rappresentazione del respinto in quanto tale, una comprensione dello scopo a cui tendono le domande dello psicoanalista e un atto di collegamento sintetico con cui la censura confronta la verità del complesso respinto con l'ipotesi psicoanalitica che lo riguarda. E le differenti operazioni a loro volta implicano che la coscienza sia cosciente (di) sé. Ma di che tipo può essere la coscienza (di) sé della censura? Deve essere coscienza (di) essere coscienza della tendenza a inibire, ma precisamente per non esserne coscienza...

Io sono l'io ma non sono l'Es. Io non ho una posizione privilegiata riguardo allo psichismo inconscio. Io sono i miei propri fenomeni psichici, in quanto il constato nella loro realtà cosciente... Così la psicoanalisi sostituisce alla nozione di malafede l'idea di una menzogna senza mentitore, permette di capire come io possa non mentirmi, ma essere mentito; poiché essa mi pone in rapporto a me-stesso nella situazione di altri di fronte a me, sostituisce la dualità dell'ingannatore e dell'ingannato, condizione essenziale della menzogna, con quella dell'Es e dell'io, introduce nella soggettività più profonda la struttura intersoggettiva del Mitsein ».

Anche in questo quadro concettuale però l'ipnosi può venire adottata per cercare di stabilire i rapporti di un dato sintomo con l'essere nel mondo del paziente (in questo senso si può parlare di insight), per trovare una via d'uscita esistenziale che riorganizzi la Weltanschauung del soggetto rispetto alla sua vita passata (97).

(96) SARTRE I. P., *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 1965, 90.

(97) Nell'acuta introduzione di Jacob Needelman premessa a: *Essere nel*

Pertanto, a buon diritto si può far rientrare questo genere di terapia nel sottogruppo indicato.

Nota Watkins (98) « l'esistenzialismo non è in opposizione alla psicoanalisi ma offre un corpo di strutture per descrivere il funzionamento della personalità. Non presenta delle tecniche terapeutiche per il raggiungimento dei suoi scopi. Pone più che la psicoanalisi l'accento su scopi positivi della natura umana, muove la sua attenzione dal passato al futuro.

L'esistenzialismo non è dunque una scuola di terapia come lo è la psicoanalisi... ».

b) *Ipnanalisi con analisi del transfert.*

Talune tecniche ipnoanalitiche analizzano il transfert. Esse si possono dividere in due tipi: nel primo l'approccio del terapeuta è il più neutro possibile, facendo fluire in trance le libere associazioni del paziente o al massimo inducendogli nei sogni, e seguendo quindi da vicino la tecnica psicoanalitica classica. Per questo chiamiamo queste metodiche ipnoanalitiche « di tipo classico ». Nel secondo si adottano varie tecniche tipiche dei fenomeni psichici che si possono provocare con l'ipnosi (scrittura automatica, visualizzazione delle scene, conflitti sperimentali, transidentificazione, regressioni...) vincendo così le resistenze che il paziente pone alla terapia.

Ipnanalisi di tipo classico. — Nell'ipnanalisi di tipo classico si conta sul fatto che l'ipnosi con la sua natura regressiva favorisce di per sé un transfert positivo e per così dire « mette a dormire » le difese dell'Io.

Ipnanalisi controllata. — Nel metodo controllato invece, l'ipnoanalista per analizzare la vita psichica del paziente adotta una serie di manovre che tendono a prevaricare le difese, tra l'altro facendo in modo che il Super-Io del paziente sia meno severo e quindi, per quanto possibile, parzialmente neutralizzato.

mondo {*op. cit.*, 92), è ben spiegato il rapporto tra un evento traumatico passato e dimenticato e i disturbi del paziente da un punto di vista fenomenologico esistenziale.

(98) WATKINS J. G., Hypnosis and Consciousness from the View Point of Existentialism, in KLEIN M., *Psychodynamics and Hypnosis*, Thomas, Springfield, 1967, 15.

Questa terapia, tipica della metodologia ipnotica, viene anche chiamata *ipnoanalisi proiettiva* (99). Con essa tutti i meccanismi che rendono inconsci taluni contenuti psichici e che li manifestano in forma mascherata nei sogni, nei lapsus, nelle fantasie vengono così suggeriti intenzionalmente all'inverso, per giungere da questi fenomeni coscienti ai processi primari del funzionamento psichico. Le fantasie e i sogni vengono così suggeriti (per esempio, « sognerà (adesso o stanotte) che un animale sta facendo una cosa tremenda. Che cosa? »); vengono poi prevaricate le resistenze con varie strategie (per esempio « ha detto che la stanza è vuota, nel sogno, la riempia di cose e di persone poco alla volta... »).

I simboli vengono sottoposti ad esame con sostituzioni adeguate (per esempio, « ha detto che quell'uomo nel sogno non aveva volto, gli metta una maschera con il volto di suo fratello, poi una con quella di suo padre, cosa succede? »).

Entrambi i metodi, come ricorda Ramerò, prevedono una fase allenativo-ipnotica, una propriamente analitico-esplorativa ed una fase finale. Della differenza tra le due nella fase analitica si è detto, altre differenze esistono per quanto riguarda la fase finale.

Nell'ipnoanalisi di tipo classico la risoluzione della nevrosi di transfert che ha preso il posto della nevrosi originaria avviene di solito nello stato di veglia o attraverso continue interpolazioni che consentono il superamento di questo dato. Il paziente al momento della terapia si trova in una situazione di maggior maturità e fermezza psichica rispetto a quella in cui la nevrosi si era originata.

Nell'ipnoanalisi controllata invece, l'intervento del terapeuta è molto attivo, anche in questa fase, là dove tende a manipolare la nevrosi di transfert attraverso situazioni psicologiche artificialmente indotte facendo in modo che il paziente acquisti man mano più autonomia.

8. Una trattazione a parte merita l'utilizzazione dell'ipnosi nella terapia degli *stati psicotici*: bisogna rilevare che non vi è molto materiale in letteratura quasi a dimostrare una certa angolo-

(99) WATKINS J. G., Projective Hypnoanalysis, in LECRON L., *Experimental Hypnosis*, Mac Millan, New York, 1952, 442.

sita del problema, ma, dicono Crasilneck e Hall(100): «dopo tutto l'ipnosi può essere considerata una situazione interpersonale di tipo eccezionale e come tale non deve incutere più paura di quanta non ne incutano gli intensi rapporti che si stabiliscono quando si tenti una psicoterapia convenzionale con gli schizofrenici ».

Romero(101) afferma che è ormai destituita di fondamento la classica affermazione che l'ipnosi è inattuabile negli psicotici per la loro incapacità di transfert e che è, anzi, controindicata per il pericolo di precipitare episodi acuti. Attualmente si riconosce che in questi malati si verifica un tipo particolare di transfert, a volte anche molto intenso, permeato di paure e di minacce distruttive, oscillante affannosamente tra un senso d'onnipotenza e uno di totale incapacità, tra cui un'attesa irrealistica di gratificazione immediata e una di frustrazione assoluta. Un transfert è dunque per Romero possibile, ma la sua manovra è estremamente difficile e richiede all'operatore perizia e finezza non comuni.

Il consiglio di Scagnelli(102) e Wolberg(103) è quello di usare l'ipnosi in certi casi di schizofrenia come coadiuvante, usandola come mezzo per indurre, con il rilassamento, una relazione più stabile con il terapeuta. Indubbiamente bisogna evitare che, come spesso capita, lo psicotico veda il rapporto ipnotico come una sorta di perdita di controllo e di dipendenza. Dell'argomento tratta anche Conn(104).

Una rassegna critica dell'uso dell'ipnosi con gli psicotici si trova in un articolo di Abrams(105).

(100) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *op. cit.*, 280.

(101) ROMERO A., Ipnologia psichiatrica, in *Secondo Corso Scuola di ipnosi clinica e sperimentale*, a cura di Ass. Med. It. per lo studio dell'ipnosi (A.M.I.S.I.), Milano, 1978, 51-56.

(102) SCAGNELLI J., *Hypnotherapy with Schizophrenic and Border line Patients*, Presentata al congresso dell'Am. Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Seattle, 1975.

(103) WOLBERG L. R., *op. cit.*

(104) CONN J. H., The Psychodynamics of Recovery under Hypnosis, in *Int. J. din. Exp. Hypn.*, 1960, 3.

(105) ABRAMS S., The Use of Hypnotic Techniques with Psychotics, a Critical Review, in *Am. J. Psychother.*, 1964, 79-94.

Biddle (106) in un libro dedicato interamente al problema sull'uso dell'ipnosi con gli psicotici, ricorda tra l'altro che con tali pazienti il rapporto deve essere molto esplicito e chiaro. Egli dice che non bisogna solo spiegare al paziente che il terapeuta non ha un potere ipnotico segreto e mistico, ma è il terapeuta stesso che deve avere ciò ben presente e ancora, il terapeuta deve avere ben presente che può fallire.

Biddle raccomanda inoltre di usare, per indurre l'ipnosi, la tecnica di levitazione della mano di Erickson che permette al paziente di entrare in trance nei tempi e nei modi che egli preferisce, in modo da mantenere l'ansietà e lo sperimentare la paura di essere dominato, a livelli molto bassi.

Per la scelta dei soggetti Biddle(107) consiglia di basarsi su:

- a) l'abilità intellettuale del soggetto a seguire le istruzioni del terapeuta;
- b) l'abilità di esercitare un grado moderato di concentrazione;
- e) la presenza di una certa elasticità nell'immaginazione del paziente;
- d) un buon rapporto di confidenza con l'ipnotista.

Biddle mette in luce i vantaggi della presenza di un co-terapeuta di sesso opposto alle sedute ipnotiche, e raccomanda di porre, sempre, una particolare attenzione alla fase del risveglio.

9. I disturbi nel *campo sessuale*, come è noto, nella maggior parte dei casi hanno un'origine emotiva. Ovviamente, quindi, dopo aver escluso le rare possibilità di fattori organici, dopo aver messo in luce eventuali fattori ambientali e interpersonali (ad es. l'intossicazione alcolica oppure un rapporto difficile con il partner), e dopo aver compreso le dinamiche sottostanti, si può agire in senso terapeutico con l'ipnosi.

(106) BIDDLE W. E., *Hypnosis in the Psychoses*, Thomas Springfield, Illinois, 1967.

(107) BIDDLE W. E., *op. cit.*, 4.

L'approccio ipnotico al problema composito dell'impotenza maschile, è stato trattato in Italia da Paladino (108). A questo proposito Crasilneck e Hall (109) parlano di un miglioramento dell'80% su oltre 400 casi trattati di impotenza maschile.

Anche la frigidity femminile, la dispareunia, il vaginismo sono stati trattati con successo dai vari autori.

Un commento a parte merita il problema dell'omosessualità, stante il fatto che esso non è più considerato, a ragione, una classificazione diagnostica nella maggior parte dei paesi del mondo. D'altra parte molti pazienti « vivono » questa loro situazione in modo sofferente.

In presenza di una forte motivazione a cambiare, il trattamento ipnoterapico può dare dei risultati, eventualmente combinando l'ipnosi con le procedure classiche del condizionamento, per aumentare gli eccitamenti sessuali eterosessuali in questi pazienti.

Anche il tipo di approccio ipnotico a questo problema è importante. Kroger (110) afferma che un approccio autoritario ha più successo con l'omosessuale di tipo passivo-femminile mentre un approccio permissivo vale di più con quello di tipo attivo-aggressivo.

10. L'ipnosi è stata utilizzata ampiamente anche nel trattamento di comportamenti come l'eccesso nell'uso di alcoolici, di fumo e di droga. Questi comportamenti sono qui considerati come *cattive abitudini*, anche se, è noto, nei casi più gravi si tratta di vere e proprie sintomatologie.

L'alcolismo è trattato da molti autori con l'ipnosi, spesso in associazione ad altre tecniche psicologiche; per esempio la terapia comportamentistica, come nel condizionamento aversivo in ipnosi, singolarmente o in gruppo (111), in associazione a farmaci come il disulfiram, o ancora con l'ausilio di registrazioni audiovisive (112).

(108) PALADINO M., L'approccio ipnositerapico nell'impotenza sessuale del maschio, in *Rass. Ipnot. e Med. Psicosom.*, 1970, 82.

(109) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *op. cit.*, 328.

(110) KROGER W. S., *op. cit.*, 341.

(111) WEILBACHER R., ALBERTI G. G., MELLADI C., *op. cit.*

(112) WEILBACHER R., FRENI S., *Psicoterapia multifasica nel trattamento dell'alcolismo*, in *Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1977.

Molto spesso si insegnano agli allievi tecniche di autoipnosi per rafforzare le suggestioni date. È in ogni modo estremamente importante che ci sia già una forte motivazione al trattamento.

Lo stesso problema motivazionale si trova nel trattamento dei tossicodipendenti: bisogna specialmente osservare se il paziente è inviato da qualcuno o se è venuto in terapia di sua iniziativa. L'ipnosi può aiutare, nel caso di droghe che comportino l'assuefazione come trattamento coadiuvante e sedativo durante la disintossicazione in ospedale. Comunque il trattamento di questi casi è difficile e i risultati sono abbastanza scarsi.

Alcoolismo e droga vanno però sempre visti, nell'affrontarli, in chiave psicodinamica per cercare di avvicinarsi il più possibile al significato che hanno per il paziente, prima di procedere all'approccio ipnotico e anche durante l'ipnosi, stante la sua capacità di cogliere più profondamente le idee e i pensieri del paziente.

Ugualmente i problemi di sovrappeso e di grave obesità vanno prima visti in tale chiave di lettura e poi affrontati ipnoticamente. Anzi, in questi casi, ancor prima c'è la necessità di una accurata visita medica per escludere la presenza di certi disturbi, per esempio l'ipertiroidismo.

L'abitudine eccessiva al fumo viene di solito affrontata con una combinazione di tecniche ipnotiche e comportamentali. Bisogna ricordare che, a parte i danni che in generale il fumo può, in prospettiva, provocare, vi sono condizioni, come per esempio la bronchite cronica o l'enfisema o il morbo di Buerger, dove la necessità di interrompere questa abitudine è un'indicazione medica assoluta.

Abbiamo messo a punto una tecnica in cui i pazienti fumano sigarette di una marca chiamata « fantasia » puramente immaginate, che danno però al risveglio la sensazione di aver appena realmente fumato.

CAPITOLO X L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE

« Il dolore non è soltanto un problema ma un mistero... un elemento vitale senza senso. È un « malum » contrapposto alla vita, un ostacolo e una minaccia, che riduce l'uomo come una creatura infelice, che muore ripetutamente migliaia di volte ».

FREDERIK BUYTENDIJK

SOMMARIO: 1. Introduzione. — 2. Epistemologia del dolore. — 3. Il paradigma neurofisiologico. — 4. Il paradigma psicologico. — 5. Dolore acuto e cronico. — 6. Dolore somatico e dolore psicogeno. — 7. Le basi razionali dell'analgesia ipnotica. — 8. L'ipnosi nel controllo del dolore cronico. — 9. Indicazioni cliniche al trattamento. — 10. Limiti e controindicazioni del trattamento ipnotico.

1. Nel capitolo precedente si è trattato come l'ipnosi possa essere utilizzata in sindromi cliniche in cui il terapista è teso ad alleviare il dolore del paziente, per esempio in anesthesiologia, in ostetricia, in chirurgia, in odontoiatria. Qui si discuteranno invece più specificatamente i complessi rapporti tra *ipnosi e dolore*. L'argomento merita attenzione intanto perché l'ipnosi appare essere uno dei mezzi privilegiati per controllare il dolore, e poi perché quest'ultimo, pur rappresentando una esperienza comune a tutti gli esseri viventi, si manifesta, come l'ipnosi, quale dato su cui è più facile dire come lo si esperisce che determinare la sua essenza.

2. L'esperienza del dolore, come l'ipnosi, è probabilmente antica come la specie umana, e vi è ragione di pensare che essa sia connessa con ogni forma vivente dotata di uno stato di coscienza. Benché universale, il dolore permane uno degli enigmi più inquietanti della biologia e la sua soluzione appare ben lungi dall'essere a portata di mano.

Ma che cos'è il dolore? L'incertezza epistemologica riflette la insuperata difficoltà di fornire una definizione soddisfacente e comprensiva di quella che Freud(1) riconobbe come «la plaga più oscura ed inaccessibile della vita fisica e psichica». Preliminare a qualsiasi approccio al dolore è dunque il problema metodologico.

Cominciamo con l'osservare che il termine « dolore » viene utilizzato in riferimento a fenomeni molto differenti tra loro, ma accomunati dal segno referente del danno somatico. Quando ci lamentiamo, ad es., di un mal di denti, noi connotiamo con il segno « dolore » sia la sensazione spiacevole che proviamo, che la sede di tale sensazione (il dente), la causa verosimile (la carie) e, infine, la nostra risposta (verbale, mimica, gestuale, ecc.) allo stimolo no-cicettivo. Poiché la parola « dolore » può egualmente riferirsi a ciascuno di questi fenomeni è evidente che debba trattarsi di un concetto astratto e simbolico, come, ad es., la parola «bellezza», utilizzata come attributo 'soggettivo' di diversissimi oggetti e situazioni. È dunque una definizione «relativistica».

L'assunzione del « dolore » come astrazione e non come entità reale consente la compatibilità dei diversi approcci al problema. Le attività neurofisiologiche studiate dal neurofisiologo sono infatti del tutto differenti dalle modificazioni biochimiche osservate dal farmacologo e queste, a loro volta, sono distinte dalle manifestazioni psicopatologiche studiate dallo psichiatra. In questa prospettiva, non v'è alcuna necessità che uno solo di questi approcci debba essere quello 'giusto', dal momento che tutti questi approcci 'paralleli' sono corretti e compatibili tra loro. Ciascuno descrive infatti 'oggetti' distinti in modi differenti, ed ogni approccio è congruo col proprio campo di ricerca. È questa la teoria del « Parallelismo Linguistico » di Graham (2), già largamente applicata in medicina psicosomatica.

La sostanziale dicotomia operante riconosce nell'approccio neurofisiologico al Dolore ed in quello psicofisiologico i due paradig-

(1) FREUD S., *Jenseits des Lustprinzips*, 1920. Trad. it., *Al di là del principio del piacere*, Boringheri, Torino, 1975.

(2) GRAHAM D. T., Health, Disease and Mind-Body Problem. Linguistic Parallelism, in *Psychosom. Med.*, 1967, 52.

mi dominanti. Questa dicotomia è tuttavia affatto recente. Dagli albori della storia dell'uomo, il dolore è stato considerato per secoli come un fenomeno unitario che investe il soma e la psiche in eguaglianza. Per il mondo greco era l'espressione di una disarmonia tra anima e corpo; la dimensione metafisica ed esistenziale del dolore, fisico come morale, trova riscontro nelle più lontane culture ed in tutte le latitudini, dalle civiltà orientali al mondo ebraico, al cristianesimo.

È soltanto a partire da Cartesio (3) che si sviluppa una concezione dualistica che opera una netta separazione tra Anima e Corpo e pone le basi della prima concezione organicistica del Dolore. « Da esperienza della precarietà della Vita — come scrive Ivan Illich (4) — il Dolore si è trasformato in una spia di specifiche avarie somatiche ».

L'influenza del dualismo cartesiano è stata enorme nei secoli successivi, anticipando di 250 anni la prima teoria « scientifica » sul Dolore, quella della « specificità », per giungere sin quasi ai nostri giorni. Non si può tuttavia negare l'effetto fuorviante che questa influenza ha avuto nell'imporre un'artificiosa dicotomia.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, la particolare complessità del problema e la dicotomia dell'approccio rendono forse ragione dell'impossibilità di formulare una definizione soddisfacente del « Dolore ». Riteniamo tuttavia che possa risultare utile, da un punto di vista eminentemente clinico, la definizione operativa proposta da Merskey e Spear (5) e recentemente modificata da Fordyce (6) : « Il dolore è un'esperienza spiacevole, primariamente associata ad un danno tissutale o descritta in termini di tale danno, e

(3) CARTESIO R., L'Homme, in FORSTER M., *Lectures on the History of Physiology during the 16th, 17th, and 18th Centuries*, Cambridge University Press, Cambridge, 1901.

(4) ILLICH I., *Limits to Medicine. Medical Nemesis: the Espropriation of Health*, Maryon Boyars Publ., London, 1976, 147-168. Trad. it, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.

(5) MERSKEY H., SPEAR F. C., *Pain: Psychological and Psychiatric Perspectives*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.

(6) FORDYCE W. R., Learning Processes in Pain, in STERNBACH R. A. (a cura di); *The Psychology of Pain*, Raven Press, New York, 1978, 49.

la cui presenza è segnalata da alcune forme di comportamento visibile ed udibile».

3. Per molto tempo il dolore è stato considerato una sensazione 'primaria', alla stessa stregua del tatto, del caldo, del freddo, ecc. Questa asserzione comporta due fondamentali presupposti: 1) Un sistema neuroanatomico (la cosiddetta «via del dolore») di trasmissione d'impulsi nocicettivi dalla periferia, cioè dal recettore cutaneo, ai centri più alti d'integrazione del messaggio sensoriale. 2) Una correlazione lineare tra intensità dello stimolo e percezione della sensazione dolorosa, secondo la ben nota legge psicofisica di Weber e Fechner.

Ambedue i presupposti non hanno trovato riscontro nei fatti e, comunque, sono risultati inadeguati a comprendere la complessa realtà del dolore. È tuttavia innegabile che la ricerca neuroanatomica e neurofisiologica, sviluppatasi a partire dalla fine del secolo scorso ha contribuito a chiarire non pochi aspetti del problema. Può essere perciò utile uno sguardo prospettico sugli aspetti più salienti delle nostre attuali conoscenze.

Lo stimolo nocicettivo si esercita, *in primis*, sul recettore periferico, un trasduttore specializzato nel trasformare una forma di energia (energia incidente ambientale) in un'altra (energia elettrica): esso svolge dunque la funzione di codificare l'informazione derivante dallo stimolo e di trasmetterla ai centri superiori. I recettori del dolore, o 'nocicettori', sono da identificarsi anatomicamente nelle cosiddette 'terminazioni nervose libere', diffuse ubiquitariamente e capaci, per altro, di veicolare altre forme di sensibilità cutanea. I recettori del dolore non sono dunque 'specifici', come sosteneva la teoria della 'specificità' di von Frey(7), nel senso di rispondere esclusivamente ad un determinato tipo di stimolo (nocicettivo) e di trasmettere specifici messaggi sensoriali, dal momento che stimoli di forte intensità sono in grado di attivare tutti i recettori cutanei come nocicettori, mentre, per converso, i recettori del dolore possono trasmettere messaggi sensoriali diversi da quelli

(7) FREY M. von, Beitrage zur Sinnesphysiologie der Haut, *Ber d. kgl. sächs. Ges. ci. Wiss., math-phys. Kl.*, 1895, 181.

algogeni. Possiamo parlare invece più appropriatamente di 'specializzazione', definendola come la capacità di ogni recettore di rispondere, entro un determinato 'range', a diverse variabili fisiologiche come la distorsione meccanica, le variazioni di pressione o di temperatura, l'intensità del rapporto stimolo-risposta, l'ampiezza del campo recettivo, ecc.

I nocicetton possono essere distinti in due principali categorie :
1) Meccano-nocicettori, i quali rispondono a stimoli prevalentemente meccanici (puntura, pinzamento, ecc). 2) Termocicettori, sensibili prevalentemente a stimoli termici. Caratteristica comune dei nocicetton è la elevata soglia di eccitazione.

Gli impulsi nervosi generati dai recettori periferici vengono trasmessi al midollo spinale attraverso le fibre sensitive periferiche, somatiche e viscerali. Nel nervo periferico si possono riconoscere tre gruppi principali di fibre, distinti in rapporto alla funzione (somatica o viscerale), alla presenza o meno di mielina, al calibro ed alla velocità di conduzione: gruppo A, B e C (Gasser, 8). Le fibre del gruppo A, mielinizzate somatiche, sono, a loro volta, suddivise in sottogruppi, in base al diametro ed alla velocità di conduzione: alfa, beta, gamma e delta (in ordine decrescente). È dimostrato che gli impulsi nocicettivi decorrono nelle fibre di piccolo calibro A-delta, mieliniche, e C, amieliniche (9).

Le fibre nocicettive (A-delta e C) penetrano nel midollo spinale lateralmente alle fibre di maggior calibro, nella porzione latero-dorsale della radice posteriore. Percorrono la porzione mediale del tratto di Lissauer, dove si dividono in una branca ascendente ed una discendente, attraversano la sostanza gelatinosa di Rolando (lamine II e III di Rexed), stabilendo rapporti con gli inter-neuroni, per terminare a contatto con le cellule del nucleo proprio delle corna posteriori (lamine IV-V-VI).

A livello delle corna posteriori è situato un importante dispositivo di griglia e d'integrazione dei messaggi sensoriali. Esso costituisce la base anatomo-funzionale della teoria del cosiddetto « con-

(8) GASSER H. S., Pain Producing Impulses in Peripheral Nerves, in *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, 1943, 23.

(9) BISHOP G. H., Neural Mechanisms of Cutaneous Sense, in *Physiol. Rev.*, 1946, 77.

trollo d'entrata» ('gate control') di Melzack e Wall(10). La teoria propone, in sintesi, che un meccanismo nervoso a tale livello agisca come un sistema di controllo che può aumentare o diminuire, cioè modulare, il flusso d'impulsi nervosi dai nervi periferici al Sistema Nervoso Centrale (S.N.C.). L'entità e la qualità dell'effetto modulante dipendono dall'interazione bilanciata tra fibre di grande diametro (A-beta) e fibre di piccolo diametro, nocicettive (A-delta e C), e dall'attività di controllo delle strutture centrali, esplicitamente attraverso influenze encefaliche discendenti. Quando la quantità dell'informazione (vale a dire l'output dei neuroni di II ordine, o cellule T) supera un livello critico, vengono attivate le strutture nervose responsabili della trasmissione e della percezione della sensazione nocicettiva a livello soprasspinale. L'informazione somatica e viscerale è dunque preventivamente sottoposta all'influenza modulatrice di tale sistema di controllo prima che possa evocare la percezione del dolore e la risposta ad esso.

L'informazione nocicettiva è trasmessa dai centri spinali a quelli soprasspinali da sistemi ascendenti di segnalazione del dolore (11). Secondo schemi classici, gli impulsi algogeni sarebbero veicolati dalle fibre spinotalamiche al talamo e da questo alla corteccia cerebrale. Le ricerche clinico-sperimentali non hanno però confermato tali congetture: nell'uomo infatti, secondo Gleees(12), soltanto una piccola parte di fibre ascendenti spino-talamiche termina nel nucleo ventro-postero laterale (V.P.L.) talamico.

Queste fibre, filogeneticamente recenti costituiscono la via « neo-spinotalamica », oligosinaptica, ad organizzazione somatotopica ed a proiezione controlaterale. Essa rappresenta la base anatomica del cosiddetto «primo dolore» o « fast pain», altamente localizzatorio e di breve durata.

La maggior parte delle fibre spinotalamiche formerebbero invece una via polisinaptica con numerosissimi relais a livello della formazione reticolare del tronco cerebrale e del sistema limbico.

(10) MELZACK R., WALL P. D., Pain Mechanisms: A New Theory, in *Science*, 1965, 971 s.

(11) DENNIS S. G., MELZACK R., Pain-Signalling Systems in the Dorsal and Ventral Spinal Cord, in *Pain*, 1977, 97 s.

(12) GLEES P., The Central Pain Tract, in *Acta Neuroveg.*, 1953, 160.

Essa ha una proiezione bilaterale, non è organizzata somatotopicamente e termina a livello dei nuclei mterlaminari e del dorso-mediano talamici. È questa la via filogeneticamente più antica, o via «paleo-spinotalamica», del «secondo dolore» o «slow pain», di lunga durata, scarsamente localizzatorio e d'intensa coloritura affettiva.

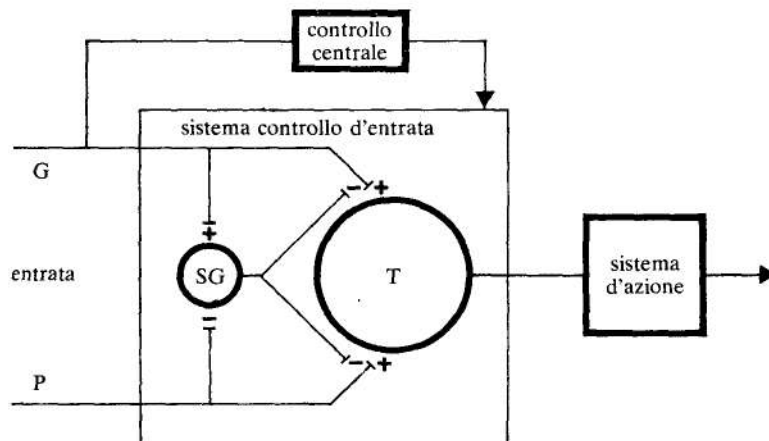


Fig. 1. Schema della teoria del « controllo d'entrata » ('gate control system') di Melzack e Wall (1965).

G = Fibre afferenti di grande calibro.

P = Fibre afferenti di piccolo calibro.

SG = Interneuroni inibitori della sostanza gelatinosa.

T = Cellule di origine delle fibre del tratto spinotalamico.

L'effetto inibitorio delle cellule SG è aumentato dall'attività delle fibre G e ridotto dall'attività delle fibre P. Vi sono anche meccanismi centrali di controllo che agiscono a loro volta sul 'gate control' spinale. Il segno + indica eccitazione, il segno — inibizione.

In realtà, più recenti acquisizioni neurofisiologiche hanno documentato una maggiore complessità ed una importante plasticità dei Sistemi Ascendenti Sopraspinali. Questi possono essere distinti in due gruppi, in rapporto alla loro topografia ed alle caratteristiche funzionali: A) Gruppo Laterale; B) Gruppo Mediale.

Il Gruppo Laterale comprende: *a)* le fibre post-sinaptiche dei cordoni posteriori, base anatomico-funzionale del cosiddetto « Attivatore del Controllo Centrale » (« Central control trigger »), sistema di « proazione » (« feed-forward ») capace di trasmettere rapidissime informazioni ai centri d'integrazione corticali sul messaggio sensoriale che procede su vie a conduzione più lenta. Ciò allo scopo di prefissare una strategia di risposta, mediante le influenze corticali discendenti, *b)* il fascio «spino-cervicale», poco sviluppato nell'uomo, *e)* il tratto « neo-spinotalamico ».

I Sistemi del Gruppo Laterale costituiscono la base neuroanatomica della dimensione « sensoriale-discriminativa » del Dolore (13). La loro funzione principale è quella d'informare rapidamente i centri superiori sulle proprietà temporo-spaziali e sull'ampiezza dell'input sensoriale. Lo stimolo sensoriale viene infatti analizzato e comparato con i dati esperienziali elicitati dall'attivazione dei processi innestici. Acquisisce così quel « significato » che qualifica la percezione e consente la programmazione di un'appropriata strategia di risposta (motoria, verbale, ecc.) atta a minimizzare il danno prodotto dallo stimolo nocicettivo.

I Sistemi del Gruppo Mediale sono rappresentati dal *a)* fascio « paleospinotalamico » e *b)* dal fascio « spino-reticolare ». Costituiscono la base anatomico-funzionale della dimensione «motivazionale-affettiva » del dolore promuovendo la risposta di attacco o fuga nei confronti dello stimolo e la intensa risonanza affettiva che si accompagna alla sensazione dolorosa.

Gli impulsi nocicettivi proseguono dal talamo, importante relais nella via ascendente, lungo le radiazioni talamo-corticali per giungere prevalentemente a livello del giro post-centrale del lobo parietale (area somatosensoriale I).

La corteccia cerebrale, oltre ad essere il livello più alto d'integrazione del messaggio nocicettivo, costituisce il substrato anatomico della dimensione « cognitiva » del dolore, cui è assegnato il compito d'identificare, valutare ed elaborare lo stimolo e di modularlo selettivamente mediante sistemi centrifughi discendenti, a par-

(13) MELZACK R., CASEY K. L., Sensory, Motivational and Central Control Determinants of Pain: A New Conceptual Model, in KENSHALO D. (a cura di), *The Skin Senses*, Charles C. Thomas, Springfield, 111., 1968.

tenza da aree frontali e parietali. Ciò spiega l'influenza, ben nota, che le attività cognitive, come i determinanti culturali, l'attenzione, l'ansia, ecc, possiedono sull'esperienza del dolore, sia nella sua componente sensoriale-discriminativa sia in quella motivazionale-affettiva.

Accanto ad influenze modulatrici corticali, si è andata accumulando in quest'ultimi anni una sempre più convincente evidenza in favore di sistemi discendenti di controllo centrale d'intensità ('Central Intensity Monitor'). Si ritiene che questi sistemi siano multipli ed utilizzino meccanismi d'azione differenziati, di tipo morfino-simile e non. Le strutture anatomiche particolarmente interessate sono localizzate nella formazione reticolare del tronco encefalico (soprattutto il grigio perimesencefalico, P.M.G., periacqueductale, P.A.G., e periventricolare, P.V.G.) e influenzano le attività spinali per mezzo di sistemi di proiezione reticolo-spinali.

Nell'ambito di questi sistemi, particolare importanza viene attualmente riconosciuta agli Oppiati Endogeni, una classe di sostanze neuropeptidiche ad azione morfino-simile, denominate Endorfine ed Enkefaline, di recente scoperta. Mentre le Endorfine sembrano svolgere un'azione ormonosimile e verrebbero prodotte soltanto a livello ipofisiario ed ipotalamico, le Enkefaline si comportano come dei neurotrasmettitori e presentano un'area di distribuzione molto più vasta nell'ambito del S.N.C., sovrapponibile alla cosiddetta via « paleo-spinotalamica ». Benché la scoperta di queste sostanze sia ancora troppo recente per consentire una valutazione definitiva delle loro caratteristiche e proprietà, è possibile tuttavia sin d'ora riconoscere ad esse la funzione di potenti (ma non esclusivi) modulatori delle afferenze nocicettive, mentre è verosimile che svolgano anche non ben definite funzioni nel campo della sfera emotiva. Le implicazioni cliniche di questa scoperta sono promettenti, anche se ancora premature. Basterà accennare al riscontro di un basso livello di Endorfine nel liquor cerebro-spinale di pazienti affetti da dolore cronico 'somatico'(14), forse espressione d'una insufficiente capacità di modulazione degli impulsi nocicettivi, e an-

(14) TERENIUS L., Endorphin in Chronic Pain, in BOMICA e al. (a cura di) *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 3. Proceedings of the Second World Congress on Pain, Raven Press, New York, 1979, 459.

tipicare come alcune recentissime ricerche sperimentali (15) indicano nella attivazione endorfinica il meccanismo d'azione dell'agopuntura.

In conclusione, le più recenti acquisizioni di neuroanatomia e neurofisiologia della nocicezione dimostrano, senza ombra di dubbio, che il Dolore non è soltanto il prodotto finale di un sistema di trasmissione lineare sensoriale. È piuttosto un processo dinamico che comporta continue interazioni tra sistemi complessi ascendenti e discendenti. In particolare, le interazioni tra il dispositivo del 'gate contro? spinale, i Sistemi Ascendenti di Segnalazione del dolore, le attività cognitive corticali ed i sistemi discendenti anti-nocicettivi, determinano un quadro di processi neurodinamici altamente modificabile, dove le afferenze sensoriali (e quindi anche quelle nocicettive) affluiscono ad un S.N.C, in continua attività e che è già deposito della storia individuale passata e dei sistemi di valutazione-previsione.

Il risultato complessivo di questa intricata serie di informazioni e d'interazioni fornirà il codice di lettura del messaggio sensoriale ed il suo significato semantico e pragmatico. In altre parole, la percezione o meno di una sensazione come dolorosa, la sua intensità e la conseguente risposta ad essa, dipendono da un ampio spettro di variabili, dalle loro interazioni e, in definitiva, dalla particolare decodificazione del messaggio stesso. Questo spiega perché uno stimolo può risultare doloroso in una situazione e non in una altra, o perché la stessa lesione può avere effetti diversi in individui differenti o persino nello stesso individuo. È quindi evidente che variabili di natura psicologica possono intervenire tra stimolo e percezione, mutando i termini del prodotto finale.

4. L'evidenza clinico-sperimentale dimostra inequivocabilmente come il dolore sia un'esperienza percettiva la cui qualità ed intensità non sono sempre correlate ad un danno tissutale e proporzionali allo stimolo nocicettivo, come generalmente le altre sensazioni elementari. Almeno nell'uomo, il Dolore è grandemente in-

(15) POMERANZ B., Do Endorphins Mediate Acupuncture Analgesia?, in COSTA E., TRABUCCHI M., *Advances in Biochemical Psychopharmacology*, voi. 18. *The Endorphins*, Raven Press, New York, 1978, 351.

fluenzato dalla storia passata dell'individuo, dal significato che egli dà alla situazione e dallo stato d'animo del momento.

Le moderne ricerche psicofisiologiche hanno contribuito a definire e chiarire quelli che sono stati denominati i « Determinanti centrali di controllo del dolore» (16), vale a dire una complessa serie di fattori fisici, psicologici e sociali che influenzano l'esperienza del dolore.

Mentre la «soglia di percezione del dolore», definita come la intensità minima di uno stimolo capace di evocare una sensazione dolorosa, è considerata uniforme in tutti gli individui, in quanto espressione di un comune patrimonio genetico e di un identico substrato neurofunzionale, la «tolleranza al dolore», cioè lo stimolo nocicettivo d'intensità massima sopportabile, è estremamente variabile da individuo ad individuo, e nello stesso individuo a seconda degli eventi 'interni' o 'esterni' che accompagnano la sensazione stessa. Essa è fortemente condizionata da fattori etno-biologici, motivazionali, emotivi, cognitivi, ecc. : ad esempio, le donne italiane tollerano una minore intensità di stimoli algogeni di donne americane o ebraiche (17); i Bianchi si dimostrano più tolleranti degli Orientali, sfatando un antico luogo comune, mentre i Negri occupano una posizione intermedia; la tolleranza al dolore decresce con l'età ed è generalmente maggiore nei maschi rispetto alle donne (18).

Altrettanto importanti sono i determinanti culturali. Gli studi di antropologia transculturale hanno fornito indicazioni illuminanti, dai rituali religiosi automutilanti dell'India alle condizioni di alterata coscienza indotte dallo yoga o dalla 'meditazione trascendentale', e al fenomeno della 'couvade'(19), su cui ritorneremo, diffuso a latitudini differenti (Paesi Baschi, Francia meridionale, Indiani d'America, ecc.) e in cui le donne dimostrano effettivamente

(16) MELZACK R., CASEY K. L., *op. cit.*

(17) STERNBACH R. A., TURSKY B., Ethnic Differences Among Housewives in Psychophysical and Skin Potential Responses to Electric Shock, in *Psychophysiology*, 1965, 241-246.

(18) WOODROW K. M., FRIEDMAN G. D., SIEGELAUB A. B., COLLES M. F., Pain Tolerance: Differences According to Age, Sex and Race, in WEISENBERG M. (a cura di), *Pain, Clinical and Experimental Perspectives*, The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1975.

(19) KROEBER A. L., *Anthropology*, Harcourt, New York, 1948.

di non provare alcuna sofferenza durante il parto, mentre il marito 'imita' il comportamento della moglie e le sequenze del travaglio di parto.

Se consideriamo le culture come « sistemi di significati » (20), possiamo ben comprendere come vengano riconosciuti ed incoraggiati quei modelli di comportamento che siano sintomi col 'milieu' culturale dominante mentre vengono disconfermati i comportamenti troppo dissonanti, secondo la teoria dell'« imitazione sociale » di Festinger(21). Lo stesso fenomeno sembra riferirsi al dolore: nelle culture in cui è socialmente e storicamente protetto (ad es. in quelle mediterranee) il comportamento del dolore tende ad essere esuberante, viceversa le culture nordiche o particolari aggregazioni religiose tendono ad estinguere l'espressività dolorosa.

La prima importante fonte d'imitazione è la famiglia, che trasmette le norme culturali ai figli. Le esperienze e gli atteggiamenti dei modelli familiari sono determinanti nell'informare la reattività di ognuno di fronte al dolore. Di qui il ruolo fondamentale svolto dalle esperienze passate, soprattutto quelle infantili, nello sviluppare modelli di comportamento che si manterranno operanti nella vita adulta. Ogni comportamento, è noto, può essere appreso: così il comportamento di fronte al dolore. In altre parole, genitori 'stoici' allevano verosimilmente figli 'stoici'; all'opposto, genitori con tendenze istrioniche modelleranno in tale chiave il comportamento dei loro figli.

L'aspetto semantico del dolore, vale a dire il precipuo significato che viene dato ad esso o alla situazione che lo produce, influenza anch'esso il grado e la qualità del dolore percepito. Le cronache della storia riportano esempi di soldati che si sottoposero stoicamente all'offesa delle armi senza mostrare alcun segno di dolore, dai legionari romani ai soldati cosacchi, a quelli napoleonici, ecc. Se Montaigne già osservava che « noi avvertiamo di più il colpo di bisturi del chirurgo che dieci colpi di spada nel calore

(20) ILLICH L., *op. cit.*

(21) FESTINGER L., *A Theory of Social Comparison Processes*, Human Relations, 1954, 117.

della battaglia», rilevazioni più recenti(22) sul comportamento di soldati gravemente feriti in battaglia durante la II Guerra Mondiale, documentarono che questi negavano l'esistenza di dolore e rifiutavano la somministrazione di analgesici. L'atteggiamento di questi soldati mutava radicalmente non appena essi rientravano nella vita civile.

La percezione dipende, oltre che dallo stato di vigilanza e dall'orientamento, anche dall'attenzione. In considerazione della funzione biologica primaria della nocicezione, l'attenzione agisce come un catalizzatore delle attività corticali superiori sullo stimolo, funzionando come un vero e proprio sinto-amplificatore di segnale. All'opposto, la distrazione, cioè la capacità di ri-orientare il fuoco dell'attenzione verso stimoli diversi da quello spiacevole, può esplicare una significativa azione di sollievo dal dolore. È noto, ad esempio, che Pascal, sofferente di nevralgie, e Kant, affetto da dolori gottosi, sopportavano molto meglio i propri dolori concentrandosi su problemi particolarmente ardui.

La memoria è alla base dell'esperienza e rappresenta non solo la sede del patrimonio culturale individuale ma anche un fondamentale strumento di elaborazione del pensiero e del comportamento, attraverso un continuo procedimento di comparazione dei dati sensoriali ed esperienziali acquisiti con quelli già appresi e memorizzati. Si comprende perciò l'importanza rilevante della memoria nella percezione del dolore. Erickson(23) opportunamente ricorda che il dolore di un momento è soltanto 1/3 dell'esperienza che il soggetto realmente vive, perché 1/3 è rappresentato dalla memoria di esperienze dolorose passate e 1/3 è costituito dalla memoria futura, vissuta come ansia anticipatoria di percezioni dolorose.

Anche l'ansia incide sulla esperienza del dolore, agendo come un formidabile amplificatore del segnale nocicettivo e riducendo sensibilmente la tolleranza ad esso.

(22) BEECHER H. K., *Measurement of Subjectives Responses*, University Press, Oxford, 1959.

(23) ERICKSON M. H., An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control, in LASSNER J. (a cura di) *Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Springer-Verlag, New York, 1967.

Al contrario, il rilassamento ideo-motorio, le 'manipolazioni' cognitive o la suggestione possono operare come occlusivi della percezione dolorosa.

Va infine ricordato l'« effetto placebo», definito come l'azione psicofisiologica indotta da una sostanza farmacologicamente inerte e che agisce per un meccanismo psicologico. Da un'ampia sperimentazione clinica(24) è risultato che ben il 35% di pazienti affetti da sintomatologia dolorosa di varia eziologia traeva un sostanziale sollievo da un placebo. Molto recentemente è stata avanzata l'ipotesi (25) che P« effetto placebo » possa essere mediato dall'attivazione di Endorfine, in quanto è stato dimostrato che l'effetto analgesico è reversibile con la somministrazione di naloxone, specifico antagonista morfino.

a) // *Comportamento del Dolore.* — L'esperienza del dolore, particolarmente di quello cronico, si caratterizza, oltre che sul piano sensoriale, anche su quello del comportamento, come risposta alla sensazione algogena. Verbalizzazioni, gestualità, atteggiamenti posturali, condotte di evitamento, ecc. concorrono a formare il « comportamento del dolore » (Tain Behavior').

Come ogni comportamento, anche quello del dolore può essere appreso ed essere soggetto all'influenza delle contingenze ambientali. Ovviamente ciò non significa che esso debba instaurarsi necessariamente 'per' un processo di apprendimento, ma semplicemente che può essere sostenuto e controllato da fattori condizionanti appresi. Esistono infatti non pochi casi di dolore cronico in cui il sintomo sembra manifestarsi in assenza di una lesione organica o persistere anche quando l'evento causale sia cessato o sia stato rimosso. Il dolore allora non ha più alcuno scopo biologicamente utile, è anzi presumibile che un comportamento sviluppatosi per evitare il dolore non richieda più la presenza dello stimolo al-gogeno per continuare a manifestarsi (26).

(24) BEECHER H. K., *op. cit.*

(25) LEVINE J. D., GORDON N. C., FIELDS H. L., The Role of Endorphins in Placebo Analgesia, in BOMICA e al. (a cura di) *Advances in Pain Research and Therapy*, III, Raven Press, New York, 1979, 547-551.

(26) FORDYCE W. R., Pain Viewed as Learned Behavior, in BONICA J. J.

L'attenzione premurosa e sollecita dell'ambiente medico e familiare, il riposo fisico, l'assunzione di farmaci analgesici 'al bisogno', le condotte di evitamento atte ad escludere, ridurre o posporre l'evento nocicettivo, agiscono come cospicui « rinforzi positivi » di un Condizionamento Operante (distinto da quello strumentale pavloviano perché potenzialmente sottoposto a controllo della volontà) che tende a perpetuare il microcosmo del Dolore.

b) *Dolore e Comunicazione*. Il Dolore Cronico presenta infine un importante aspetto comunicazionale, configurandosi come un sintomo capace d'influenzare profondamente l'ambiente del malato. Da esperienza intrapsichica individuale, il dolore può dunque assumere un non trascurabile, anche se misconosciuto, ruolo di rapporto interpersonale. In tale prospettiva, esso può esprimere una forma di comunicazione analogica (in quanto utilizza segni che stanno in rapporto di somiglianza con gli oggetti che designano), prelogica ed arcaica, finalizzata al controllo della relazione, secondo la teoria della comunicazione (27). Il dolore può dunque esprimere l'unica reazione possibile ad un contesto relazionale fortemente disturbato: una comunicazione 'sintomatica', e quindi patologica, capace d'imporre però una relazione paradossale 'vincente', rinforzata, per giunta, dal contesto socio-culturale (la 'punteggiatura') in cui essa avviene. Il Dolore parla infatti un linguaggio universale, quello della sofferenza e della malattia, accessibile a chiunque, e culturalmente e socialmente protetto. Attraverso questo linguaggio il soggetto può elicitare diverse e talora contrastanti modalità di relazione: può richiedere aiuto ed attenzione, oppure esprimere rifiuto ad una situazione insostenibile o infine, imporre il controllo della relazione con la « supremazia del dolore » (28). Si innescano così una serie di transazioni, i cosiddetti « giochi del dolore » ('Pain Games', che coinvolgono l'ambiente familiare e me-

la cura di), *Advances in Neurology*, voi. 4. *International Symposium on Pain*, Raven Press, New York, 1974, 415-422.

(27) DE BENEDITTIS G., Il modello ipno-comunicazionale nel trattamento del dolore cronico, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *cit.*, 1979, 163.

(28) SZASZ TH. S., The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of l'Homme Dououreux, in SOULARAIC A., CAHN I., CHARPENTIER J. (a cura di), *Pain*, Academic Press., London, 1968, 93.

dico e che finiscono col condurre ad una paradossale escalation di modelli patologici di comportamento (29).

e) *Il Sistema del Dolore*. L'universo del dolore si è dunque rivelato uno spazio multidimensionale ben più vasto e complesso del semplice dato sensoriale e del lineare rapporto S-R (stimolo-risposta), rendendo ragione della sostanziale inadeguatezza degli approcci 'parcellari' (neurofisiologico, psicologico, farmacologico, ecc).

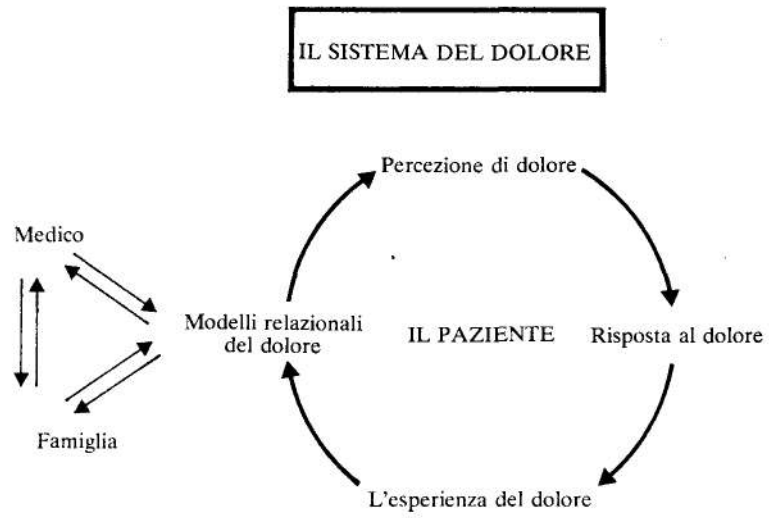


Fig. 2. Il Sistema del Dolore.

Da G. DE BENEDITTIS, A New Strategy for Chronic Pain Control: the Multi-modal Approach (MMA). Preliminary results. Part I & II, in *J. Neurosurg. Sci.*, 1979, 3, 183-200.

L'incertezza epistemologia e l'indecidibile contrapposizione tra approcci differenti e, talora, antitetici possono essere risolte solo a condizione che il fuoco dell'attenzione si sposti dall'oggetto astratto (II dolore) al soggetto reale dell'esperienza (II paziente che

(29) STERNBACH R. A., *Pain Patients: Traits and Treatment*, Academic Press, New York, 1974.

soffre), aderendo così ad una visione 'olistica' del problema, che restituisca la fondamentale individualità dell'esperienza del Dolore come espressione dell'« unità sociopsicobiofisica della Persona » (30). Questa esperienza può rappresentarsi come un Sistema centrato sul soggetto (Il paziente) e articolato in una serie di coordinate che includono il dato percettivo sensoriale (la percezione del dolore), la risposta al dolore (il comportamento del dolore), il vissuto del paziente (l'esperienza del dolore) e, infine i modelli interattivi familiari e medici (i giochi del dolore).

Il modello sistemico comporta la sostituzione del vecchio principio deterministico della causalità lineare progressiva con il principio della circolarità. Causa ed effetto sono spesso indistinguibili, perché non v'è principio né fine nel cerchio, ma questi sono elementi d'un sistema che s'influenzano reciprocamente secondo un meccanismo di correzione d'errore (feed-back negativo) finalizzato al mantenimento dell'omeostasi del Sistema.

5. Poche esperienze o fenomeni biologici presentano aspetti così peculiari e differenze così rilevanti come il *dolore acuto e cronico*. La comune esperienza di stimoli algogeni rende evidente una considerazione basilare: il dolore è un'afflizione penosa, ma utile. Esso infatti rappresenta una « spia di specifiche avarie somatiche » (31), vale a dire un segnale di pericolo che si manifesta ogni qualvolta l'integrità biologica dell'individuo venga violata da una lesione traumatica o da un evento patogeno. Sul piano fisiologico, il dolore acuto elicit, oltre alla sensazione spiacevole, un 'pattern' di risposte caratteristico di un'emergenza biologica e che denota l'interessamento del sistema nervoso autonomo (S.N.A.) in generale e del simpatico in particolare: tachicardia, tachipnea, aumento della pressione arteriosa, ecc. Queste risposte biologiche hanno un chiaro significato di difesa e preparano le due principali modalità di reazione di fronte ad un segnale di pericolo: l'attacco o la fuga. Per questo, il fattore emotivo più frequentemente associato al dolore acuto è, come nelle condizioni di pericolo, l'ansia, la quale, appunto, presenta gli stessi 'patterns' fisiologici.

(30) LACHMAN S. J., / *disturbi psicosomatici*, Franco Angeli, Milano, 1977.

(31) ILLICH I., *op. cit.*

Da questo punto di vista, il dolore acuto assume un significato positivo, in quanto attira l'attenzione del paziente e del medico su una minaccia reale o potenziale: è quindi semanticamente 'comprensibile' al soggetto, che può legittimamente attendersi dal medico una soluzione pronta e completa alle sue sofferenze. Il concetto di reversibilità e la prerogativa di rientrare nel modello bio-medico di malattia (32), in virtù del quale, una volta riconosciuta e rimossa la causa, il sintomo scompare; sono dunque le caratteristiche proprie del dolore acuto.

Affatto differente e con caratteristiche che lo distinguono da tutte le altre affezioni croniche è il dolore cronico, intendendo, per convenzione, un dolore di durata superiore ai 6 mesi.

Sul piano fisiologico si assiste ad un progressivo esaurimento delle risposte del S.N.A. (Sistema Nervoso Autonomo) che, evidentemente, non può essere più di alcun aiuto. Sul piano psicologico, una delle differenze più importanti con il dolore acuto risiede nell'impossibilità da parte del paziente (e spesso da parte del medico) di dare un significato, di comprendere il proprio dolore. Del resto, un segnale d'allarme che non può essere evitato né trattato perde inevitabilmente la sua connotazione 'positiva' e diventa un 'ma-lum' fine a se stesso. È questo il caso, non infrequente, di un dolore di cui non si riesca ad identificare l'agente causale, o il caso in cui la rimozione della causa presunta (ad es., un ernia discale in un paziente con lombosciatalgia) non allevia il sintomo, o infine il caso in cui esiste una sproporzione manifesta tra causa accertata e sintomatologia sviluppata. In situazioni di questo tipo, il dolore è « senza significato, senza aiuto e senza speranza » (33), perché non v'è nulla di più intollerabile di ciò di cui si ignora la causa e il significato, e perché le possibilità di guarigione vengono sistematicamente contraddette dalle frustrazioni d'ogni giorno. Il dolore allora viene vissuto come una sorta di oscura punizione (dal latino 'poena'), per un male di cui non ci si sente responsabili e comunque ignoto alla coscienza.

(32) FORDYCE W. R., *op. cit.*, 1974.

(33) LE SHAN L., The World of the Patient in Severe Pain of Long Duration, in *J. Chron. Dis.*, 1964, 17, 119 s.

Col passare del tempo e l'inevitabile accumularsi di iter diagnostici sterili e d'insuccessi terapeutici, l'ansia iniziale cede il posto ad una cupa reazione depressiva, espressione di un progressivo, inesorabile ritiro dell'Io dai propri investimenti affettivi. L'universo del paziente si va restringendo sempre più all'ambiente dei propri familiari o gravita intorno alle corsie di un ospedale. E nel mentre il mondo reale dissolve, tutta la vita del paziente si piega penosamente su se stessa, catalizzata ossessivamente dall'indistruttibile nucleo dell'esperienza dolorosa.

Nel frattempo la 'carriera della sofferenza' (34) prosegue il suo iter diagnostico-terapeutico, in una escalation incessante. Questa trafila, carica di rischi (ad es., di tossicodipendenza da farmaci), approda generalmente a due estreme possibilità: il neurochirurgo o, più raramente, lo psichiatra. Ambedue le vie esitano quasi sempre in un insuccesso terapeutico, in quanto pretendono di risolvere semplicisticamente e settorialmente il problema posto dal paziente, ignorandone, spesso, le « offerte profonde » (35). La spirale della sofferenza allora continua il suo corso, senza fine apparente.

Un problema a parte nell'ambito del dolore cronico è rappresentato dal dolore in pazienti 'terminali' (ad es. da cancro avanzato). È ben noto come, purtroppo, l'incidenza del sintomo 'dolore' in questi pazienti raggiunga valori altissimi, dal 60 all'80% (36). In essi, in aggiunta alla sofferenza diretta prodotta dal dolore, si assiste sovente ad una progressiva, talora drammatica compromissione delle funzioni fisiologiche vitali, accompagnata ad un inarrestabile isolamento psicologico e sociale. È evidente, perciò, che gli aspetti comportamentali e comunicazionali del Dolore acquistano, in questi pazienti, significati affatto diversi da quelli riscontrabili in soggetti con dolore cronico benigno e, come tali, devono essere affrontati e trattati.

(34) SZASZ TH. S., *Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings*, Basic Books, New York, 1975.

(35) BALINT M., *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.

(36) BONICA J. J., Importance of the Problem, In *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 2: International Symposium on Pain of Advanced Cancer, Raven Press, New York, 1979, 1-12.

6. *Dolore somatico e dolore psicogeno* costituiscono i due poli di riferimento di una dicotomia ancora ampiamente operante e che trae la sua ragione più da atteggiamenti, pregiudizi e convinzioni personali che dall'evidenza clinica. Mentre il concetto di dolore « somatico » è intuitivo e definisce il sintomo 'dolore' come epifenomeno di una obiettivabile patologia organica, il concetto di dolore « psicogeno » è molto più arduo da definire. Nella pratica clinica esso ha finito col diventare una diagnosi puramente deduttiva ed 'in negativo'. Si tende cioè a classificare come « psicogeno » ogni dolore che non abbia un definito correlato organico. Ma « dal punto di vista della persona soggetto dell'esperienza non v'è nulla di simile al dolore 'psicogeno' » (37), in quanto ogni dolore è sempre 'reale' e porta un eguale carico di sofferenza.

La dicotomia tra dolore « somatico » e « psicogeno » ha condotto ad una diversificazione nell'approccio al paziente, operando più o meno inconsciamente una sorta di discriminazione tra paziente e paziente (quasi sempre a scapito di quelli il cui dolore ha il 'demerito' di non manifestare cause organiche apparenti) nei procedimenti diagnostici e nelle condotte terapeutiche che, lungi dall'agevolare la comprensione del problema, rischia di fuorviarne le possibili soluzioni.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, non v'è alcuna conclusiva evidenza clinico-sperimentale che deponga in favore del modello del «doppio stato», vale a dire del dolore «somatico» e «psicogeno» come di due entità separate e distinte(38). Al contrario, si vanno accumulando sempre più indizi e dati che riflettono il carattere unitario dell'esperienza del dolore. Si ritiene pertanto «preferibile non insistere nel classificare un dolore come "somatico" o "psicogeno", ma piuttosto valutare se sia più utile una descrizione in termini fisici o psicologici » (39). Il dolore cronico infatti può essere concepito più propriamente come un « continuum », ad un'estremità del quale prevalgono gli stimoli periferici nocicettivi ed all'altra i fattori psicogeni, intesi come stimoli provenienti dal

(37) SZASZ TH. S., *da ultimo cit.*

(38) DE BENEDITTIS G., *Introduzione allo studio ed alla terapia del dolore*, Libreria scientifica già Ghedini, Milano, 1978, 125.

(39) STERNBACH R. A., *op. cit.*

milieu interno. In tal modo la « esonocicezione » e la « inonocicezione » rappresentano l'alfa e l'omega di una medesima esperienza.

7. L'efficacia dell'ipnosi nel controllo del dolore è ben nota da tempo. Tuttavia mancava all'esperienza clinica il supporto di una convincente ricerca sperimentale che sottraesse la pratica ipnotica al sospetto, fin troppo diffuso, di un certo empirismo e, al tempo stesso, fornisse la garanzia di una correlazione metodologicamente ineccepibile tra ipnosi e controllo del dolore. Era inoltre viva l'esigenza di un modello teorico-sperimentale che chiarisse i *meccanismi dell'analgèsia ipnotica*.

Molto recentemente (40) numerosi quesiti hanno trovato risposta in una serie esemplare di esperimenti condotti presso l'« Hypnosis Laboratory Research » della Stanford University (U.S.A.) a cura di Josephine ed Ernest Hilgard. Va indicato, in via preliminare, che gli esperimenti degli Hilgard hanno avuto in oggetto non situazioni cliniche ma sperimentali (indotte con metodiche ischemizzanti o termiche), e non croniche ma acute, con tutte le riserve ed i limiti che simili metodologie comportano.

Una prima serie di esperimenti ha correlato l'effetto antalgico con il livello d'ipnotizzabilità, rilevando come il controllo del dolore sia direttamente proporzionale alla profondità della trance ipnotica (misurata con la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, S.H.S.S.). Ben il 67% dei soggetti volontari altamente ipnotizzabili riferiva una diminuzione della percezione dolorosa superiore ad 1/3 del livello percepito da svegli. La percentuale scendeva col diminuire del livello d'ipnotizzabilità, tuttavia l'ipnosi risultava di qualche efficacia anche in soggetti scarsamente ipnotizzabili (ipoalgesia superiore al 10% in poco meno della metà dei soggetti).

Una seconda serie di esperimenti ha vagliato la possibilità che il soggetto ipnotizzato dimostri di tollerare più dolore di quanto in realtà non avverta, allo scopo di compiacere, più o meno inconsapevolmente, lo sperimentatore. Si è cercato, in pratica, di verificare sperimentalmente uno dei paradigmi sull'ipnosi, quello noto

(40) HILGARD E. R., HILGARD J. R., *Hypnosis in the Relief of Pain*, William Kaufmann, Los Altos, Ca., 1975.

come 'role enactment' ('assunzione di un ruolo') di Sarbin e Coe (41), secondo cui la fenomenologia della trance ipnotica sarebbe legata all'assunzione inconscia, da parte del soggetto, di un 'ruolo' suggerito dall'ipnotista ed accettato sulla base di un positivo rapporto transferale. Per depistare questa eventualità, è stato utilizzato un gruppo di confronto di simulatori, introdotti da Orne (42) in ipnosi sperimentale. Nonostante il tentativo di comportarsi come persone ipnotizzate, i 'simulatori' si sono rivelati molto meno tolleranti al dolore dei soggetti ipnotizzati (-f-16% di tolleranza contro il +45%). La differenza non può che attribuirsi all'effetto della suggestione ipnotica; è stato anche dimostrato che la semplice induzione ipnotica (la cosiddetta « ipnosi neutra ») non produceva alcun aumento significativo della tolleranza al dolore.

Da parte di taluni (43) è stata avanzata l'ipotesi che l'effetto analgesico dell'ipnosi possa attribuirsi ad una sorta di « effetto placebo ». Un set di esperimenti condotti da Me Glashan et al. (44) ha però convincentemente documentato come l'analgesia ipnotica sia molto più efficace del placebo in soggetti altamente ipnotizzabili, mentre in soggetti con scarsi livelli di trance è praticamente sovrapponibile ad esso.

Uno degli esperimenti consisteva nel legare un laccio emostatico al braccio di un soggetto che doveva continuare a compiere un certo esercizio finché vi riusciva. L'esercizio era di schiacciare una peretta di gomma per pompare acqua; sia il tempo che la quantità di acqua pompata erano misurati, prima fino al punto in cui il soggetto annunciava di sentire dolore (soglia del dolore) poi fino a quando non riusciva più a compiere l'esercizio (tolleranza). Lo esperimento comprendeva un normale controllo senza ipnosi, una seconda fase con analgesia ipnotica ed una terza dopo aver som-

(41) SARBIN T. R., COE W. C., *Hypnosis: a Social Psychological Analysis of Influence Communication*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1972.

(42) ORNE M. T., On the Simulating Subject as a Quasi-Control Group in Hypnosis Research: What, Why and How, in FROMM E., SHOR R. E. (a cura di), *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, Aldine-Atherton, Chicago, 1972.

(43) BARBER TH., *Ipnosi: un approccio scientifico*, òit.

(44) ME GLASHAN T. H., EVANS F. J., ORNE M. T. The Nature of Hypnotic Analgesia and the Placebo Response to Experimental Pain, in *Psychosom. Med.*, 1969, 227.

ministrato il placebo. Come si è detto i risultati mostrarono che i soggetti non suscettibili all'ipnosi ottengono una riduzione di dolore equivalente sia con l'analgesia ipnotica che con il placebo, mentre la riduzione di dolore nei soggetti molto suscettibili all'ipnosi è di gran lunga migliore con l'analgesia ipnotica che con il placebo. Che l'azione dell'ipnosi non debba imputarsi solo ad una riduzione dell'ansia anticipatoria o presente, come invece è accertato per taluni tranquillanti come il diazepam (45), è stato dimostrato da Shor(46) in uno studio pilota con un gruppo di controllo.

In un altro studio molto recente (47) si sono confrontati i risultati di differenti procedure antalgiche: l'ipnosi, l'agopuntura, sia nei siti corretti individuati dalla medicina cinese, sia in siti qualunque, la morfina, il diazepam (conosciuto come « valium »), l'aspirina ed un placebo consistente in un prodotto chimicamente inerte, correlandole al grado di ipnotizzabilità dei soggetti. Il campione era composto da venti uomini di età variabile tra i diciotto ed i trenta anni. I due procedimenti impiegati per provocare sperimentalmente il dolore furono il bagno della mano in acqua gelata e l'ischemia da laccio emostatico.

In ogni sessione il soggetto era esposto due volte allo stimolo doloroso, una in condizione di controllo, cioè senza somministrare le procedure antalgiche, e l'altra in condizione sperimentale, cioè con le varie procedure antalgiche.

I tests sulla differenza tra dolore sperimentale e di controllo offrirono i seguenti risultati: l'ipnosi diede la più efficace analgesia in entrambi i tipi di dolore, acqua gelida e dolore ischemico. La morfina produsse significativi effetti antalgici su entrambi i tipi di dolore. La stimolazione mediante agopuntura dei siti veri fu un

(45) CHAPMAN C. R., FEATHER B. W., Effects of Diazepam on Human Pain Tolerance and Pain Sensitivity, in *Psychosom. Med.*, 1973, 330 s.

(46) SHOR R. E., Physiological Effects of Painful Stimulation during Hypnotic Analgesia under Conditions Designed to Minimize Anxiety, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1962, 183.

(47) STERN J. A., BROWN M., ULETT G. A., SLETTEN I., A Comparison of Hypnosis, Acupuncture, Morphine, Valium, Aspirin and Placebo in The Management of Experimentally Induced Pain, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Science, New York, 1977, 175 ss.

efficace agente per la regressione del dolore da acqua gelida, ma non raggiunse un livello così alto nel dolore ischemico. Nessuno degli altri 4 agenti: agopuntura nei siti falsi, diazepam, aspirina e placebo, mostrò efficacia nella regressione del dolore, come mostrato dai punteggi della figura 2. La percezione del dolore del soggetto riflessa nei suoi valori principali, minuto per minuto durante i 5 minuti, è illustrata alla figura 3

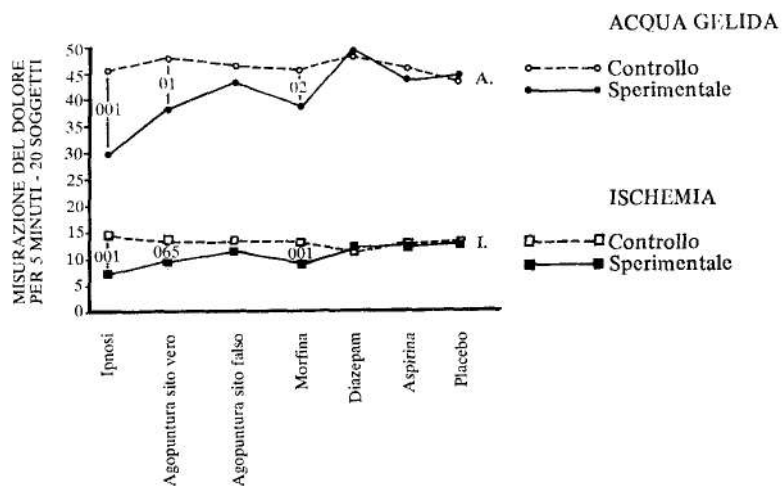


Fig. 3

Le fig. 3 (dolore da acqua gelida) e 4 (dolore ischemico) rivelano i valori per le tre condizioni in cui si era manifestata una regressione del dolore, confrontando la condizione sperimentale e quella di controllo.

La figura 6 mostra i risultati della scala di valori di dolore nei soggetti con alta e bassa suggestibilità ipnotica sia nella fase di controllo che sperimentale, sia nel dolore provocato da acqua gelida che da ischemia.

In entrambi gli esperimenti i buoni soggetti ipnotici ottennero una significativa riduzione del dolore mediante ipnosi o morfina in confronto con le sessioni di controllo. I soggetti ipnotici mediocri riportarono significativamente meno dolore con un agente, la mor-

fina, rispetto alla fase di controllo solo per il dolore ischemico; nella prova con l'acqua gelida non si ottennero significative differenze tra la fase di controllo e sperimentale nei medioeri soggetti, con nessuno dei 7 agenti.

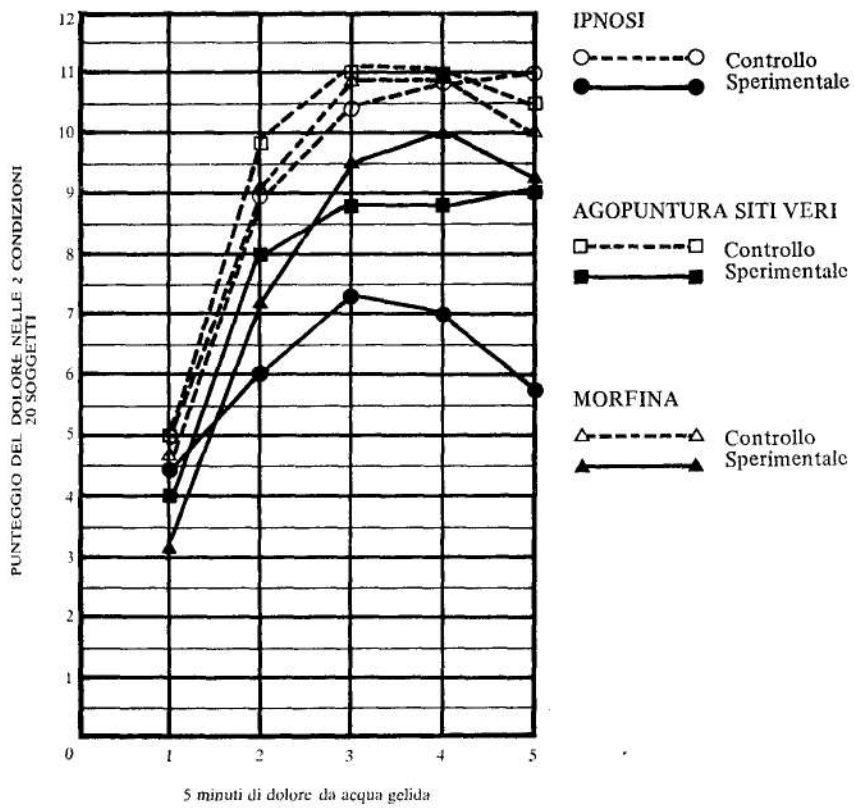


Fig. 4. Valori soggettivi del dolore minuto per minuto, con ipnosi, agopuntura nei siti veri e morfina.

In entrambi i tipi di esperimento la maggior « protezione » dal dolore fu ottenuta con la suggestione ipnotica di analgesia. La maggior efficacia dell'ipnosi nel ridurre il dolore nei soggetti suscettibili è stata così dimostrata ampiamente. (Fig. 7).

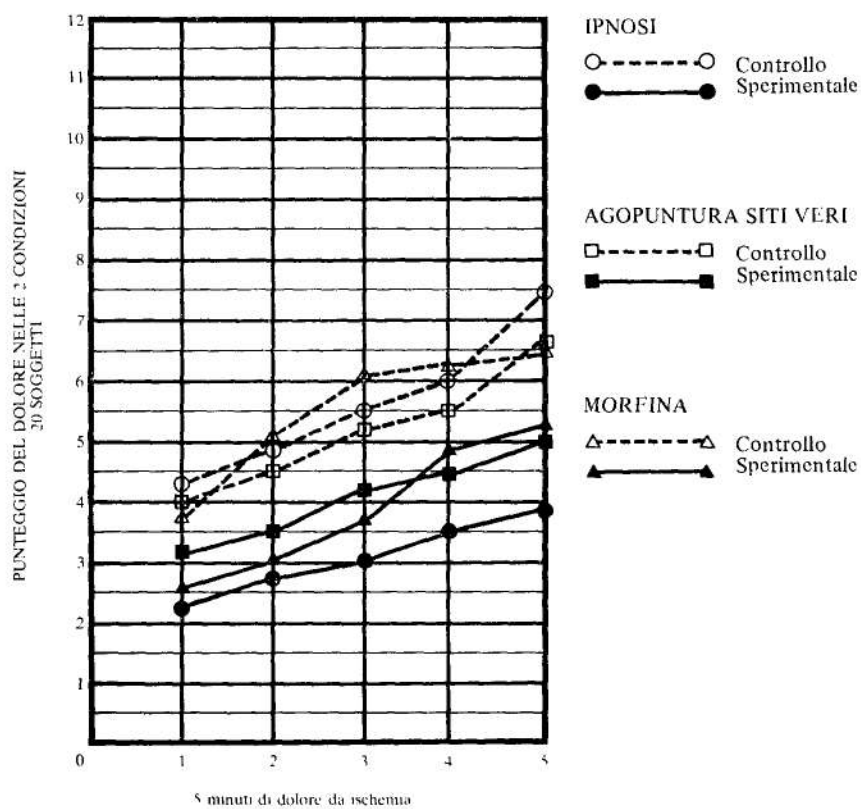


Fig. 5. Valori soggettivi del dolore minuto per minuto, con ipnosi, agopuntura nei siti veri e morfina.

La stimolazione con agopuntura dei siti veri ridusse significativamente il dolore indotto con il bagno freddo, anche confrontando i gruppi di controllo che non vennero sottoposti ad agopuntura. La stimolazione dei siti veri con l'agopuntura nel dolore ische-mico dimostrò invece una marginale riduzione del dolore. Quando furono analizzati i dati ottenuti con la stimolazione dei siti veri nel dolore provocato da acqua fredda, per distinguere tra buoni e mediocri soggetti ipnotici e per determinare l'effetto della suggestione sulla scala del dolore, non vennero trovate differenze significative tra i due gruppi. La suscettibilità ipnotica non sembra essere un fattore determinante negli effetti dell'agopuntura. I risul-

tati riguardanti la stimolazione con agopuntura dei siti falsi, danno risultati diversi. Non c'è nessuna riduzione di dolore in questa ipotesi se paragonata ai tests di controllo

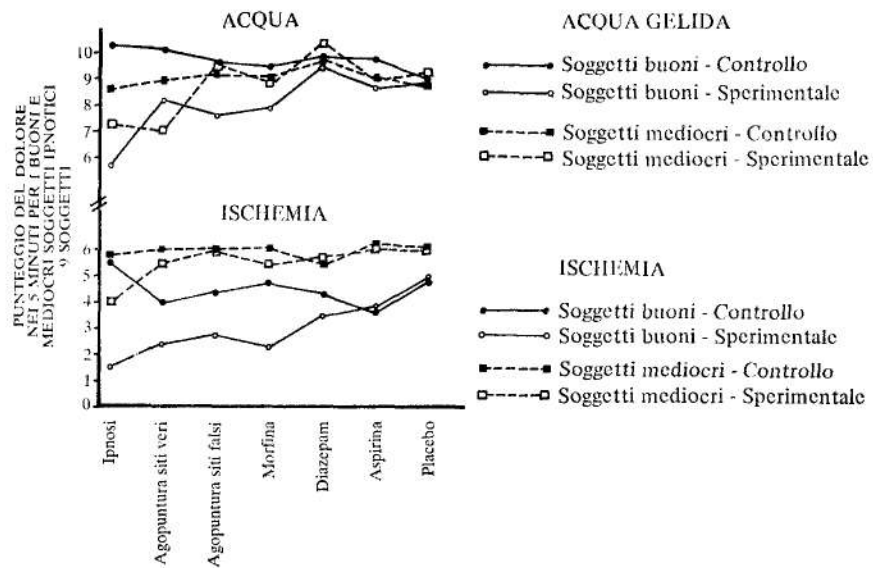


Fig. 6. I valori dell'intensità di dolore sotto le varie condizioni sperimentali per i gruppi di pazienti identificati come « buoni » o « mediocri » soggetti ipnotici.

La morfina fu il secondo più efficace antalgico per la regressione del dolore in entrambi i tests (fig. 2). Paragonando i risultati dei buoni soggetti ipnotici con i mediocri nell'esperimento con la morfina, questi risultati, nonostante non fossero significativi statisticamente, mostrarono che una maggiore riduzione era ottenuta dai buoni soggetti ipnotici. Questo non significa che la morfina non abbia una funzione organica nella riduzione del dolore; significa che i soggetti suscettibili ottennero anche la maggior riduzione nei due tipi di dolore differenti quando venne somministrata una dose di morfina.

LA TERAPIA

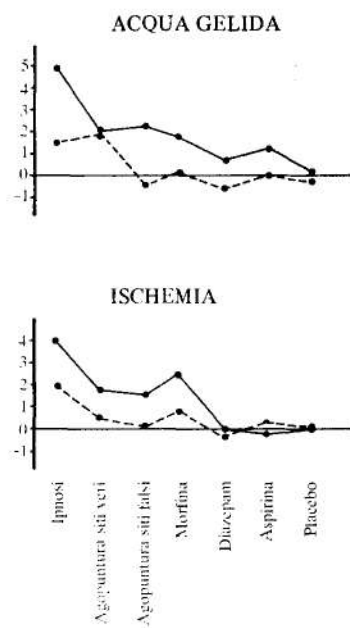


Fig. 7. Confronto tra le differenze dei valori di dolore per i soggetti buoni o mediocri con i punteggi dei dolori sperimentali e di controllo.

Nessuno degli altri tre agenti chimici, aspirina, diazepam e placebo, produsse una qualche significativa riduzione nell'intensità del dolore quando i gruppi sperimentale e di controllo vennero paragonati in entrambi i tipi di dolore. Quando vennero messi a confronto buoni e mediocri soggetti ipnotici, non si rilevò nessuna differenza significativa tra i due gruppi negli esperimenti eseguiti dopo la somministrazione dei tre farmaci. Interessante è che i soggetti con la più bassa suggestibilità sentirono più dolore nelle prove cui furono sottoposti dopo il diazepam. Per quanto riguarda aspirina e placebo non furono trovate significative differenze tra i valori totali del dolore dei buoni e mediocri soggetti ipnotici nei due tipi di dolore. Concludendo i fattori più efficaci nel ridurre il dolore indotto sperimentalmente, sono perciò apparsi nell'ordine: l'ipnosi poi la morfina e la stimolazione con agopuntura, e questo in entrambi i tipi di dolore. Inoltre i buoni soggetti ipnotici prova-

no più dolore di quelli mediocri quando sono esposti allo stesso procedimento di induzione del dolore. L'effetto è più marcato per il dolore da acqua gelida che per quello ischemico. I buoni soggetti ipnotici sono più rispondenti, cioè mostrano una maggior riduzione nella percezione del dolore, ai farmaci e ai procedimenti di intervento che producono significative sensazioni (morfina e dia-zepam) che soggetti mediocri. Questo non vale per aspirina e pia-cebo. Inoltre i soggetti di medioere suscettibilità ipnotica tendono a percepire stimoli dolorosi quando sono sotto l'influenza del dia-zepam se paragonata alla condizione di non dipendenza dai farmaci. Gli Hilgard hanno valutato l'effetto dell'ipnosi sui cosiddetti « indicatori fisiologici » del dolore. Questi possono essere sottoposti al controllo della volontà (come la mimica, la verbalizzazione, la gestualità, ecc.) oppure involontari, come l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, la modificazione del riflesso psicogalvanico, ecc. La maggioranza degli autori (48) ritiene che l'analgesia ipnotica non modifichi apprezzabilmente gli indicatori involontari del dolore. In altre parole si realizzerebbe l'apparente paradosso di chi, in ipnosi, avverte la sensazione nocicettiva (come rivelato dall'attivazione del S.N.A. in risposta ad una condizione di stress) ma non la percepisce come tale, creandosi una concreta discrepanza tra la componente sensoriale-discriminativa e quella motivazionale-affettiva del dolore. Un primo gruppo di esperimenti, condotti con metodiche di dolore da freddo, (immersione della mano in acqua gelida) ha confermato i dati più accreditati in letteratura, tuttavia un esperimento successivo (49), eseguito con metodiche di dolore ischemico (laccio emostatico) in soggetti altamente ipnotizzabili e ben allenati, ha sorprendentemente documentato la pressoché completa abolizione degli indicatori involontari, così come già segnalato da

(48) BARBER TH. X., HAHN K. W., JR., Physiological and Subjectiv Response to Pain Producing Stimulation under Hypnotically-Suggested and Waking-Imagined «Analgesia», in *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1962, 411; SHOR R., *op. cit.*; EVANS M. B., PAUL G. L., Effects of Hypnotically Suggested Analgesia on Physiological and Subjectives Responses to Cold Stress, in *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1970, 362.

(49) HILGARD E. R., MORGAN A. H., Heart Rate and Blood Pressure in the Study of Laboratory Pain in Man under Normal Conditions and as Influenced by Hypnosis, in *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 1976, 741.

il risultato di un blocco sinaptico a livello spinale cosicché lo stimolo nocicettivo non raggiunge i centri corticali superiori». La formulazione è differente ma la supposizione è un'importante anticipazione della teoria del « gate contrai » di Melzack e Wall (56). Successivamente lo stesso Wall (57) ha proposto un'interpretazione dell'analgesia ipnotica compatibile con la teoria del « gate contrai ». Le suggestioni dell'ipnotista potrebbero ristrutturare il set dei sistemi afferenti sensoriali 'modificabili' (prevalentemente la via 'paleo-spinotalamica') sopprimendo non soltanto i messaggi che attivano la sensazione cosciente ma anche alcuni riflessi segmentali locali (58). L'ipnosi non modificherebbe invece, sempre secondo Wall, la componente sensori-discriminativa del dolore, veicolata dalla più 'rigida' via neo-spinotalamica, come dimostrato anche dalla invariabilità dei potenziali evocati somato-sensoriali corticali (59), espressione elettrofisiologica dell'attività di questa via.

Più recentemente, il sempre maggior rilievo assunto dai meccanismi centrali di modulazione dell'input nocicettivo (soprattutto gli oppiati interni) ha indotto alcuni ricercatori ad esaminare eventuali correlazioni tra analgesia ipnotica e sostanze endogene mor-fino-simili. I risultati dei primi esperimenti (60) rilevano che, a differenza dell'analgesia da agopuntura (61) e da ipnosi animale (62),

(56) MELZACK R., WALL P. D., *op. cit.*

(57) WALL P. D., The Physiology of Controls on Sensory Pathways with Special Reference to Pain, in CHERTOK L. (a cura di), *Psychophysiological Mechanisms of Hypnosis*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1969, 107 s

(58) FINER B., Clinical Use of Hypnosis in Pain Management, in BONICA J. J. e al. (a cura di), *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 2, International Symposium on Pain of Advanced Cancer *cit.*, 223; Sympathetic Outflow in Human Skin Nerves during Hypnosis, *Relazione al li Congresso Mondiale sul Dolore*, Montreal, 1978. (In stampa).

(59) HALLIDAY A. M., MASON A. A., Cortical Evoked Potentials during Hypnotic Anesthesia, in *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 1964, 314.

(60) GOLDSTEIN A., HILGARD E. R., Lack of Influence of the Morphine Antagonist Maloxone on Hypnotic Analgesia, in *Proc. Nat. Acad. Sci.*, 1975, 2041; BARBER J., MAYER D., Evaluation of the Efficacy and Neural Mechanism of Hypnotic Analgesia Procedure in Experimental and Clinical Dental Pain, in *Pain*, 1977, 41.

(61) POMERANZ B., *op. cit.*

(62) CARLI G., FARABOLLINI F., PONTANI G., Pain and Animal Hypnosis.

la analgesia ipnotica non viene minimamente influenzata dalla somministrazione di naloxone. Bisogna quindi dedurre che l'ipnosi non sembra utilizzare il sistema di analgesia endogena degli oppiati interni, pur non potendo escludere l'interessamento di altri sistemi discendenti di modulazione del dolore non morfino-simili.

b) // *paradigma psicofisiologico: la teoria « neo-dissociativa »*.
— I meccanismi psicofisiologici attraverso cui l'ipnosi modificherebbe la percezione dolorosa possono essere differenti e, probabilmente, sinergici.

Secondo Orne(63) sarebbero sostanzialmente due: 1) allucinazioni somestetiche negative, evocate dalla procedura ipnotica e favorite da una forte motivazione. 2) Un processo di trans-identificazione, con cui il paziente s'identifica nell'operatore, visto come una persona competente e capace di farsi carico della situazione in atto, di promuovere aspettative ed anticipazioni del sollievo richiesto, di ridefinire l'esperienza sensoriale come uno stimolo di forte intensità ma non più come dolore.

Gli esperimenti di laboratorio e le osservazioni cliniche hanno rivelato un singolare paradosso quando il dolore viene alleviato mediante ipnosi: la percezione del dolore viene riferita come significativamente diminuita, mentre gli indicatori fisiologici involontari rimangono immutati, più o meno completamente, rispetto allo stato di veglia. Ciò vuoi forse significare che il dolore viene registrato ad un certo livello, ma ignorato o dimenticato ad un altro livello cognitivo, realizzandosi quella che Rosen(64) aveva definito una sorta di «lobotomia psicologica»?

Further Studies on the Effects of Morphine and Naloxone, *Relazione al II Congresso Mondiale sul Dolore*, Montreal, 1978. (In stampa); TAKESHIGE G., LUO C. P. KAMADA Y., OKA K., MURAI M., HISAMITSU M., Relationship between Mid-brain Neuron (Periacqueducta Central Gray and Midbrain Reticular Formation) and Acupuncture Analgesia, Animal Hypnosis, in *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 3, Proceedings of the Second World Congress on Pain, cit., 615.

(63) ORNE M. T., Pain Suppression by Hypnosis and Related Phenomena, in BONICA J. J. (a cura di), *Advances in Neurology*, cit., 563.

(64) ROSEN H., Hypnosis: Applications and Misapplications, in *J.A.M.A.*, 1960, 683 s.

La risposta a questo enigma sembra essere fornita dagli Hilgard(65) con la teoria «neo-dissociativa», elaborata come risultato di una serie di esperimenti che hanno preso l'avvio da una osservazione fortuita.

Nel 1973 E.R. Hilgard stava eseguendo un esperimento di sordità ipnotica in un volontario cieco. Il soggetto, in stato di trance profonda, sviluppò, dietro opportune suggestioni, una sordità completa: l'operatore allora gli si rivolse chiedendogli se, nonostante la sua condizione di sordità, vi fosse « una qualche parte » in lui che potesse udire le sue parole e segnalare ciò muovendo, per esempio, un dito d'una mano. Con grande sorpresa di Hilgard il dito si mosse ed il soggetto lo supplicò di restituirgli l'udito, in modo che egli potesse apprendere ciò che gli stava succedendo. Al risveglio dalla trance ipnotica, egli riferì che, una volta in ipnosi, era diventato completamente sordo al comando dell'istruttore; ad un certo punto, tuttavia, egli aveva avvertito un dito muoversi e non aveva saputo spiegarsi come e perché.

Questa osservazione dimostrava che un soggetto ipnotizzato, benché reso 'escluso' da ogni fonte di stimoli (ad es. visivi ed uditivi) poteva nondimeno registrare informazioni di ciò che stava accadendo. Veniva anche provato che ciò che era sconosciuto all'Io ipnotizzato del soggetto (ad es. l'informazione uditiva) poteva essere recuperato e slatentizzato dall'operatore. Hilgard ha coniato il termine di « osservatore nascosto » ('thè hidden observer'), "metafora per indicare processi cognitivi occorrenti ad un differente livello e non disponibili ordinariamente alla coscienza della persona ipnotizzata.

Le deduzioni scaturite da questa osservazione vennero applicate dagli Hilgard al probema dell'analgesia ipnotica. Gli esperimenti, eseguiti con la tecnica di stimoli termici, furono praticati su 20 volontari altamente ipnotizzabili per poter evocare il fenomeno della 'scrittura automatica', che aveva sostituito, perché di più agevole realizzazione, la 'parola automatica', cioè la risposta alla suggestione di parlare senza essere consapevoli di quanto si dice, della prima osservazione. In pratica, mentre il soggetto ipno-

(65) HILGARD E. R., HILGARD J. R., *op. cit.*

tizzato riportava una ridotta percezione dolorosa a livello « scoperto » ('overt pain'), una parte di lui (P« osservatore nascosto ») provvedeva a trascrivere il livello d'intensità dolorosa « coperta » ('covert pain'). I volontari vennero esaminati in tre condizioni: *a*) stato di veglia, *b*) suggestione 'vigile' di analgesia, *e*) suggestione ipnotica di analgesia. Per queste due ultime condizioni si valutarono i livelli « scoperti » e « coperti » di dolore percepito : ovviamente la risposta « coperta » non poteva essere evocata che retrospettivamente. In altre parole, dopo la risposta « scoperta » in stato di suggestione vigile, il soggetto veniva ipnotizzato e, tramite la 'scrittura automatica', veniva reinterrogato sulla intensità di dolore « coperto » percepita in precedenza durante l'esperimento. Un procedimento analogo venne adottato dopo l'esperimento di suggestione ipnotica: il soggetto in ipnosi riferiva il livello di dolore « scoperto »; l'esperimento veniva quindi interrotto e, attraverso la 'scrittura automatica', l'« osservatore nascosto » veniva, per così dire, interrogato sul livello di dolore 'coperto' precedentemente avvertito.

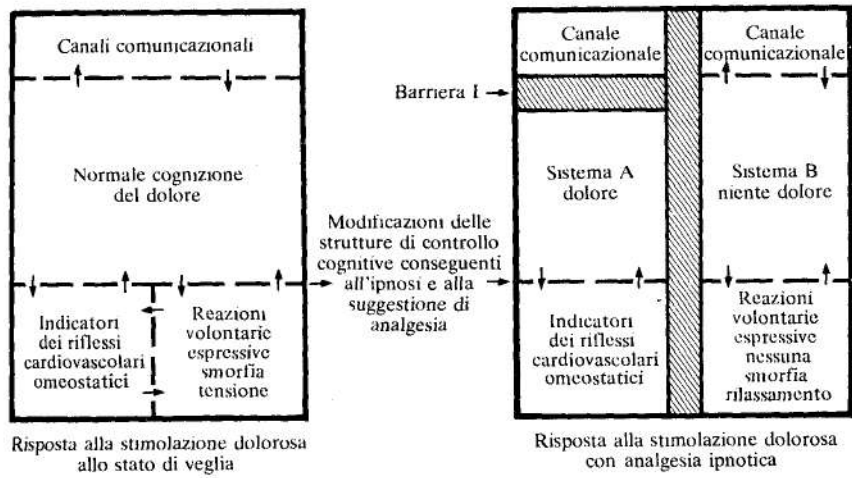


Fig. 8

I risultati degli esperimenti hanno dimostrato che in condizioni di suggestione vigile i soggetti riportavano una diminuzione media del 40% del dolore percepito da svegli; inoltre, i livelli di

dolore « scoperto » e « coperto » erano praticamente equivalenti. In condizioni di analgesia ipnotica, invece, i soggetti riportavano una riduzione del 70% del livello di dolore (quindi quasi doppia rispetto a quella ottenuta in stato di suggestione vigile). Di grande interesse, infine, fu l'osservazione, unanimemente riferita dai soggetti, che il dolore « coperto » aveva sì un'intensità sensoriale ben più alta di quello « scoperto », tuttavia esso non era accompagnato da alcun particolare stato di sofferenza o di pena. Valga per tutti il commento di un volontario : « La parte nascosta sa che il dolore è lì, ma non sono sicuro che lo "senta" veramente».

Le conclusioni di queste esperienze possono così riassumersi: 1) In stato d'ipnosi esistono livelli cognitivi multipli, tra loro non comunicanti. 2) L'ipnosi non è sinonimo di suggestione, come sostenuto da taluni (66) ed sensibilmente più efficace di questa nel controllo del dolore.

Hilgard ed Hilgard (67) hanno riconsiderato la « Teoria Dissociativa » di Janet, proponendo una formulazione aggiornata e, in parte, differente dal modello originario. Lo schema teorico è rappresentato nella figura 8. A sinistra è raffigurata la condizione cognitiva in stato di veglia, durante la stimolazione nocicettiva. La normale risposta, in queste circostanze, è data dalla 'percezione del dolore': tutti i canali di comunicazione intrapsichici ed interpersonali sono pervii. Non v'è dunque alcuna barriera per la verbalizzazione o per la libera espressione degli indicatori fisiologici del dolore (volontari ed involontari). A destra sono schematizzate le modificazioni delle strutture di controllo cognitive, conseguenti alla induzione ipnotica ed alla suggestione di analgesia. Appare manifesto uno 'split' tra i due principali sistemi cognitivi, il Sistema A ed il Sistema B. Il sistema A (corrispondente al cosiddetto 'osservatore nascosto') conserva una normale percezione del dolore, ma a causa di una barriera di comunicazione (Barriera 1) questa cognizione rimane 'coperta' ('covert pain'), a meno che non venga 'liberata' con la tecnica della scrittura automatica. Esiste poi una seconda barriera di comunicazione (Barriera 2) tra il Sistema B ed il Si-

(66) BARBER T. X., *Ipnosi: un approccio scientifico*, cit.

(67) HILGARD E. R., HILGARD J. R., *cit.*

■stema A, al quale competono, per altro, gl'indicatori involontari del dolore (che continuano perciò a registrare dolore) : l'esperienza di questo secondo sistema è dunque indisponibile anche al sistema cognitivo dell'Io ipnotico. Esso, riferendo « nessun dolore percepito », rappresenta la parte 'scoperta' ('overt pain') dell'esperienza del soggetto in ipnosi, quella direttamente accessibile all'osservatore e capace di controllare gli indicatori volontari del dolore. Appare così dunque spiegato il paradosso di una mancata percezione del dolore in ipnosi, in contrasto con la normale espressione degli indicatori involontari, che continuano a registrare la percezione del fenomeno nocicettivo, anche se ad un altro livello cognitivo.

Resta ancora da chiarire, nel modello « neo-dissociativo » degli Hilgard, in che cosa consista il « blocco percettivo » dell'esperienza dolorosa indotto dalla suggestione ipnotica. L'interpretazione più verosimile è che si instauri una « certa forma » di amnesia ipnotica (68), dal momento che le informazioni ottenibili dall'"osservatore nascosto" ('cover reports') dimostrano che vengono registrati, elaborati e memorizzati più messaggi di quanti non raggiungano il livello di coscienza. Vi è tuttavia una fondamentale differenza con una comune amnesia, in quanto in quest'ultima il dato raggiunge il livello cosciente del soggetto e successivamente, prima o dopo l'attivarsi dei meccanismi mnestici viene 'rimosso'. In questa particolare forma di amnesia, invece, l'informazione sensoriale verrebbe deviata e 'rimossa' ancor prima di diventare cosciente. È noto, d'altra parte, che la consapevolezza del dato sensoriale richiede un certo tempo, come dimostrato da esperimenti sul metacon-trasto, in cui un secondo stimolo previene la percezione d'un primo se lo segue molto ravvicinato, persino se il primo stimolo è sopraliminare. È dunque possibile, ad un microlivello, che vi possa essere una percezione 'frammentaria' del dolore, per la quale s'instauri una amnesia talmente rapida che la percezione dolorosa non venga riconosciuta come tale (69). Nonostante questi indizi, sono ancora pressoché sconosciuti i correlati psicofisiologici e neu-rodinamici dell'amnesia ipnotica in generale e di quella 'analgesica' in particolare.

(68) HILGARD E. R., *The Alleviation of Pain by Hypnosis*, *Pain*, 1975, 213.

(69) HILGARD E., da ultimo *cit.*

La ristrutturazione dei controlli cognitivi osservata nello stato ipnotico ha suggerito agli Hilgard (70) la formulazione di una teoria organica, la « teoria neo-dissociativa », che prevede un modello cognitivo multiplo e dinamico, retto da un « Ego-Executive », al quale sarebbero subordinate diverse strutture di controllo cognitivo. Questi sottosistemi egoici sono organizzati, secondo gli autori, gerarchicamente, ma le gerarchie sono modificabili. Il riassetto ('shifting') delle gerarchie di controllo può avvenire nelle più svariate circostanze. Ad esempio, nel sonno il sistema cognitivo deputato all'attività onirica diverrebbe dominante rispetto a quanto accade nello stato di veglia. Anche l'induzione ipnotica modificerebbe lo assetto gerarchico, riducendo la dominanza dell'«Ego Executive», cosicché ciò che è volontario diventa involontario, ciò che normalmente è ricordato può essere dimenticato (amnesia post-ipnotica) e quello che normalmente non è disponibile alla coscienza può essere recuperato (ad es. attraverso la scrittura automatica e l'«osservatore nascosto »).

8. A) *L'approccio al paziente.* — Le metodiche per il controllo del dolore sono numerosissime (sensoriali, farmacologiche, neurochirurgiche, ecc.) e, in prospettiva, spesso inefficaci. Le accomuna tuttavia un'identica ambizione terapeutica: abolire il dolore allo stesso modo in cui si può interrompere una trasmissione telefonica, tagliando un filo o chiudendo un interruttore.

Ma il dolore, in particolare quello cronico, non può essere considerato semplicemente una 'percezione sensoriale primaria' (come il caldo o il freddo), in quanto si configura come una 'funzione esistenziale', uno spazio multidimensionale che non può essere affrontato e risolto univocamente.

Gli approcci neurofisiologico e psicofisiologico sono da soli inadeguati, anche se ciascuno di essi ha avuto il merito di cogliere e definire un frammento del grande 'puzzle' del dolore, pur con diversità di punti di vista, metodi e linguaggio. Ne consegue che qualunque approccio rivolto a privilegiare uno degli aspetti del problema è destinato a risultare inefficace, dal momento che finirebbe

(70) HILGARD E. R., HILGARD J. R., *cit.*

per consolidare l'omeostasi del sistema del dolore, retto appunto dal circuito di feed-back negativo.

Soltanto da una strategia di ampio respiro, articolata e flessibile al tempo stesso, finalizzata ad agire sui diversi livelli d'integrazione dell'esperienza dolorosa allo scopo di 'riprogrammarla' in chiave terapeutica, è lecito attendersi una soluzione all'altezza della grande sfida che pone il problema del Dolore Cronico.

In questa ottica si situa l'« Approccio multi-modale » (71) al dolore cronico, del quale l'ipnosi costituisce un fondamentale strumento tattico-strategico. Esula dai nostri fini una trattazione delle complesse linee strategiche di questo approccio che, naturalmente, non esaurisce nella ipnosi i suoi livelli d'intervento.

B) 7/ *ruolo dell'Ipnosi nel Dolore Cronico*. — L'importanza del ruolo che l'approccio ipnotico riveste nel trattamento del dolore cronico è facilmente inferibile dai diversi livelli del Sistema del dolore che possono esserne interessati. L'ipnosi agisce infatti a livello della percezione sensoriale, ristrutturando l'informazione no-cicettiva nei suoi aspetti « significanti » : localizzazione, intensità, qualità affettive, dimensioni temporali, significato dell'esperienza, ecc. Essa agisce anche sui determinanti cognitivi del dolore: esperienze precedenti (memoria del dolore), attenzione, ansia anticipatoria e previsione di sensazioni dolorose, ecc, né va taciuta la grande influenza che può esercitare sulla componente motivazionale-affettiva, essenziale nel determinare la 'risposta al dolore' del paziente.

Ancor più che nella 'manipolazione' del dato sensoriale, l'approccio ipnotico può risultare prezioso per stabilire un contesto terapeutico valido e capace di operare cambiamenti significativi anche a livello del comportamento e della comunicazione del dolore.

A livello di set terapeutico la metodica ipnotica consente l'instaurarsi ed il consolidarsi di un positivo rapporto transferale. Erickson (72) così definisce questo aspetto peculiare : « La tecnica in se stessa non serve ad altro che ad assicurare e a fissare l'atten-

(71) DE BENEDITTIS G., A New Strategy for Chronic Pain Control! : the Multi-Modal Approach (MMA), Preliminary Results, Part. I-II, cit.

(72) ERICKSON M. H., *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978.

zione del paziente, creando in lui uno stato mentale ricettivo e responsivo, e quindi permettendogli di trarre beneficio da comportamenti potenziali di vario tipo, non realizzati o solo parzialmente realizzati. Dopo aver ottenuto questo per mezzo della tecnica ipnotica, vi è allora la possibilità di presentare suggestioni ed istruzioni con lo scopo di aiutare il paziente guidandolo a raggiungere lo scopo o gli scopi desiderati. In altre parole la tecnica ipnotica serve ad indurre una disposizione favorevole da cui partire per istruire il paziente ad usare in maniera più vantaggiosa i suoi comportamenti potenziali ».

Queste considerazioni aiutano a meglio comprendere la straordinaria flessibilità del mezzo ipnotico. Infatti, oltre che efficace strumento di indagine diagnostica in chiave psicodinamica (come si è visto), il modello ipnotico può conformarsi a qualsiasi orientamento psicoterapico, da quello analitico al behavioristico, all'orientamento comunicazionale. Sono soprattutto questi due ultimi che meglio si prestano al trattamento del dolore cronico. Alcune delle tecniche ipnotiche che verranno esposte rappresentano, in effetti, dei modelli, rispettivamente, ipno-behavioristico ed ipno-comunicazionale, dal momento che la tecnica ipnotica fa da supporto — nel senso indicato da Erickson — a procedure behavioristiche o comunicazionali, delle quali rinforza significativamente l'efficacia terapeutica.

C) *Strategie ipnotiche nel controllo del Dolore Cronico.* I procedimenti d'induzione ipnotica sono diventati sempre meno 'autori-tari' e sempre più 'permissivi' e personalizzati alle individuali esigenze del paziente. Sempre più è richiesta la partecipazione del soggetto, non più stereotipicamente passivo nell'accettazione di eterosuggestioni, ma attivo selezionatore di aree di 'coinvolgimento immaginativo' (73) proposte dall'operatore e finalizzate ad un obiettivo terapeutico. Il paziente diventa così co-protagonista di un rapporto bidirezionale costruito, momento per momento, sulle esigenze del paziente e non sulle competenze e convinzioni del terapeuta.

(73) HILGARD J. R., Imaginative Involvement: Some Characteristics of the Highly Hypnotizable and the Non-Hypnotizable, in *Int. J. Clin & Exper. Hypnosis*, 1974, 138.

Ove possibile, le tecniche di auto-ipnosi affiancano efficacemente il lavoro etero-ipnotico proteggendo e, se necessario, incoraggiando le esigenze di relativa non-dipendenza del paziente nei riguardi del terapeuta. Infine la crescente sofisticazione delle strategie adoperate consente di ridurre al minimo la popolazione dei soggetti 'refrattari' all'approccio ipnotico e di ottimizzare l'efficacia terapeutica.

Si distinguono tecniche di « rimozione diretta » del sintomo-dolore e tecniche di «rimozione indiretta». Le tecniche di «rimozione diretta» utilizzano generalmente suggestioni che, tramite un opportuno condizionamento ideo-sensoriale, inducono una « a-nestesia a guanto » nella zona interessata. Utili in caso di dolore acuto, queste metodiche risultano frequentemnete insoddisfacenti nei casi, ben più complessi, di dolore cronico.

In questi ultimi sono sicuramente da preferirsi le strategie miranti ad una rimozione « indiretta » del sintomo, in cui viene per lo più alterata l'esperienza del dolore, avendo ben presente che, se da un lato è irrealistico e rischioso pretendere l'abolizione del dolore, dall'altro lato è saggio 'consentire' una certa quota di sintomo-residuo, o una sostituzione dello stesso in quanto è spesso 'economicamente' utile, sul piano psicodinamico, per il paziente. Altra considerazione basilare è quella di 'personalizzare' la tecnica, adeguandola ai 'bisogni profondi' del paziente ed alle caratteristiche peculiari dell'esperienza. Vi sono perciò tecniche che interpretano meglio le dimensioni spaziali del dolore, altre le qualità affettive, altre ancora i moduli temporali.

a) *Tecnica della dislocazione del sintomo.* Erickson (74), in un paziente sofferente per incoercibili dolori addominali da carcinoma prostatico metastatizzato, riuscì a dislocare questo dolore in uno equivalente nella mano sinistra del paziente. Nella nuova sede il sintomo era certo più sopportabile, poiché aveva perso buona parte del suo significato di minaccia vitale ed interferiva molto meno con le attività del paziente, consentendogli una fase terminale più serena. La dislocazione del sintomo dalla sede originaria ad un'altra (acquisita) facilita inoltre la rimozione diretta del sintomo appreso.

(74) ERICKSON M. H., da ultimo *cit.*

b) *Tecnica della traslazione*. Consiste nell'indurre una 'anestesia a guanto' in una zona prestabilita del corpo (ad es. una mano) e nel trasferirla successivamente alla parte affetta dal dolore.

e) *Tecnica della conversione*. Talvolta può essere più agevole o utile 'trasformare' un sintomo funzionalmente importante, ma 'ad alto costo' come il dolore, in un altro sintomo, meno importante, ma 'economicamente' altrettanto valido. Sacerdote (75) ha riportato il caso di un dolore latero-cervicale in un paziente affetto da neoplasia laringea 'trasformato' in una fastidiosa parestesia, ben altrimenti sopportabile. Questa tecnica si presta non solo nei casi di dolore da sicura causa organica (come quello da cancro) ma anche in quelli cosiddetti 'psicogeni'(76).

d) *Tecnica della distrazione* (77). Consiste nel distrarre il paziente dalla polarizzazione attentiva sul sintomo, ri-orientando la sua concentrazione passiva su aree del corpo non interessate dal dolore o su visualizzazioni ideo-sensoriali ed ideo-motorie gratificanti per il soggetto e, quindi, incompatibili con la sofferenza del dolore.

e) *Tecnica dell'intensificazione del sintomo* ('emotional flooding'). È una metodica d'ispirazione behavioristica: si propone d'indurre l'intensificazione del sintomo, agendo sulla componente motivazionale-affettiva. Se la percezione del dolore viene incrementata volutamente, sarà possibile ridurla allo stesso modo (78).

f) *Tecnica dell'amnesia post-ipnotica*. Quando il dolore ha degli attributi temporali definiti (ad es. è episodico, intermittente o ricorrente) può risultare efficace indurre un'amnesia post-ipnotica parziale o totale. Il paziente imparerà a non ricordare il dolore trascorso, a non soffrire nell'attesa penosa del dolore futuro, il

(75) SACERDOTE P., Theory and Practice of Pain Control in Malignancy and Other Protracted or Recurring Painful Illnesses, in *Int. J. din. & Exper. Hypnosis*, 1970, 160.

(76) KROGER W. S., FETZLER W. D., *Hypnosis and Behavior Modification, Imagery Conditioning*, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1976.

(77) FINER B., *op. cit.*; KROGER W. S., FETZLER W. D., *cit.*

(78) KROGER W. S., FETZLER W. D., *cit.*

quale sarà comunque isolato e transitorio, perché vissuto nella sola dimensione del presente.

g) *Tecnica della distorsione temporale.* È particolarmente indicata nelle forme di dolore intermittente (ad es. nelle 'cefalee a grappolo' o 'cluster headaches') e consiste nell'istruire il paziente a condensare l'esperienza dolorosa in una dimensione eccezionalmente più breve di quella reale (ad es. da diversi minuti a pochi secondi). Il paziente viene allenato, con opportune istruzioni post-ipnotiche, ad entrare in trance ogni qualvolta stia per avere inizio la crisi dolorosa, e ad uscirne appena il dolore sia cessato; ciò, senza alcuna consapevolezza di essere stato in trance o di aver esperito dolore (79).

h) *Tecnica dello «pseudo-orientamento».* È talora possibile far 'regredire' il paziente ad un periodo antecedente l'inizio della sua affezione, facendogli rivivere esperienze piacevoli da emotivamente coinvolgenti, durante le quali l'esperienza del dolore è incompatibile e, come tale, viene 'ignorata' (80).

Hilgard ed Hilgard(81) riportano il caso di un ragazzo leucemico affetto da dolori incoercibili alla regione toracica. Egli poté essere 'regredito' all'epoca in cui giocava in una squadra di baseball: durante la regressione d'età nessun dolore veniva avvertito dal ragazzo, il quale imparò presto a sviluppare questa tecnica in auto-ipnosi.

È anche possibile 'proiettare' il paziente in un tempo futuro e libero da affezioni dolorose: il tempo dell'attesa guarigione. In tal modo si ottiene anche il risultato di mobilitare, efficacemente le motivazioni ed aspettative del paziente, riprogrammando positivamente il destino terapeutico e riducendo le ansie anticipatone.

i) *Tecnica della dissociazione.* Particolarmente indicata in pazienti terminali (82), utilizza visualizzazioni ideo-sensoriali ed ideo-

(79) COOPER L., ERICKSON M. H., *Time Distortion in Hypnosis*, Williams and Wilkins, Baltimora, 1959.

(80) ERICKSON M. H., *An Introduction to the Study*, cit.

(81) HILGARD E. R., HILGARD J. R., cit.

(82) ERICKSON M. H., *Hypnosis in Painful Terminal Illness*, in *Amer. J. Clinical Hypnosis*, 1959, 117; SCOTT D. L., *Modern Hospital Hypnosis*, Lloyd-Luke Ltd., London, 1974.

motorie che favoriscano fenomeni di tipo dissociativo. Erickson ha descritto il caso di una paziente con dolori da cancro avanzato che, in seguito a suggestioni post-ipnotiche, riusciva a vivere una esperienza mentale 'fuori del proprio corpo ammalato'. Ella poteva ritrovarsi comodamente seduta in poltrona ed intenta alle attività preferite, libera da dolori, mentre il suo corpo sofferente rimaneva nel letto.

k) *Tecnica deH'«oniro-ipnosi»*. È anch'essa particolarmente efficace in malati terminali. Gardner(83) ha riportato la storia di David, un ragazzo leucemico di 11 anni affetto da dolori incoercibili, nausea e vomito. Il ragazzo venne istruito a compiere, in stato di trance profonda, un sogno molto piacevole che egli avrebbe potuto rivivere in auto-ipnosi ogni volta che gli fosse piaciuto o che ne avesse avuto bisogno. David sognò di essere un'aquila che volava, potente e sicura, da un posto piacevole e tranquillo ad un altro. Così, una volta a casa, David potè volare come l'aquila del sogno da una vetta all'altra, ogni qualvolta il dolore si faceva più pressante.

Anche gli Hilgard(84) riconoscono che i sogni in ipnosi — particolarmente quelli legati a sensazioni di volare — aiutano molto i pazienti ad evadere da una realtà che è angusta ed opprimente come una prigione.

1) *Tecnica della interposizione* di cui abbiamo già parlato. Si tratta di una tecnica altamente sofisticata, ideata da Erickson (85). Nel celebre caso del fioraio Joe, affetto da dolori incoercibili per una neoplasia laringea, utilizzò un approccio tessuto su di un interminabile discorso, intriso di luoghi comuni, sulla passata attività del fiorarlo, ma disseminato di 'parole chiave' e di 'doppi legami' che, isolati, rappresentano una perfetta induzione ipnotica. L'uso congiunto della 'metafora' come elemento di rapporto col paziente e di utilizzazione delle resistenze completa

(83) GARDNER G. G., Childhood, Death and Human Dignity, in *Int. J. Clin. & Exper. Hypnosis*, 1976, 122.

(84) HILGARD E. R., HILGARD J. R., *Cit.*

(85) ERICKSON M. H., The Interspersal Hypnotic Technique for Symptom Correction and Pain Control, in *Am. J. Clinical Hypnosis*, 1966, 198.

questo inimitabile approccio che si fa, senza alcun dubbio, invenzione, 'arte' terapeutica. Commenta Erickson a conclusione del caso: «Un principio direttivo della psicoterapia è la considerazione consapevole della capacità della mente inconscia del paziente di percepire il significato del comportamento inconscio del terapeuta. Si deve anche avere una piena considerazione del fatto che la mente inconscia del paziente percepisce completamente le istruzioni terapeutiche di significato volutamente oscurato che gli vengono presentate... la mente inconscia del paziente ascolta e capisce molto meglio di quanto sia possibile alla mente cosciente».

m) *Tecnica ipno-comunicazionale*. Il riconoscimento del sintomo-dolore come possibile modalità di comunicazione patologica capace d'influenzare notevolmente l'ambiente del paziente ed il suo rapporto col medico pone delle implicazioni sul piano terapeutico e postula la necessità, ove occorra, di un approccio comunicazionale. Al dolore cronico come paradosso relazionale si oppone il controparadosso terapeutico (86). Scopo dichiarato dell'intervento terapeutico è quello di nullificare il vantaggio relazionale costituito dal sintomo, ponendo il paziente in una situazione, a sua volta, paradossale, dalla quale egli non può uscire finché non abbia abbandonato la sua sintomatologia. Naturalmente, perché il paziente rinunci alla propria 'carriera' di 'incline al dolore' (Tain prone patient)(87) è necessario che gli vengano offerte valide alternative.

I principi tattici possono essere così riassunti (88):

1) Prescrivere il sintomo, cioè il dolore, assumendone in carico la sua responsabilità, ma ridefinendolo. In un paziente che si punisce o punisce altri attraverso questo sintomo il terapeuta accetta il bisogno ma, in cambio, manipola la motivazione o il risultato della punizione. Inoltre, ordinandogli il sintomo il terapeuta abolisce il vantaggio relazionale conseguito dal paziente anche di sancorandolo dalla sua «spontaneità».

2) Connotare positivamente l'esperienza del dolore, offrendo al paziente quel significato che il dolore per lui non ha, e svuotare

(86) DE BENEDITTIS G., *Il modello ipno-comunicazionale...*, cit.

(87) ENGEL G. L., « Psychogenic » Pain and the Pain-Prone Patient, in *Am. J. Med.*, 1959, 899.

(88) DE BENEDITTIS G., *A new Strategy for Chronic Pain Contrai...*, cit.

l'effetto di 'punteggiatura negativa' svolto dal contesto socio-culturale, il quale tende a designificare il dolore riducendolo ad un puro fatto tecnico.

3) Indurre progressivamente nella sintomatologia dolorosa dei cambiamenti così modesti da apparire irrilevanti e, quindi, meno facilmente resistibili.

4) Accettare o, persino, incoraggiare le 'resistenze' del paziente nei confronti del cambiamento, creando un 'doppio legame' terapeutico. Il soggetto, infatti, viene a trovarsi in una situazione in cui il resistere viene ridefinito come 'collaborazione' e nella quale, qualsiasi cosa egli riferisca o faccia, esegue sempre le direttive del terapeuta, poiché tutto quello che il paziente gli offre diviene, per definizione, una forma di collaborazione. Una volta indotto a collaborare, il paziente più facilmente può essere indirizzato verso un reale cambiamento. Erickson(89) — lo si è già detto — spiega con una suggestiva analogia il significato di questa 'utilizzo delle resistenze': « Se un uomo vuoi deviare il corso di un fiume contrastandolo o cercando di fermarlo, il fiume potrà facilmente superare o aggirare l'ostacolo, ma se l'uomo ne accetta la forza e la devia in una nuova direzione, la corrente del fiume finirà per scavarsi un nuovo letto ».

5) Indurre il paziente a sperimentare quanto più dolore è possibile, secondo la tecnica dell'« intenzione paradossale » di Frankl(90): quanto più il paziente si sforza di riprodurre 'intenzionalmente' un sintomo, tanto meno è probabile che il sintomo riesca a manifestarsi.

6) Prescrivere la ricaduta, in modo da aumentare l'incertezza riguardo alla gravità ed alle possibilità di risoluzione del sintomo, rinforzando la supremazia del terapeuta, arrivando talvolta a «prescriverlo».

7) Utilizzare gli aspetti emotivo-sensoriali dell'esperienza dolorosa del paziente come un 'unicum' personale e privato da 'manipolare' finalisticamente, contrapponendo al linguaggio analogico ma sintomatico del dolore l'uso anch'esso analogico, ma

(89) ERICKSON M. H., *Hypnosis in Painful Terminal Illness*, cit.

(90) FRANKL V., Paradoxical Intention: a Logotherapeutic Technique, in *Am. J. Psychother.*, 1960, 520.

simbolico della 'metafora'. L'importanza della metafora come comunicazione a doppio livello (conscio e inconscio) è stata recentemente chiarita da Erickson e collaboratori(91): «La logica della metafora e dell'analogia può attrarre la mente conscia e far breccia attraverso le sue resistenze. Quando essa implica associazioni a livello profondo (automatiche e quindi funzionalmente inconse), meccanismi mentali e moduli appresi di comportamento, essa tende ad attivare queste 'risposte' interne ed a renderle disponibili per la soluzione del problema. Le suggestioni fatte per metafora o analogia sono perciò un potente ed indiretto doppio approccio che svolge una preziosa opera di mediazione tra inconscio e conscio ». La tecnica ipnotica viene utilmente associata all'approccio comunicazionale allo scopo di rinforzare significativamente l'efficacia della prescrizione paradossale e della predizione terapeutica. Il paradosso ipnotico, infatti, impedisce al paziente la possibilità di definire la relazione e, quindi, di averne il controllo.

9. Nella difficile lotta contro il dolore l'ipnosi, pur non essendo la panacea, è nondimeno un prezioso e flessibile strumento terapeutico, inserito in un più ampio e comprensivo progetto strategico.

La predittibilità dell'efficacia terapeutica è strettamente dipendente dal criterio selettivo adottato. Sfortunatamente lo specifico campo d'azione — il dolore cronico — spesso non consente certezze diagnostiche e, tanto meno, prognostiche, in considerazione della particolare complessità del problema.

Tuttavia, preliminare a qualsiasi approccio terapeutico — e ciò vale dunque anche per l'ipnosi — è sempre un corretto accertamento diagnostico, atto a ricercare e definire l'eziopatogenesi del sintomo. Ma per una affezione come il dolore cronico è più che mai fondamentale la considerazione che « tutti i disturbi biologici hanno elementi psicologici e tutti i disturbi psicologici hanno elementi biologici, perché l'organismo tende a rispondere olisticamente » (92). Appare quindi logico offrire al paziente procedimenti diagnostici sia fisici che psicologici. Gli accertamenti neurologici,

(91) ERICKSON M. H., ROSSI E. L., ROSSI S. I., *op. cit.*

(92) LACHMAN S. J., *op. cit.*

sia clinici che strumentali, vanno eseguiti di routine e non dovrebbero mai essere omessi. Gli accertamenti di ordine psicologico si servono essenzialmente di tests di personalità (come il M.M.P.I., Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e d'interviste psi-chiatriche.

L'ipnosi si rivela talvolta utile già in fase diagnostica, consentendo una ricognizione degli eventuali meccanismi psicodinamici sottesi al sintomo (ipnodiagnostico), elettivamente nelle forme di dolore cosiddetto 'psicogeno'. I risultati dell'indagine ipno-anali-tica possono essere quindi sfruttati per una corretta impostazione del programma terapeutico, che non può che essere individuale e personalizzato, dal momento che non v'è dolore eguale ad un altro e ogni paziente presenta problemi e caratteristiche peculiari. Difficile è perciò fornire indicazioni sicure sui procedimenti tattico-strategici da adottare, in quanto questi sono strettamente dipendenti dalle coordinate dominanti del « sistema del dolore » : il dato sensoriale, il comportamento operante, l'aspetto transazionale, ecc. Il disegno strategico verrà a delinearsi soltanto sulla base di una osservazione attenta e prolungata, dell'esperienza clinica e del contesto terapeutico in cui si svolge.

Sul piano clinico, le indicazioni al trattamento coprono tre aree essenziali: A) Il Dolore Acuto. B) Il Dolore Cronico 'Benigno' 'somatico' o 'psicogeno'. C) Il Dolore Cronico 'Maligno' (da cancro avanzato). Questa distinzione ha un'importante funzione operativa in quanto postula tre diversificati approcci terapeutici.

Le principali applicazioni dell'Ipnosi del Dolore Acuto (Ipno-analgesia) riguardano la Chirurgia ed Anestesiologia, l'Ostetricia e l'Odontoiatria, di cui si è trattato in altro capitolo. Qui basterà ricordare che mentre l'adozione della pura ipnoanestesia in chirurgia è un evento del tutto eccezionale a causa del ridottissimo numero di pazienti suscettibili di sviluppare una trance così profonda da consentire una completa anestesia, è ben più diffuso e agevole l'uso dell'ipnosi in ostetricia ed odontoiatria, con risultati talora sorprendenti se affidato a operatori esperti.

Ma il vero piano di confronto dell'ipnositerapia è sicuramente costituito dal dolore cronico 'benigno', la cui patogenesi può meglio spiegarsi in termini « somatici » (ad es., la nevralgia post-

erpetica, la causalgia, il dolore da arto fantasma, il dolore 'centrale', ecc.) o in termini « psicogeni » (ad es., la nevralgia facciale atipica, talune forme di cefalea o di lombosciatalgia, ecc). Nonostante diffusi luoghi comuni (93) che vorrebbero l'ipnosi efficace soltanto nel dolore cosiddetto « psicogeno » e non in quello di sicura origine somatica, le più recenti esperienze cliniche (De Benedittis, 1979) hanno inequivocabilmente dimostrato una eguale efficacia dell'ipnosi in ambedue le forme di dolore.

Il trattamento si rivela non di rado lungo, impegnativo, talora gravato da insuccessi o costellato di periodi che recidive. Bisogna tuttavia tener presente che ad esso approdano pazienti frequentemente reduci da defatiganti iter diagnostico-terapeutici e da lunghe frustrazioni. Carichi di risentimenti e di aggressività, sfiduciati e tuttavia protesi verso aspettative 'irrealistiche' e talora 'ma-giche', essi intravedono nell'ipnosi la loro « ultima spiaggia ».

Appaiono evidenti le obiettive difficoltà nell'instaurare un rapporto terapeutico valido, che da un lato tenga presenti le esigenze 'profonde' del paziente ma dall'altro ridimensioni drasticamente le aspettative 'impossibili', proponendo come obiettivo dell'incontro terapeutico non già l'abolizione del sintomo, bensì il suo controllo. Quel che conta, infatti, è di offrire al paziente la prospettiva, questa sì realistica, di una 'liberazione' dalla schiavitù dal dolore.

Un problema a parte rappresenta il dolore cronico da cancro avanzato. Nel paziente 'terminale' il dolore non è che un aspetto, e non sempre il più rilevante, di una condizione psicobiologica ben più ampia e complessa: la paura della morte, l'angoscia derivante dall'incertezza circa la propria condizione, la frustrazione continua delle residue speranze di guarigione si accompagnano al dolore fisico, all'inarrestabile, spesso rapido declino delle funzioni psicofisiche, all'isolamento sociale e familiare, al ritiro dell'Io dai suoi investimenti affettivi.

L'ipnosi può svolgere un ruolo prezioso nel paziente 'terminale', non soltanto cercando di alleviare il dolore fisico, ma anche

(93) MARMER M. J., *op. cit.*

(94) CRASILNECK H. B., HALL J. B., *op. cit.*; HILGARD E. R., HILGARD J. R., *op. cit.*; SACERDOTE P., Pain Control with Hypnosis, in *Science*, 1977, 4319; DE BENEDITTIS G., Dati non pubblicati, 1979.

mitigando, ad esempio, i pesanti effetti collaterali dei trattamenti chirurgico, radio e chemioterapico (nausea, vomito, anoressia, ecc.) e, soprattutto, aiutando il paziente a fronteggiare i gravi conflitti emotivi che la sua condizione inevitabilmente comporta. L'approccio ipnoterapico è necessariamente differente da quello adottato nel dolore cronico 'benigno', in quanto bisogna tenere nel massimo conto i legittimi bisogni 'regressivi' di questi pazienti e proteggerli adeguatamente. Vanno pertanto usate con molta cautela e senso di responsabilità le metodiche behavioristiche e comunicazionali, mentre sono sicuramente da preferirsi le terapie di sostegno dell'Io.

Sul piano clinico, i contributi non sono ancora così rilevanti come sarebbe auspicabile, ma l'approccio ipnoterapico sta acquistando sempre più credibilità e diffusione. Le casistiche più significative al riguardo sono diverse (95).

10. L'ipnosi costituisce il più sicuro metodo di trattamento del dolore, poiché è sprovvista degli effetti collaterali che qualsiasi altro tipo di trattamento (farmacologico, chirurgico, ecc.) comporta. È quindi desiderabile che le sue applicazioni trovino sempre più spazio nella pratica clinica, non già come 'ultima spiaggia', ma come trattamento di prima istanza.

Tuttavia, come ogni efficace forma di terapia, anche l'ipnosi presenta dei limiti e delle controindicazioni. Il limite più importante dell'approccio ipnotico al dolore è l'impredittibilità — condivisa, del resto, da altre procedure — dell'efficacia terapeutica, confermata dalla non trascurabile incidenza d'insuccessi terapeutici (dal 30 al 70%, a seconda delle statistiche). La ragione di questi fallimenti è generalmente attribuita allo stretto rapporto di

(95) BUTLER B., The Use of Hypnosis in the Care of the Cancer Patient, in *Cancer*, 1954, 1; SACERDOTE P., Psychophysiology of Hypnosis as it Relates to Pain and Pain Problems, in *Ani. J. Clin. Hypn.*, 1962, 236; *Theory and Practice of Pain Control...*, cit; CANGELLO V. W., The Use of the Hypnotic Suggestion for Relief in Malignant Disease, in *Int. J. Clin. & Exper. Hypnosis*, 1961, 17; ERICKSON M. H., *Le nuove vie dell'ipnosi*, cit.; CRASILNECK H. B., HALL J. B., *Clinical Hypnosis...*, cit.; KROGER W. S., *Clinical and Experimental Hypnosis*, J. B. Lippincott Co., II ed., Philadelphia, 1977; FINER B., *Hypnotherapy in Pain of Advanced Cancer...*, cit.; *Sympathetic Outflow in Human Skin Nerves during Hypnosis...*, cit.

dipendenza tra profondità della trance e grado di analgesia sviluppato. In altre parole, soltanto quella esigua minoranza di pazienti capace di produrre un livello d'ipnosi profonda potrebbe trarre un significativo giovamento dal trattamento ipnotico del dolore. Le più recenti e autorevoli ricerche clinico-sperimentali (96) sembrano però smentire questi rigorosi parametri 'personologici' che limiterebbero molto, di fatto, l'affidabilità del trattamento. Un più valido rapporto interpersonale tra operatore e paziente e l'adozione di più sofisticate metodiche ipnotiche avrebbero ragione di quei limiti al trattamento che sempre più vengono riconosciuti come 'resistenze' del paziente, suscettibili di essere superate.

Non esistono controindicazioni assolute all'uso dell'ipnosi nel trattamento del dolore. Sono da considerarsi invece controindicazioni relative: 1) Il trattamento puramente sintomatico che prescinda dall'imperativo categorico di adeguati accertamenti diagnostici. È infatti intuitivo il rischio che vengano scotomizzate cause organiche o psicogene di cui il dolore può essere solo un epifenomeno, cioè la spia di un processo in cui il dolore sia un campanello di allarme (si pensi al dolore addominale nelle appendiciti: l'abolizione del dolore non consente di evidenziare l'inizio di una peritonite). 2) Dolori cronici che abbiano un andamento 'parossistico'. È tipico il caso della nevralgia essenziale trigeminale: l'insorgenza 'a crisi' rapidissima del dolore non consente un altrettanto rapido e valido instaurarsi di meccanismi di modulazione interna dello stimolo nocicettivo. Il trattamento ipnotico può tuttavia modificare la frequenza e l'intensità degli episodi critici. 3) Dolori con aspetti chiaramente allucinatori, di frequente riscontro in pazienti psicotici. 4) Assenza di motivazioni, atteggiamenti negativi e aspettative 'irrealistiche'. 5) Cospicui 'vantaggi secondari' procurati dalla sintomatologia dolorosa (risarcimenti, pensionamenti anticipati, controllo delle relazioni interpersonali, ecc).

(96) CHONO T. M., The Use of Hypnosis in the Management of Patients with Cancer, in *Singapore Med. J.*, 1968, 211; SACERDOTE P., *Psychophysiology of Hypnosis...*, cit.; HILGARD E. R., HILGARD J. R., *op. cit.* \ BARBER J., Maximizing the Effectiveness of Hypnosis in the Treatment of Chronic Pain, // *Congresso Mondiale sul Dolore*, Montreal, 1978. (In stampa); KROGER W. S., *op. da ultimo cit.*

Da un punto di vista medico-legale il maggior interesse è dato dalla ipotesi in cui la ablazione del dolore possa condurre ad un aggravamento delle condizioni del paziente. Si è già enfatizzata la necessità di una corretta diagnosi della origine e della finalità del dolore in quanto mentre esistono dolori che non hanno alcuna funzione biologica, altri fungono da spia di un processo patologico in atto. Nel primo caso, per esempio, nel dolore da « arto fantasma » poiché non rappresenta alcuna funzione utile per l'organismo non esiste alcuna controindicazione alla sua ablazione, nella seconda ipotesi bisogna distinguere caso per caso. Per esempio il dolore del parto non rappresenta per lo più alcunché di utile sul piano clinico, né sul piano biologico. Alcuni antropologi hanno osservato, « da un capo all'altro del mondo, culture che praticano la couvade(97), in cui le donne non dimostrano effettivamente alcuna sofferenza durante il parto. In alcune di queste culture la donna che sta per partorire continua a lavorare nei campi finché il bambino sta quasi per nascere... Significa questo che le donne nella nostra cultura inventano il dolore? Niente affatto. Può darsi faccia parte della nostra cultura riconoscere il parto come un possibile pericolo per la vita della madre, e le giovani ragazze imparano a temerlo mentre divengono adulte (98)».

Maggior prudenza ci vuole per i dolori di origine diversa, anche se « in realtà, la maggioranza delle malattie, perfino le più gravi, ci attaccano senza preavviso. Quando il dolore si manifesta... è troppo tardi... Il dolore ha soltanto reso più dolorosa e più triste una situazione già compromessa da tempo... Infatti, il dolore è sempre un dono funesto, che debilita il soggetto, e lo rende più ammalato di quanto lo sarebbe senza di esso » (99).

È innegabile però che il dolore quasi sempre segnala che qualcosa di biologicamente dannoso sta avvenendo nel nostro organismo.

Varie considerazioni possono dedursi da quei casi relativamente rari di insensibilità congenita al dolore. I danni che queste

(97) Couvade: usanza secondo la quale, alla nascita di un bambino, si tratta l'uomo come se fosse stato il partoriente.

(98) MELZACK R., *L'enigma del dolore*, Zanichelli, Bologna, 1976, 7-8.

(99) MELZACK R., *op. cit.*, 3.

persone possono subire ci danno una idea di quelli che si potrebbero provocare con l'uso per altro ipotetico, non discriminato dell'ipnosi come analgesico e come anestetico. Si immagini per esempio che queste persone, di cui racconta Melzack(100), siano in questa condizione per un comando post-ipnotico. Molte di queste persone, a causa dell'assenza della percezione del dolore, subiscono estese ustioni lacerazioni e contusioni durante l'infanzia, spesso si mordono profondamente la lingua durante la masticazione ed imparano con difficoltà ad evitare gravi ferite. I bambini che sono congenitamente insensibili al dolore possono estrarsi i denti e per-sino spingere i bulbi oculari fuori dalle orbite (101). Uno dei casi meglio documentati sull'insensibilità al dolore è quello di una ragazza canadese, la signorina C. Da bambina si era morsicata la punta della lingua mentre masticava e aveva riportato ustioni di terzo grado stando in ginocchio su un radiatore molto caldo per guardare fuori dalla finestra. Esaminata da uno psicologo riferiva di non sentire alcun dolore quando le venivano applicati stimoli dolorosi, come forti scariche elettriche o acqua calda a temperature che di solito producono forti sensazioni dolorose. Sorprendente era anche che la ragazza non mostrava variazioni della pressione sanguigna, della frequenza cardiaca, o della respirazione quando le venivano applicati questi stimoli (102). La signorina C. mostrava modificazioni patologiche alle ginocchia, alle anche e alla colonna vertebrale che secondo il suo chirurgo erano dovute alla mancanza di protezione alle articolazioni data dalla sensazione del dolore. La signorina C. morì a ventinove anni per infezioni massive che non potevano essere controllate. Durante l'ultimo mese si lamentava per il dolore; certamente l'incapacità a percepire il dolore fino all'ultimo mese la condusse al « trauma esteso della cute e delle ossa che contribuì direttamente alla morte » (103).

(100) MELZACK R., *op. cit.*, 1-2.

(101) JEWESBURY E. C. O., Insensitivity to Pain, in *Brain*, 1951, 336.

(102) Me MURRAY G. A., Experimental Study of a Case of Insensitivity to Pain, in *Arch. Neurol. Psychiatr.*, 1950. 650.

(103) BAXTER D. W., OLSZEWSKI J., Congenital Insensitivity to Pain, in *Brain*, 1960, 381.

PARTE III

ASPETTI LEGALI E CRIMINOLOGICI

CAPITOLO XI
PROBLEMATICA GIURIDICO-CIVILE

«...aguzza la mente: che non ti capiti di ritenere i fenomeni di cui ragiono impossibili e di ritirarti aversando in cuore giusti precetti mentre sei tu nell'errore né ti è possibile accorgertene ».

TITO LUCREZIO CARO (*De Rerum natura*)

SOMMARIO: 1. Introduzione. — 2. Il negozio giuridico in ipnosi come atto nullo per violenza assoluta. — 3. Il negozio giuridico in ipnosi come atto annullabile per incapacità naturale.

1. Da poco tempo nel nostro diritto positivo sono state prese in considerazione le ipotesi di atti compiuti da soggetti in stato di ipnosi; infatti solo con il Codice Penale del 1930 sono stati introdotti alcuni articoli che disciplinano espressamente questa ipotesi (art. 613 c.p. e art. 728 c.p.). Nel Codice Civile attuale, come in quello abrogato, mancano invece norme specifiche riguardanti una tale ipotesi.

2. L'opinione prevalente nella dottrina italiana (1) è di ritenere l'ipnosi, come l'ubriachezza, il delirio febbrile e il sonnambulismo all'ipotesi dello stato di incapacità di intendere o di volere, perciò nell'ambito di applicazione dell'art. 428 e.c. (2) con

(1) BETTI E., *Teoria generale del negozio giuridico*, Utet, Torino, 1952, 222; CARIOTA-FERRARA L., *Il negozio giuridico nel diritto privato italiano*, Morano, Napoli, 1952, 462; MESSINEO F., *Manuale di diritto civile e commerciale*, Giuffrè, Milano, 1950, 231; STOLFI G., *Teoria del negozio giuridico*, Cedam, Padova, 1947, 23.

(2) Art. 428 c.c. : « Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace di intendere o volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore... ».

la conseguenza dell'annullabilità di un atto giuridico compiuto in stato di ipnosi. Altri autori (3) sostengono invece la nullità dell'atto giuridico compiuto da un soggetto ipnotizzato. La differenza tra le due ipotesi è rilevante. Nel caso di nullità di un contratto infatti gli effetti previsti dal nostro codice sono: la totale inefficacia del contratto nullo, la assolutezza della nullità, la imprescrittibilità dell'azione e la inammissibilità della convalida. Nel caso di annullabilità invece il contratto produce fin dall'inizio i suoi effetti, che vengono meno solo in seguito all'azione di annullamento, la legittimazione ad agire spetta solo alla parte nel cui interesse la legge dispone l'annullabilità del contratto, l'azione è soggetta a prescrizione ed è ammissibile la convalida del contratto. Tra coloro che sostengono la nullità del negozio giuridico compiuto da un soggetto in stato di ipnosi, Di Cagno afferma (4) che non è possibile applicare l'art. 428 c.c., perché il concetto di incapacità di intendere e di volere di cui all'art. 428 c.c. non può che esprimere una impossibilità di normale esercizio delle funzioni volitive ed intellettive e non una assenza completa delle funzioni stesse.

Analizzando i fenomeni ipnotici, per accertare se e come la volontà del soggetto passivo operi sotto l'influenza del comando ipnotico, Di Cagno si basa sugli studi di diversi autori, come Belfiore, e Adamo (5) per arrivare ad escludere una qualsiasi partecipazione dell'apparente autore dell'atto nell'esecuzione dell'atto stesso. Orbene, questi studi si riferiscono ad una concezione dell'ipnosi che ha ormai in parte significato storico. Di Cagno afferma (6) : « I fenomeni ipnotici sono sempre stati spiegati come effetto di una energia fisica promanante dall'uomo. È questa energia fisica o radiazione che prende il nome di « suggestione » e che ci

(3) BIGIAMI W., *I vizi della volontà nella dichiarazione cambiaria*, Sperling e Kupfer, Merano, 1943; AULETTA G., *Diritto commerciale (l'impresa e l'azienda)*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1945.

(4) DI CAGNO V., L'ipnosi e l'incapacità di intendere o di volere, in *JRIV. trim. dir. e proc. civ.*, 1956, 812.

(5) BELFIORE G., *Magnetismo ed ipnotismo*, Milano, 1898, 229; ADAMO P., Responsabilità penale dell'incube e del succube nei reati commessi in stato di sonnambulismo ipnotico, in *Giust. pen.*, 1938, 252.

(6) DI CAGNO V., *op. cit.*, 810.

consente l'unica spiegazione razionalmente accettabile del processo di ipnotizzazione ». L'Autore non spiega però in cosa consista questa energia, da cosa sia originata e come possa produrre effetti tali sul soggetto passivo da renderlo uno strumento nelle mani del soggetto attivo, un automa che esegue tutto ciò che gli è ordinato. In relazione poi al modo in cui l'energia fisica agisce sulla psiche dell'individuo, Di Cagno precisa: «Nell'ipnosi si ha quindi l'operare di questa energia fisica, sui centri nervosi e, precisamente, in un duplice senso: sopprimendo ogni attività dei centri corticali sedi della volontà e della memoria cosciente ed azionando direttamente i centri automatici del cervello » (7). È sulla base di queste errate premesse che si sostiene la nullità del negozio giuridico. L'argomento è già stato svolto nei capitoli precedenti; si ricordi che il grado di coinvolgimento dell'individuo nell'ipnosi varia da caso a caso e che col termine di profondità dell'ipnosi si allude proprio a questa gradualità di partecipazione del soggetto al fenomeno in questione. Gill e Brenman(8) di cui abbiamo già parlato, distinguono per esempio la fase dell'induzione in cui l'Io perde il suo controllo e gran parte della sua autonomia, da quella della trance vera e propria. In quest'ultimo status, l'Io diventa potenzialmente capace di riguardare il controllo e l'uso dei suoi apparati, intervenendo così, in luogo della deautomatizzazione, provocata dall'induzione, una reautomatizzazione. Questo Io non è l'Ego in senso metapsicologico, ma è un subsistema dello stesso al servizio dell'Io vero e proprio, che ha il controllo dell'apparato reautomatizzato. È solo questo subsistema sotto il controllo dell'ipnotista, ed è in virtù di questo controllo che l'ipnotista può manipolare e dirigere gli apparati. Senonché l'Io lascia il controllo del suo sistema all'ipnotista in modo saltuario e temporaneo, in quanto può accadere che l'Io riprenda il controllo del sistema. Nella mia concezione l'Io conflittuale può essere coinvolto nel suo comportamento di malafede da un grado minore in cui è consapevole della artificiosità della interazione ad uno massimo in cui esperisce come se la realtà provocata dall'ipnotista sia l'unica vera realtà.

(7) Di CAGNO V., *op. cit.*, 811.

(8) GILL M., BRENNAN M., *Hypnosis and Related States*, cit.

Si è detto che invece, secondo Di Cagno, il soggetto ipnotizzato diviene comunque un automa in balia dell'ipnotista sulla base di una pretesa energia promanante dall'ipnotista che ricorda il « magnetismo animale » di cui parlava Mesmer (9) ed in base a questo l'Autore conclude : « Basta quindi la decisiva considerazione che l'atto dell'ipnotizzato non può dirsi compiuto da lui per escludere la applicabilità nella specie dell'art. 428 c.c. e per considerare piuttosto l'ipnosi come un'ipotesi di violenza assoluta». Sostiene infatti l'Autore che l'essenza della violenza assoluta è « energia fisica umana violentemente diretta in modo più o meno sensibile, ma in ogni caso fisicamente percettibile, contro una persona » (10), e che nell'ipnosi sono presenti tutti gli elementi necessari per potersi parlare di violenza fisica: antitesi tra le volontà delle parti, una forza fisica attraverso cui si manifesta questa contrarietà (e che consiste nell'energia fisica che promana dall'ipnotizzatore), la resistenza del soggetto passivo ed il prevalere della forza fisica sulla volontà opposta. La conseguenza che ne trae è che anche nell'ipotesi di ipnosi, come nella violenza fisica, il comportamento dell'apparente autore della dichiarazione è improduttivo di effetti giuridici ed il negozio deve quindi considerarsi nullo. Esaminando gli atti compiuti in stato post-ipnotico, cioè quando l'esecuzione del comando ipnotico avviene dopo la deipnotizzazione, Di Cagno sostiene che non è possibile farli rientrare nell'ipotesi di violenza assoluta: « ...mancando l'estremo dell'immediatezza dell'esecuzione dell'atto quale risultato diretto dell'energia fisica impiegata » (11). Ma anche in questo caso, come per l'ipotesi di atti compiuti in stato di ipnosi leggera, si ripresenta il problema dell'applicabilità o meno dell'art. 428 c.c. Infatti questo articolo prevede uno stato di incapacità di intendere o di volere provocato da «qualsiasi causa», ma secondo Di Cagno l'ipotesi degli atti compiuti su comando post-ipnotico, o in stato di ipnosi leggera, presentano un elemento ulteriore che non è possibile non valutare, cioè l'intervento della azione di un altro soggetto che determina questo stato di incapacità

(9) MESMER A., *Le Magnétisme Animal*, cit.

(10) Di CAGNO V., *op. cit.*, 817.

(11) Di CAGNO V., *op. cit.*, 821.

■ di intendere o volere e che distingue questa ipotesi dagli esempi ■ di sonnambulismo, ubriachezza accidentale o delirio febbrile, dove lo stato di incapacità si è prodotto da sé, senza intervento di terzi. Ed infatti osserva: «...per lo stato di ipnosi meno profonda si è osservato che, a volerlo ricondurre nel concetto di incapacità naturale si incorrerebbe nell'assurdo di dover parlare di incapacità naturale provocata, ...e che, piuttosto, tale stato si presenterebbe come un caso isolato di incapacità di intendere che esula dall'ambito del 428 c.c. e che non è stata presa in considerazione dal nostro ordinamento. La stessa osservazione può farsi per le altre ipotesi di fascinazione e di suggestione post-ipnotica » (12).

(12) Di CAGNO V., *op. cit.*, 822, e cfr. anche PUCCINI L., Osservazioni in tema di incapacità naturale a testare con particolare riguardo al caso di suggestione ipnotica, in *Giur. Compl. Cass. Civ.*, 1953, I, 288, il quale mette in rilievo che esiste l'alternativa tra considerare l'ipnosi come un mezzo con cui vengono escluse completamente la capacità di intendere e di volere, oppure ritenere che l'ipnosi riesca solo ad influire sul processo formativo della volontà del soggetto passivo. Chi condivide la prima soluzione considera l'ipnosi come un'ipotesi di vis ablativa. Nella seconda ipotesi sarebbe errato considerare l'ipnosi come un caso di vis compulsiva ex art. 1435 c.c.; è evidente che la suggestione ipnotica non presuppone la minaccia né, come risultato, il provocare timore. Per l'Autore neppure l'ipotesi del dolo si può adattare a questo caso. Infatti a proposito del fine raggiunto con il dolo si parla, in senso tecnico-giuridico, di errore provocato dall'altrui comportamento, intendendo per errore la falsa rappresentazione della situazione reale creata nella mente del dichiarante; falsa rappresentazione che determina la volontà in senso diverso da quello che si sarebbe determinato su una base di esatta conoscenza o di giusta previsione. Indubbiamente l'ipnosi è di per sé un mezzo artificioso usato dall'operatore. Ma occorre tener presente la differenza che esiste tra il concetto di persuasione e di suggestione ipnotica. Persuadere significa provocare una convinzione in un soggetto, ma provocarla in via indiretta, fornendo cioè al soggetto elementi mentali su cui egli possa costruire e fondare la convinzione stessa. Suggestire suggestivamente una convinzione significa provocare quella convinzione in modo diretto, senza fornire al soggetto elementi che ne stiano a sostegno, determinando nell'ipnotizzato uno stato suggestivo, di automatismo o di allucinazione, in cui il soggetto trasforma quasi meccanicamente « la comprensione dell'espressione usata nella realizzazione corrispondente ». Tenuta presente questa distinzione, l'ipnosi non rientrerebbe neppure nel concetto tecnico di dolo, poiché la suggestione ipnotica provoca non tanto un errore quanto l'atto direttamente suggestivo. L'ipnosi allora si presenta come un caso isolato di incapacità di intendere provocato: come tale non è presa in considerazione dal nostro ordinamento che non si è preoccupato di censurare il comportamento del terzo che, per uno scopo determinato ed illecito, ponga il soggetto, anche se momentaneamente, nell'incapacità di intendere o di volere mentre compie l'atto.

In conclusione l'Autore considera queste come ipotesi di suggestione non riconducibili al dolo, che è opera di persuasione e non di suggestione, non alla violenza morale mancando ogni minaccia di danno ingiusto e notevole (art. 1435 c.c), non alla violenza fisica, perché c'è partecipazione volitiva, anche se viziata, dell'autore dell'atto, come ipotesi contrarie comunque all'interesse sociale generale e all'ordine pubblico e si dichiara per la nullità degli atti compiuti dall'ipnotizzato. Esclusa quindi l'applicabilità dell'art. 428 c.c, queste ipotesi andrebbero disciplinate in base ai principi generali dell'ordinamento giuridico, ai sensi degli artt. 12 disp. prel. e 1418 c.c. in relazione all'art. 613 c.p.

3. Una diversa opinione è sostenuta da un altro Autore, Pioletti (13). Egli ricorda le divergenze di opinioni tra coloro che ammettono la possibilità di usare la suggestione ipnotica al fine di far commettere un atto illecito e coloro che sostengono il contrario. In effetti, limitatamente all'aspetto sperimentale della questione, i risultati dei vari studiosi non sono certo univoci; è questa una disputa come si dirà più avanti ancora attuale che, come abbiamo visto, esisteva già tra la scuola di Nancy e la Salpêtrière. Pioletti sembra propenso ad ammettere la possibilità dell'uso antisociale dell'ipnosi, pur riconoscendo la difficoltà di accertare se il colpevole abbia agito per ordine altrui o di sua iniziativa. L'Autore, oltre ad accennare ai pericoli per la salute fisica e psichica mette in evidenza i danni di altra natura che possono essere arrecati ad una persona per mezzo dell'ipnosi. Ricorda infatti: «...Si parla di obbligazioni, di testamenti, di donazioni carpite senza che poi la vittima potesse conservare il ricordo dell'accaduto, e la scienza, per mezzo di perizie grafiche od altro, potesse trovare una differenza tra la scrittura normale e quella vergata in stato di incoscienza. Il che rende assai difficile, per non dire quasi impossibile, la difesa sociale contro i delitti commessi su persone poste in tali condizioni» (14). In relazione perciò ai problemi che sorgono nel diritto civile l'Autore afferma: «...Comunque accertato che una obbliga-

(13) PIOLETTI U., *Ipnatismo*, in *Noviss. dig. iu*, Utet, Torino, 1963, IX, 39.

(14) PIOLETTI U., *op. cit.*, 39.

zione sia stata assunta da persona che nel momento in cui si obbligava si trovava in stato di sonno ipnotico, sorge il problema se ed in quale misura si debba tener conto di questo stato, che indubbiamente ha da ritenersi rientrare tra i casi di incapacità naturale» (15). Condivide quindi la soluzione già prospettata e che, come ho già detto è sostenuta dalla maggior parte della dottrina; che esista cioè uno stato di incapacità naturale non tale però da provocare la nullità degli atti compiuti dal soggetto ipnotizzato, bensì la sola annullabilità ai sensi dell'art. 428 c.c.

È questa l'opinione che condividiamo perché è coerente con la possibilità di graduazione del coinvolgimento nell'ipnosi. Il fatto che una persona prima di concludere un negozio giuridico o comunque un atto di rilevanza giuridica sia ipnotizzata, non implica di per sé che sia un automa privo di volontà. L'art. 428 c.c. richiede implicitamente che si indaghi caso per caso se sia venuta meno la capacità di intendere o di volere (argomento su cui ci si soffermerà più ampiamente trattando gli aspetti penalistici della questione).

A nulla rileva poi che una incapacità naturale provocata sembri essere una *contradictio in terminis*, dato che l'art. 428 c.c. si riferisce ad una « qualsiasi causa » anche transitoria il che non esclude che questa quando non sia riferibile all'interno possa riferirsi all'esterno. Anche la giurisprudenza della Corte di Cassazione è orientata nel senso di ritenere l'ipnosi come una delle « qualsiasi cause » di cui parla l'art. 428 c.c. che se producono nel soggetto ipnotizzato uno stato di incapacità di intendere o di volere, conducono alla annullabilità del negozio giuridico. Le difficoltà si presentano invece quando si tratta di chiarire in cosa consiste l'incapacità naturale ex art. 428 c.c., perché la Corte Suprema si è espressa, anche a distanza di poco tempo in modo assolutamente divergente. In varie sentenze la Corte ha affermato per es. che : « Nell'incapacità naturale non è necessaria la prova di una malattia che annulli in modo totale ed assoluto le facoltà psichiche del soggetto, ma è sufficiente la dimostrazione di un perturbamento psichico, anche transitorio, tale da menomare gravemente pur senza escluderle, le facoltà intellettive del soggetto in modo da impedirgli od osta-

(15) PIOLETTI IL, *op. cit.*, 40.

colargli una seria valutazione dei propri atti, e la formazione di una cosciente volontà» (16). Altre volte la Corte ha invece stabilito in tema che : « L'incapacità consiste in una situazione psichica, anche transitoria, che escluda del tutto o menomi gravemente la coscienza e la volontà» (17). In altra occasione(18) la Cassazione ha sostenuto una certa equiparazione tra l'interdizione legale ex art. 414 e.e. e l'incapacità naturale ex art. 428 e.e. In entrambe le ipotesi la conseguenza prevista è l'annullabilità dell'atto giuridico compiuto dalla persona incapace, ma mentre nella prima ipotesi le norme protettive dell'incapace trovano applicazione sempre (anche se il soggetto ha la capacità di intendere e di volere), nella seconda ipotesi l'annullamento può essere pronunciato solo quando, per il pregiudizio che è derivato o può derivare alla persona incapace di intendere o di volere, o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente. Nella sentenza in questione la Corte nello stabilire l'esatto concetto giuridico dell'incapacità naturale fa riferimento alla Relazione al Codice Civile ed afferma che occorre una alterazione psichica, da qualsiasi causa prodotta, che escluda del tutto o menomi gravemente la coscienza e la volontà (il che tra l'altro corrisponde alla nozione di vizio totale di mente data dall'art. 88 c.p.). Il divario tra le due fattispecie, quella di cui all'art. 414 e.e. e quella di cui all'art. 428 c.c., non risiede perciò nel grado di infermità mentale, ma solo nelle cause generatrici dell'incapacità, e nella natura e durata della medesima. Mentre nell'interdizione legale hanno rilievo le tipiche infermità di mente, nell'incapacità naturale invece, ha rilevanza ogni stato emotivo abnorme anche se transitorio, purché contestuale al compimento dell'atto che si impugna, quindi anche la suggestione ipnotica sempre che ne derivi un disordine psichico che tolga al soggetto la facoltà di intendere o di volere. Come si è visto l'art. 428 c.c. contempla solo l'annullabilità degli atti, mai la nullità. Il fatto che la norma disponga questo rimedio quando se-

(16) Cass. 22 maggio 1969 n. 1797, in *Giust. Civ. Mass.*, 1969, 933; cfr. anche Cass. 20 giugno 1968 n. 2037, in *Giur. It.*, 1969, I, 1; MESSINEO F., *Manuale Dir. Civ. e Comm.*, cit., 234.

(17) Cass. 15 luglio 1967 n. 1931, in *Giust. Civ.*, 1968, I, 83.

(18) Cass. 7 ottobre 1959 n. 2702, in *Giust. Civ.*, 1960, I, 112.

ondo la giurisprudenza può mancare del tutto la volontà nel soggetto che agisce, è stato giudicato contrario al principio che considera la volontà come elemento essenziale per la validità e l'esistenza del negozio giuridico. Alcuni autori (19) hanno criticato la logica della soluzione dell'art. 428 c.c. perché l'incapacità naturale, comportando la mancanza di volontà libera e cosciente, cioè escludendo [del tutto, a volte, un elemento essenziale del negozio, dovrebbe portare alla nullità assoluta dello stesso, ma l'hanno poi giustificata con il fatto che probabilmente il legislatore ha dato molta importanza | ad altri fatti quali : l'opportunità di temperare le esigenze contrapposte della tutela dell'incapace da un lato, e dell'affidamento del terzo entrato in rapporto con lui dall'altro, il principio della certezza dei rapporti giuridici e quello della conservazione degli atti.

(19) CARIOTA-FERRARA L., // *negozio giuridico*, cit., 478, nota 7; STELLA RICHTER M., SGROI V., *Delle persone e della famiglia*, in *Comm. Cod. Civ.*, Utet, Torino, 1959, I, 698.

CAPITOLO XII

IPNOSI, PSICOTERAPIA ED ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE SANITARIA

« Non puoi somministrare nulla a uno spirito ammalato? Non puoi strappare dalla memoria un dolore che vi ha messo le radici, cancellare le angosce scritte nel cervello, e, con qualche benefico antidoto che dia l'oblio, liberare il feto di quell'ingombro pericoloso che le grava sul cuore? DOTTORE: In casi come questi il malato deve somministrarsi da se stesso la medicina ».

WILLIAM SHAKESPEARE (*Macbeth*)

SOMMARIO: 1. Introduzione. — 2. L'esercizio dell'ipnosi senza finalità terapeutiche da parte di non medici. — 3. L'ipnosi e l'attività psicoterapeutica nella giurisprudenza. — 4. Gli psicologi come psicoterapeuti nella giurisprudenza. — 5. L'abuso di titolo di professore di ipnopsicologia. — 6. L'opinione della dottrina giuridica che nega agli psicologi il diritto di esercitare la psicoterapia. — 7. Reimpostazione del problema. — 8. Differenti paradigmi di malattia mentale: *a)* biologistico, *b)* psicologistico. — 9. La psicoterapia dei non medici nel pensiero di Freud. — 10. Altre opinioni nell'ambiente psicoterapeutico. — 11. *e)* Il paradigma socio-ambientale della malattia mentale. — 12. Il punto di vista dell'autore sulla malattia mentale. — 13. Gli psicologi e la psicoterapia: critica alla dottrina giuridica prevalente. — 14. Aspetti normativi e giurisprudenziali della liceità dell'attività psicoterapica degli psicologi.

1. Per la possibilità di agire su molti disturbi cosiddetti psicopatologici, la suggestione e l'ipnosi sono state molto spesso utilizzate a scopi terapeutici anche da non medici.

I problemi che si pongono in proposito sono i seguenti: può un non medico utilizzare l'ipnosi senza finalità curative? Può un non medico ipnotizzare con finalità curative? Lo psicologo a questi riguardi può considerarsi differentemente da tutti gli altri non medici ed essergli consentito ciò che agli altri non medici non è consentito?

2. Nessun dubbio intanto che mero *esercizio dell'ipnosi smza finalità terapeutiche anche da parte di chi non sia medico* Anche se è sempre sconsigliabile che una persona non preparata utilizzi questo mezzo a scopo dimostrativo o di divertimento, la legge penale non lo vieta tanto è vero che l'art. 128 del Regolamento del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza consente « l'autorizzazione da parte del medico provinciale » a « trattenimenti di ipnotismo » che, evidentemente, non sono tenuti da medici. Ciò non significa, è ovvio, che bisogna guardare con simpatia a spettacoli del genere, ma serve a mostrare, attraverso un argomento di interpretazione letterale della legge, e quindi testuale, la liceità, per chiunque, del fatto di ipnotizzare, dato che il medico provinciale non potrebbe consentire ed autorizzare ciò che è vietato dalla legge, salva dunque la sua autorizzazione, se si tratta di trattenimento, ma non evidentemente se l'ipnosi viene utilizzata per finalità scientifiche.

Senonchè si è sostenuto il divieto per i non medici di praticare l'ipnosi deducendolo dall'art. 728 c.p. che così recita: « Chiunque pone taluno, col suo consenso, in stato di narcosi o di ipnotismo, o esegue su lui un trattamento che ne sopprima la coscienza o la volontà, è punito, se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda da lire dodicimila a lire duecentomila. *Tale disposizione non si applica se il fatto è stato commesso a scopo scientifico o di cura da chi esercita una professione sanitaria* ».

La Cassazione autorevolmente ha sostenuto che « non può contestarsi che la terapia ipnotica sia riservata agli esercenti la professione sanitaria regolarmente iscritti all'albo professionale: è sufficiente in proposito ricordare l'art. 728 comma 2° c.p., il quale consente, a scopo scientifico e curativo, il trattamento idoneo a sopprimere la coscienza e la volontà altrui, mediante narcosi o ipnosi, soltanto agli esercenti la professione sanitaria, vietandola a chi ad essa non è abilitato » (1).

(1) Cass. VI, 10 luglio 1969, in *Cass. Pen. Mass. Ann.*, 1971, 243.

In realtà, come ho già avuto modo di notare, questa deduzione è priva di fondamento (2). L'articolo in questione come si può notare leggendolo, non punisce la condotta pura e semplice di chi ipnotizza, ma solo se si verifica un particolare evento, cioè «un pericolo» per l'incolumità della persona.

Che una persona possa poi correre il pericolo a seguito dell'ipnosi è un evento estremamente raro come vedremo nel capitolo dedicato alla pericolosità dell'ipnosi. In ogni caso il legislatore per l'ipotesi che ciò si verifichi ha creato una speciale causa di giustificazione — che non esiste per gli altri — per chi eserciti una professione sanitaria ed abbia commesso il fatto a scopo scientifico o di cura.

Questa parte della norma non significa che i non medici non possono ipnotizzare, il che la Cassazione non dice in quanto parla di ipnosi terapeutica, ma semplicemente che se il non medico attraverso induzioni ipnotiche mette a repentaglio l'incolumità del soggetto, non può fruire della speciale causa di giustificazione prevista per gli esercenti una professione sanitaria. Il che, è evidente, è altro che dire che solo i medici sono abilitati all'ipnotismo. La dottrina giuridica (3) distingue i reati di pura condotta o di semplice comportamento che sono i reati che si perfezionano col compimento di una data azione od omissione, da quelli che si dicono di evento per la cui consumazione si esige anche il verificarsi di un determinato effetto distinto dall'azione od omissione. È chiaro che il reato in questione non è di pura condotta, ma di evento. Pertanto è punito solamente chi metta a repentaglio l'incolumità altrui, non chi compia la sola azione di ipnotizzare.

Questa conclusione potrebbe diventare di attualità per esempio qualora anche in Italia si diffondesse una tecnica messa a punto in Bulgaria, la « Suggestologia » (4) che utilizza tecniche suggestive e di tipo ipnotico a scopi di insegnamento, per esempio delle

(2) Cfr., Dibattito tra i relatori Granone, Gilli e Gulotta al corso di Ipnosi Medica del 27 aprile-12 maggio 1974, in *Rass. Ipn. Med. Psic.*, voi. 66, n. 75 (novembre 1975, 3950).

(3) Cfr. per esempio ANTOLISEI F., *Manuale di Diritto Penale*, voi. T, Giuffrè, Milano, 1975, 203.

(4) BELANGER B., *La Suggestologie*, Retz, Paris, 1978.

lingue straniere. È ovvio che in questi casi la presenza costante del medico quale operatore è del tutto superflua, non trattandosi di un'applicazione clinica dell'ipnosi. Analogamente in alcune possibili applicazioni in campo militare o sportivo della stessa (5).

3. Il fatto che un non medico possa ipnotizzare non significa che possa utilizzare *l'ipnosi a scopo terapeutico*. L'art. 348 c.p. punisce « chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato » : nel caso della professione medica è obbligatoria l'iscrizione all'albo apposito (art. 8 D.L. 13 settembre 1946 n. 233 modificato dalla legge 14 dicembre 1964 n. 1398).

Nel campo dei disturbi psicopatologici le condanne sono state per lo più inflitte ai cosiddetti « guaritori ». In una sentenza della Cassazione, si legge che commette il reato in questione chi « esprime giudizi diagnostici e valendosi del metodo della psicoterapia suggestiva, consiglia cure ai malati che si rechino a consultarlo » (6).

In una sentenza del 19 febbraio 1955 il Tribunale di Orvieto (7) così motiva una condanna per esercizio abusivo della professione sanitaria.

« Rileva il collegio che secondo una teoria scientifica la suggestione in senso generico è un atto per cui un'idea è introdotta nel cervello e da esso accettata. Molto facilmente sono appunto soggette alla suggestione le persone inesperte o psichicamente immature, mentre il formarsi di un'autonomia psichica ostacola la suggestione. Ma va distinta dalla suggestione generica, che si riferisce anche ad una semplice esortazione accolta ed eseguita da altro soggetto normale, la suggestione specifica facile ad essere accolta dai soggetti nevrotici con conseguente inibizione nei predetti soggetti passivi delle più importanti facoltà mentali, conseguente automatismo per dissociazione psichica così che questi eseguano passivamente gli ordini del suggestionatore in relazione affettiva con lui. Tale suggestione è definita propriamente dalla scienza « atto per il quale una tendenza evocata da una persona viene attivata automaticamente da un'altra senza che in tale attivazione intervenga il controllo dei centri

(5) ESTABROOKS G. H., *Ipnatismo*, Mediterranee, Roma, 1964; The Social Implication of Hypnosis, in ESTABROOKS G. H. (a cura di), *Hypnosis, Current Problems*, cit., 224.

(6) Cass. 16 aprile 1953, D'ANGELO, in *Riv. Pen.*, 1953, II, 629.

(7) Tribunale di Orvieto, 19 febbraio 1955, in *Riv. Giuria. Umbra*, 1957, 543.

psichici superiori ». Tali fenomeni suggestivi fanno ritenere che esista un'attività inconscia specialmente in un soggetto non in stato di equilibrio psichico, eccitato dalla tecnica del soggetto attivo.

Appunto è da considerare, tra tali fenomeni, l'ipnotismo in cui molte caratteristiche fisiologiche rassomigliano a quelle del sonno, in cui il soggetto passivo diviene particolarmente anche docile e non ricorda, risvegliandosi, gli atti compiuti nello stato ipnotico.

L'autosuggestione è invece caratterizzata dal fatto che la suggestione viene determinata su di sé dal soggetto stesso e non da altri. D? parte della scienza si è cercato di servirsi di tali fenomeni a scopo terapeutico, ma tali cure vanno eseguite con particolare cautele specialmente nelle malattie nervose. La psicoterapia mira appunto a curare la malattia con mezzi psichici ».

Continua la Cassazione affermando che va distinta una psicoterapia empirica (che consiste nell'incoraggiare semplicemente il malato) dalla terapia sistematica basata sul magnetismo animale (suggestione, autosuggestione, ipnotismo, legati a volte al fanatismo religioso). Proprio in base all'art. 348 c.p. è necessario usare questi mezzi terapeutici sotto il controllo medico per evitare i pericoli di mancanza di diagnosi, da parte di un professionista abilitato, od il mancato accertamento dell'eventuale guarigione o peggioramento. L'imputata esercitava una suggestione su persone che si lasciavano convincere facilmente della sua 'missione' di guarire i malati, affidatale a detta sua dal Signore in persona, e nel caso in questione non voleva venissero prestate le cure mediche che secondo lei erano inutili.

« Osserva ancora il Collegio che la giurisprudenza della Corte di Cassazione ai fini di precisare il campo della professione medica segue un criterio teleologico piuttosto che strumentale. È compito del medico di diagnosticare le malattie e di prescrivere e somministrare rimedi con qualunque mezzo anche se diverso da quelli ordinariamente praticati. La diagnosi di una malattia consiste nella identificazione della natura di essa e delle cause che ne hanno determinato la produzione, mentre la terapia riguarda i mezzi di cura. La Corte di Cassazione ha precisato che scopo dell'arte medica è quello di curare gli infermi e tali cure devono essere fatte da medici e non da semplici esterni. La psicoterapia riguarda l'arte medica e va considerato nuovamente che trattandosi di fenomeni non perfettamente conosciuti va usata maggior cautela circa la stessa opportunità delle cure in relazione all'organismo dei

singoli pazienti ed alle dosi, anche perché non tutti i soggetti reagiscono nella stessa maniera. Le cure suggestive che cercano di ispirare fiducia all'ammalato nella guarigione, sono usate proprio dalla medicina. Secondo la giurisprudenza sussiste il delitto di cui all'art. 348 c.p. anche se la diagnosi e le cure fatte dall'agente siano esatte. L'art. 348 c.p. protegge l'interesse che certe importanti professioni non siano esercitate abusivamente, essendo per esse richieste una speciale abilitazione dello Stato. Tra queste è la professione di medico ai sensi delle leggi sanitarie. Né esclude il reato la gratuità della prestazione. Ritiene pertanto il Collegio di affermare la responsabilità penale dell'imputata relativamente al delitto di cui all'art. 348, e art. 81 c.p., trattandosi anche di più azioni consecutive di un medesimo disegno criminoso ».

In un'altra sentenza, è fatto espresso divieto a chi non sia medico di partecipare ad una diagnosi anche a mero titolo di controllo, in una fattispecie però che si riferisce ad alterazioni organiche (determinazione del tipo di ernia per l'applicazione di cinti) (8).

In una sentenza precedentemente citata ad altro proposito la Cassazione (9) ha sostenuto che la terapia ipnotica attuata da un non medico anche se « versato in un ipnotismo ed avesse applicato l'ipnosi nel campo didattico » è da considerarsi reato quando sia diretta a curare « stati di ansia ed insonnia » che « costituiscono veri e propri fatti morbosi oggetto di studio di varie branche della scienza medica — come psichiatria, psicologia, psicoanalisi — che si avvalgono di vari strumenti terapeutici da quelli fisici o chimici a quelli più strettamente psicologici ».

4. Il problema della *terapia mediante ipnosi* va inquadrato in quello più generale *dell'attività psicoterapica*.

In una sentenza della Cassazione non pubblicata (« Sezione V 15 dicembre 1972) la Suprema Corte giudicando il caso di un imputato di esercizio abusivo di professione sanitaria, truffa e abuso di titolo (si era spacciato per medico e pacificamente aveva anche prescritto medicinali) di fronte agli argomenti dell'imputato ricorrente che tendeva a dimostrare l'ingiustizia di avergli applicato l'amnistia in quanto in atti era la prova della sua innocenza, e

(8) Cass. 2, 13 marzo 1970, in *Giust. Peti.*, 1971, II, 688.

(9) Cass. 6, 10 luglio 1969, in *Cass. Peti. Mass. Ann.*, 1971, 243.

chiedeva quindi di essere assolto nel merito, basando la sua difesa sulla distinzione tra l'attività psicoterapica e quella propriamente medica, così motivava:

«I Giudici di appello, infatti, pienamente consapevoli della delicatezza delle questioni da affrontare e risolvere, hanno messo in evidenza, con espresso riferimento alle condizioni per l'applicabilità o meno dell'art. 152, II comma c.p.p., con diffusa, corretta e logica motivazione, tutta una serie di elementi essenziali e decisivi che costituiva il fondamento dell'accusa, sia pure ai limitati fini della declaratoria della causa di estinzione; ed hanno correttamente assolto il loro compito non considerando, come in sostanza pretenderebbe il ricorrente, ciascun fatto od episodio singolarmente ed avulso da tutto il contesto della condotta criminosa bensì valutandoli anche nella necessaria interdipendenza delle singole attività tipiche di ciascuno dei reati contestati.

A contrastare la corretta ed esauriente motivazione della sentenza il ricorrente si limita in sostanza a dedurre, sia pure con dovizia di considerazioni e di argomentazioni principalmente tecniche; *a)* che errata è la distinzione della sentenza relativamente alle infermità mentali e che altra cosa è l'attività della psichiatra, volta a curare le affezioni morbose psichiche dovute a fattori patologici, ad alterazioni costituzionali, strutturali o funzionali del sistema nervoso (di specifica competenza del medico specialista, quanto alla diagnosi ed alla terapia) ed altra l'attività dello psicologo (non risulta dalla sentenza che lo fosse n.d.r.), riferibile a soggetti dalla personalità abnorme, per quanto attiene la sfera strettamente psichica, dovuta a fenomeni di disadattamento o caratteriali; attività, quest'ultima, che non è di competenza del medico ma dello psicologo e che non si prefigge un fine di guarigione in senso clinico ma che invece tende soltanto a realizzare una rieducazione psicologica (psicoterapia in senso stretto). Sostiene inoltre che sono inesatte le affermazioni della sentenza dirette a sorreggere le conclusioni relative al compimento di atti di esercizio della professione del medico, *b)* Che non gli si è mai arrogata la qualità di medico o di dottore e che quella generica di semplice professore non rileva ai fini della sussistenza del reato di cui all'art. 498 c.p. *e)* Che non sussiste il delitto di truffa per difetto dei requisiti del raggio e del danno.

Orbene, la stessa enunciazione delle censure ne rivela l'inconsistenza e, per buona parte di esse, l'improponibilità in questa sede.

Per quel che riguarda il profilo di diritto relativo al reato sub *a)* va osservato che la professione medica si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescriberne la cura, nel somministrarne i rimedi, anche se diversi da quelli ordinariamente praticati; commette quindi il reato di esercizio abusivo della professione medica chi esprima

giudizi diagnostici ed, anche avvalendosi della psicoterapia, consigli ed appresti le cure al malato che si rechi a consultarlo. La professione medica infatti è caratterizzata dal fine di guarire e non già dai mezzi scientifici adoperati; di guisa che qualunque intervento curativo, anche se concretantesi nell'impiego di mezzi non tradizionali o non convenzionali, da parte di chi non sia abilitato all'esercizio della professione medica, integra il reato di cui all'art. 348 c.p.

Ed a questi principi si sono puntualmente ed espressamente uniformati i giudici di appello, onde non sussiste la denunziata erronea interpretazione di legge.

Senza necessità di rifare il procedimento logico della approfondita ed acuta motivazione della sentenza impugnata, va osservato che il Tribunale, attraverso un dettagliato esame della prolungata e complessa attività svolta dall'imputato, ha esattamente affermato che, in base alla stessa qualificazione prospettata dall'imputato, l'attività incriminata rientrava nel campo dell'esercizio della professione medica; affermazione che è avvalorata dalla triplice considerazione che in Italia non esiste una regolamentazione giuridica di una autonoma attività professionale dello psicologo di stretta psicoterapia distinta dalla psicologia medica e dalla psichiatria o dalla neuro-psichiatria, che la scienza e le classi mediche rivendicano l'esercizio di ogni forma di attività psico-analitica e psicoterapeutica in genere e che la diagnosi differenziata delle varie forme morbose, delle affezioni concernenti la sfera psichica e neuro-psichica, delle anomalie caratteriali e dei disturbi da disadattamento si concreta — in considerazione anche della gravità delle conseguenze derivanti da possibili errori diagnostici — in una attività squisitamente tecnica e scientifica devoluta a persone particolarmente preparate e qualificate in materia medica ».

In questa sentenza dunque, nella classe dei non medici non si fa una distinzione particolare per gli psicologi. Non tutta la magistratura è però allineata in questo senso. Il pretore di Milano per esempio in una sentenza non pubblicata il 27 ottobre 1971 giudicando un imputato non medico e neanche psicologo : « A) del reato di cui all'art. 348 c.p.; perché pur non essendo in possesso di alcuna laurea o diploma in psicologia e tanto meno di abilitazione all'insegnamento si assumeva la titolarità di un istituto di psicologia così svolgendo una attività sanitaria abusivamente senza la speciale abilitazione dello Stato. B) Del reato di cui all'art. 498 c.p. perché nelle circostanze di cui al capo A) si pregiava della quali-

fica di professore per la quale è richiesto un'abilitazione dello Stato » ha così deciso :

« Quanto al reato di cui al capo A. della rubrica giusta appare la assoluzione dell'imputato con la formula più ampia. Sulla base di una missiva dell'Ufficio del Medico Provinciale diretta all'Ufficiale sanitario del Comune di Milano venne contestato all'imputato di avere diretto un istituto di psicologia e quindi, di avere esercitato una attività sanitaria pur privo di diploma, laurea o la benché minima autorizzazione dello Stato. Tale missiva venne fatta il 29 gennaio 1969 in base a valutazioni che l'odierno dibattito ha chiaramente dimostrato erano inesatte. Sosteneva il medico provinciale che l'imputato non era in possesso di "alcuna laurea o diploma in psicologia" e che di conseguenza non poteva agire in tale ambito "della medicina tuttora di pertinenza di quanti si trovino nelle condizioni stabilite" dalla legge sanitaria. Al contrario il medico provinciale oggi ascoltato in dibattimento, ha riferito *che, per esercitare le funzioni di psicologo, non è necessario essere laureati in medicina o avere particolari diplomi* e che comunque la prima valutazione dell'ufficio di Milano venne successivamente modificata al proposito vennero chiesti chiarimenti al Ministero di Sanità il quale in data 11 settembre 1971 comunicò che "allo stato attuale nulla vieta che si organizzino corsi di psicologia della scrittura o di psicologia per dirigenti d'azienda", che "qualora vengano effettuati corsi di ipnosi medica... con l'assistenza dei medici, non può configurarsi l'esercizio abusivo della professione medica". Essere psicologo ed esercitare la professione non vuoi dire, comunque, necessariamente essere laureato in medicina o in altra materia del resto ciò si evince dalla stessa legge sanitaria (artt. 99, 193) dalle comuni e generali conoscenze (10). Come riferisce la indicata missiva del Ministero, manca una specifica regolamentazione sulla disciplina dell'attività dello psicologo, di conseguenza sono possibili scompensi, come quello di esame, che però non configurano specifici reati. In conclusione va affermato che l'imputato poteva esercitare le funzioni di psicologo anche se privo della laurea in medicina o di altri diplomi; inoltre, l'attività dell'istituto si è svolta sempre con l'assistenza di altri medici in piena conformità anche con

(10) In effetti il sostituto del medico provinciale interrogato rispondeva: « Effettivamente per esercitare le funzioni di psicologo o di psicoanalista non è necessario essere laureato in medicina o avere diplomi in psicologia particolari. Il precedente medico provinciale, prof. Teccia, fece denuncia di cui in atti, ma successivamente lo stesso ufficio fece una valutazione differente e chiese ragguglio al Ministero Sanità. Tale Ministero rispose con nota 11 settembre 1971 che produco agli atti ■». (Vedi nota successiva).

la interpretazione di cui alla missiva del Ministero (11). Per le ragioni esposte l'assoluzione deve essere con la formula più ampia ».

5. Per quanto riguarda invece il reato di *abuso di titolo* così motiva il Pretore nel condannare l'imputato:

« Se era consentito di esercitare l'attività di psicologo, all'imputato era comunque vietato fare uso di titoli non corrispondenti ad alcuna abilitazione o diploma; poteva egli fare lo psicologo ma assolutamente non doveva qualificarsi (sempre anche nelle missive dirette di questo Ufficio), professore, proprio perché era privo di un necessario titolo statale. Non è accettabile quanto l'imputato scrive nelle sue voluminose memorie difensive. Indubbiamente egli sarà tuttora provvisto di notevoli capacità nello specifico campo di attività, sarà pure (come da lui stesso dichiarato) "fonte del sapere", ma tali meriti esulano dal giudizio di questo Pretore che deve esclusivamente accettare se l'imputato si arrogò, o meno, abusivamente un titolo inerente ad una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione statale. Dalle risultanze processuali emerge che l'imputato si comportò in tale maniera qualificandosi professore pur non avendo superato alcun esame di stato. L'imputato va quindi dichiarato colpevole del reato di cui al capo B. della rubrica ».

Il Tribunale il 10 ottobre 1972 con sentenza non pubblicata confermava la sentenza del Pretore. La Cassazione (12) su ricorso dell'imputato lo assolveva anche del reato di abuso di titolo stabilendo che:

« è invece lecito usare il titolo di professore accompagnato da specificazioni relative a materie o attività ad esempio, giochi, ballo, ecce-

lli) Agli atti del Processo è prodotto una missiva del Ministero della sanità dell'11 settembre 1971 indirizzata al medico Provinciale di Milano n. 300. 10. es. ab. m. 22/5983 in cui si legge « In relazione alla nota sopraindicata, si comunica quanto segue, anche in riferimento al carteggio sull'attività dell'Istituto in oggetto.

a) Allo stato attuale della legislazione, mancando una specifica regolamentazione sulla disciplina dell'attività dello psicologo, nulla vieta che si organizzino corsi di psicologia della scrittura o di psicologia per dirigenti d'azienda.

b) Qualora vengano effettuati corsi di ipnosi medica, di medicina psicomatica o di agopuntura cinese con l'assistenza di medici, non può configurarsi l'esercizio abusivo della professione medica.

e) Poiché i corsi in parola non rivestono alcun carattere ufficiale, il rilascio di attestati o certificazioni di frequenza può trarre in inganno gli interessati, in quanto i corsi stessi non hanno alcun valore ».

(12) Cass. V, 15 giugno 1973, in *Giust. Pen.*, 1974, II, 419.

tera, che non trovino nella legge un particolare riconoscimento e che non formino oggetto di insegnamenti ufficialmente impartiti nella scuola pubblica; ciò in quanto in tal caso la qualifica, non essendo riferita alle attività didattiche a cui la ricollegano le leggi scolastiche, non riceve dall'ordinamento una speciale tutela e non può comunque provocare una lesione della pubblica fede idonea a giustificare le configurabilità del delitto previsto dall'art. 498 c.p. In applicazione di questi principi, la sentenza impugnata è giuridicamente ineccepibile, quando afferma che l'imputato non aveva il diritto di usare il titolo generico di professore, essendo certo che egli non si trovava in nessuna delle condizioni previste dalle leggi scolastiche prima richiamate ed essendo necessarie, per la sussistenza del reato, la mera possibilità di inganno, e non certo la dimostrazione di un pubblico o privato documento. Ma l'imputato sostiene, con l'ultimo motivo del suo ricorso, che egli non si era arrogato il titolo generico, ma quello specifico di "professore di psicologia della scrittura e di ipnopsicologia". Con questa specificazione, egli avrebbe fatto riferimento a materie per le quali non è necessaria una speciale abilitazione dello Stato e che non formano oggetto di insegnamenti ufficiali, con le conseguenze perciò che la sua attività sarebbe, per quanto prima si è detto, penalmente differente. Senonchè il Tribunale non ha formato la propria attenzione su questo punto e non ha spiegato per quali ragioni doveva ritenersi che l'imputato avesse fatto uso del titolo generico di professore e non avesse invece usato quella qualifica solo con riferimento alle attività di psicologia della scrittura e di ipnopsicologia ».

6. Come si vede c'è una gran confusione soprattutto quando la specializzazione o la laurea in psicologia viene equiparata, quali che siano le conseguenze che se ne traggono, all'attività di persone che non hanno questa specializzazione.

Far rientrare gli psicologi semplicemente nella classe dei non medici per dedurne il divieto di esercitare la psicoterapia come indirettamente parte della giurisprudenza sembra fare (non ho notizie di sentenza in materia che riguardano psicologi laureati o specializzati), rappresenta un atteggiamento di particolare rilevanza sociale e professionale a mente del fatto che in un'indagine fatta tra il 1975 e il 1976 dalla Società Italiana di Psicologia Scientifica (S.I.P.S.) su un campione di 969 operatori raggiunti ben 256 di essi, pari al 26,4% hanno, rispondendo al questionario, dichiarato

di svolgere attività libero professionali in psicologia clinica : di questi solo 56 erano laureati in medicina (13).

Se a ciò si aggiunge che già in questa inchiesta si rivela che tra coloro che erano laureati in psicologia nei corsi di laurea di recente istituzione a Roma e a Padova il 63% si è orientato verso la libera professione in psicologia clinica e che certamente dopo la laurea dei molti studenti attualmente iscritti, questa tendenza verrà confermata anche per la scarsità dei posti liberi nelle istituzioni e negli enti pubblici, è naturale che il giudizio sulla liceità giuridica di tutto ciò è di particolare importanza.

Il Pretore, motivando la sentenza da ultimo richiamata, parla di possibili scompensi «derivanti dalla mancanza di una specifica regolamentazione nella disciplina dell'attività della psicologia». Il che è vero ed in altro scritto ho cercato di indicare quali potrebbero essere le soluzioni per un assetto certamente necessario della professione di psicologo (14) che tuteli prima che gli psicologi i loro utenti. Non si nega che anche chi non sia né psicologo né medico possa avere una certa competenza in questa materia, ma è opportuno regolamentare un'attività come quella psicoterapica che si presta a molte mistificazioni ed abusi (15).

Il fatto è dunque che l'assenza di demarcazione tra gli psicologi e tutti gli altri non medici spinge coloro che ritengono, e sono la maggioranza, che l'attività psicoterapica sia di pura competenza medica ad escludere anche gli psicologi dal novero di coloro che possono esercitare la psicoterapia, con e senza ipnosi. Perlinge-

(13) TRENTINI G. e al., *La professione dello psicologo in Italia*, Isevi, Milano; 1977 cfr. tav. 2 a pag. 121; cfr. anche BARTOLOMEI G., WIENAND U., *Il male di testa*, Feltrinelli, Milano, 1979, 41, che riporta dei dati relativi alle iscrizioni, le immatricolazioni ed il numero dei laureati all'università di Roma e Padova: nell'anno 1977-78 alla facoltà di psicologia di Roma si sono immatricolati 3481 nuovi studenti e gli iscritti complessivi erano 11284; a Padova gli iscritti complessivi erano 11690. I laureati a Roma nei tre anni 1974-77 sono stati 1518 e 240 della sessione estiva del 1978; a Padova circa 2000.

(14) GULOTTA G., *Considerazioni sulle proposte per l'organizzazione professionale degli psicologi*, in *Rivista di psicologia*, 1976, 103.

(15) Ed è indubbio, per tornare alla sentenza da ultimo esaminata, che l'uso del titolo di professore, anche se in materia non legalmente riconosciuta, può per i pazienti essere fuorviante.

ri (16) così riassume la posizione del giurista nei confronti dell'attività psicoterapica : « L'interpretazione restrittiva della legittimità degli interventi psicoterapeutici si traduce anche nella rigorosa individuazione dei soggetti legittimati a somministrare le tecniche psicoterapeutiche. La psicoterapia rientrando nella nozione di trattamento sanitario, per sua funzione quindi curativo, non può che essere prescritta da un medico, come risultante di una diagnosi e somministrata dal medico o tutt'al più sotto il suo controllo. Questo sembra indiscutibile per quelle tecniche psicoterapeutiche per le quali è necessaria la somministrazione di farmaci; lo stesso vale, tuttavia, per tutte le altre ipotesi, in quanto la psicoterapia è comunque un procedimento curativo che va usato con particolare cautela «in relazione all'organismo dei singoli pazienti». Naturalmente secondo l'Autore il medico potrà sempre servirsi, ma sotto la sua guida, e quindi sotto la sua responsabilità, della collaborazione di esperti anche non medici (psicologi, sociologi, psicanalisti).

Perciò per l'Autore nelle terapie « fluidiche » il ed. « guaritore » non commette esercizio abusivo della professione se esegue i suoi interventi a seguito di prescrizione medica e sotto il controllo medico : la sua attività è solo il veicolo umano necessario al fluido, il mezzo materiale mediante il quale si producono gli effetti suggestivi psicoterapeutici. È invece illegittima l'attività di coloro che non essendo medici pretendono di curare gli anormali con un'opera di convincimento. Quando si esplica un'attività che ha per scopo la profilassi, la diagnosi o la terapia, vi è arte medica, e l'illecito dell'esercizio abusivo, per Perlinger, si sostanzia anche se la prestazione è compiuta una volta sola e senza remunerazione. Il bene tutelato dalla norma, inoltre, non è nella disponibilità del soggetto, perciò il consenso del « paziente » non esclude la sussistenza del reato in questione.

Se questa è la posizione del giurista quella del medico legale è anche più dura (17). Nel dibattito già richiamato Gilli così espri-

(16) PERLINGER P., Impostazioni clinico antropologiche delle psicoterapie: loro riflessi giuridici con particolare riguardo all'esercizio abusivo alla professione sanitaria, in / *quaderni degli incontri*, Istituto di Medicina Sociale, I.M.S., Roma, 1973, 33.

(17) Cfr. l'opinione di Gilli nel dibattito citato in nota 2 di questo capitolo.

meva la sua opinione : « alla domanda rivoltami dall'amico Prof. Granone, e cioè se gli "psicologi" possano fare della psicoterapia, rispondo anzitutto con un'altra domanda: "la psicoterapia è una terapia medica?". La risposta credo non possa essere altro che affermativa ed da allora debbo dire che agli "psicologi" di estrazione meramente letteraria non può essere consentita la pratica terapeutica in questione. L'esercizio della Medicina e Chirurgia nel nostro Paese è rigorosamente limitata ai laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano superato l'esame di Stato e che siano iscritti all'ordine professionale: chiunque altro eserciti attività medico-chirurgiche rigorosamente limitate al medico chirurgo cade quindi sotto il disposto dell'art. 348 c.p. che recita: "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione a sei mesi o con una multa da L. 40.000 a lire 200.000". Circa l'abilitazione dell'esercizio della professione di medico-chirurgo e circa i relativi esami di stato, precise norme sono in proposito dettate dagli artt. 170-172 del T.U. delle leggi sull'istruzione superiore di cui al R.D. 31 agosto 1933 n. 1592, dalla legge 8 dicembre 1956 n. 1378 e dalla legge 13 marzo 1958 n. 262. Sull'obbligo dell'iscrizione all'Ordine Professionale si esprimono quindi gli artt. 99-104 del T.U. delle leggi sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265, nonché il D.P.R. 13 settembre 1946 n. 233 per le professioni sanitarie. La limitazione mi sembra giusta e doverosa perché qualora allo psicologo di estrazione letteraria nel corso di un'attività psicoterapica si presentasse una "situazione" somatica patologica ad esempio un collasso, cosa potrebbe egli mai fare? ».

Nello stesso senso si sono espressi altri autori (18) che considerano l'attività terapeutica di stretta competenza medica e rifiutano la possibilità che sia compiuta da persone prive dell'abilitazione richiesta, ritenendo applicabile l'ipotesi prevista dall'art. 348 c.p. Anche se determinati compiti vengono demandati a personale non medico, opportunamente addestrato si sostiene che l'interpretazione dei dati ottenuti e la loro valutazione, rimangono di esclu-

(18) DE VINCENTIIS G., CALLIERI B., CASTELLANI A., *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1973, voi. II, 632.

siva competenza medica. Per questo non condividono il pensiero di altri autori che sostengono tesi contrarie, ad esempio Musatti che afferma: «La terapia psicoanalitica, in quanto si rivolge esclusivamente a processi psichici, ed in quanto fa uso pure di mezzi esclusivamente psichici, non implica a rigore una completa preparazione medica. Richiede invece una particolare preparazione e cultura psicologica, ed in specie psicoanalitica, che il medico generico e lo stesso psichiatra, per lo più non posseggono... Anche da un punto di vista legale l'assenza, nella terapia analitica, della somministrazione di farmaci e di intervento sulla persona fisica del paziente, ed il carattere esteriore che la "cura" presenta, di pura "conversazione" fra lo psicanalista e il paziente rende assai difficile che si possano ravvisare gli estremi di un esercizio abusivo della professione medica, in una "cura" psicanalitica praticata da un non medico ». Questa opinione di Musatti non potrebbe essere condivisa perché basterebbe osservare come la sola affermativa del 'carattere esteriore' dei 'mezzi' necessari al trattamento non soltanto non rileva da punto di vista giuridico (a norma dell'art. 348 c.p.) ma si basa su vedute che non possono trovare la minima conferma in sede scientifica. Quanto poi al dato che la 'terapia' psicoanalitica 'si rivolge esclusivamente a processi psichici', il solo riconoscimento (sarà stato, forse, un lapsus calami freudiano) che si tratta appunto di un intervento terapeutico appare sufficiente ad eliminare ogni dubbio poiché è sicuramente soltanto del medico il compito di curare i disturbi psichici; e la terapia mira appunto ad ottenere la guarigione di questi od almeno una modificazione in meglio dello stato anteriore morboso od abnorme».

7. Poiché i nevrotici, gli schizofrenici e i paranoici sono considerati e si ritengono degli ammalati e le malattie sono curate dai medici parrebbe di tutta evidenza che sia punito chiunque non medico curi questi soggetti. Senonché il ragionamento non è così lineare una volta che si dimostri a) che la nevrosi e molti disturbi psicopatologici non sono malattie nel senso comunemente inteso e che anzi il termine malattia si usa in questi casi pre traslato e che quindi questi « ammalati » non sono come gli altri ammalati; b) che il termine « terapia » a proposito della « psicoterapia » è un

altro traslato in connessione con sub *a*: potrebbe parlarsi correttamente di « trattamento psicologico o psicoanalitico » o, da un altro punto di vista di ricondizionamento; *e*) che i medici, con esclusione degli psichiatri, non sono particolarmente versanti, né hanno alcun titolo privilegiato per curare disturbi psicopatologici di questo tipo; *d*) che esistono dei non medici, in particolare gli psicologi clinici e gli psicoanalisti, che per abito mentale e per professione sono i più adatti a curare i disturbi psicologici, escludendo è chiaro dal nostro discorso i cosiddetti guaritori e chiunque si improvvisi, senza titolo né pratica, psicoterapista (19).

Il sillogismo « solo i medici possono curare le malattie, quindi solo i medici possono curare le psiconevrosi » è errato perché è falsa la premessa minore nel senso che i disturbi psicopatologici sono malattia solo in senso metaforico, così come d'altronde metaforico è anche il termine « cura » ma non hanno nulla a che vedere con il concetto di malattia sotteso alla polmonite o alla flebite.

8. Nell'attuale situazione della psichiatria e psicopatologia coesistono varie concezioni dei disturbi psicopatologici che costituiscono differenti paradigmi nel senso di Kuhn(20). Solo per taluni di essi questi disturbi possono essere considerati malattie.

A) Il più antico e quello diciamo ancora ufficiale, è il paradigma-medico di tipo *nosografico biologistico*.

Come ricorda Siciliani(21) «sulla base del postulato ottocentesco di Griensinger, secondo il quale le malattie mentali sono ma-

(19) Psicologo è poi chi la Legge professionale che sta per essere approvata definirà tale. Per ora il progetto di legge attribuisce questa qualifica, ai fini della iscrizione all'Albo e in relazione all'argomento che ci interessa, *a*) ai laureati in psicologia; *b*) ai possessori di un diploma di specializzazione universitaria in psicologia o in uno dei suoi rami, conseguito dopo un corso di specializzazione o di perfezionamento biennale o triennale; *e*) ai laureati in discipline diverse dalla psicologia, che documentino di aver esercitato con continuità l'attività che forma oggetto della professione di psicologo, presso enti o istituzioni pubbliche, per almeno cinque anni dopo la laurea.

(20) KUHN T., *op. cit.*

(21) SICILIANI O., *Crisi ed evoluzioni dei paradigmi psicopatologici. Dalla epistemologia critica delle teorie psicopatologiche alla critica storica dell'ideologia della devianza*. Relazione non pubblicata, presentata al congresso di Verona,

lattie del cervello, si sviluppa la prospettiva neurologistica. La conferma di questa prospettiva sembra essere offerta da Fournier nel 1875 e da Noguchi e More nel 1913, con la scoperta dell'eziopatogenesi luetica della demenza paralitica o paralisi progressiva. La malattia mentale è quindi una malattia fisica del sistema nervoso centrale. In seguito a questa scoperta, la ricerca è orientata nel tentativo di spiegare tutte le altre 'malattie psichiche' secondo il modello della paralisi progressiva (22). Di fronte all'incapacità di trovare la base biologica di alcuni disturbi del comportamento, quali la schizofrenia e la paranoia, si dichiara che ciò dipende dall'ineadeguatezza dei mezzi di ricerca. La ricerca psicopatologica assume quindi i caratteri della scienza 'normale' o 'paradigmatica'. Il paradigma biologico è prevalente per un lungo periodo, soprattutto perché risulta rispondere alle caratteristiche culturali della comunità scientifica. La sua incapacità a produrre fatti nuovi ed il contrapporsi storico del paradigma psicologico, ne determina la crisi».

Come dice Eysenck (23) « Lo psichiatra sembra salvato dalle difficoltà presentate dal concetto di 'malattia' in quei casi in cui trova un processo 'somatico' responsabile del disturbo (psicologico), processo obiettivamente misurabile e dimostrabile. In questa

« Analisi epistemologie^ dei concetti di normalità e devianza », in *Psicopatologia*, 25-26-27 marzo 1977, 1.

(22) In effetti prima della scoperta dell'origine luetica della paralisi progressiva, di cui è indubbia la causa nella infezione sifilitica del sistema nervoso centrale, si riteneva che questa malattia avesse cause psicologiche curabili con la psicoterapia. EYSENCK H. J., in *Psichiatria sì o no*, Armando, Roma, 1977, ricorda «La maggior frequenza delle paresi generali nei maschi si spiegava con la preponderanza del lavoro intellettuale nell'uomo e col più frequente contatto con le tensioni del mondo, con ambizioni e speranze frustrate. Il basso numero di paretici nella classe contadina veniva spiegato col fatto che questi sono relativamente liberi da emozioni e passioni... Krafft-Ebing, il famoso psichiatra viennese, fornì le seguenti possibilità eziologiche per la paresi generale: vita dissoluta quanto ad alcool e sesso, eredità, il fumare da 10 a 20 sigari Virginia, caldo e freddo eccessivi, trauma cranico, sforzi spossanti sul lavoro, nervi deboli, paura. Tra le donne la menopausa era considerata il fatto più importante perché l'inizio era frequente tra i 40 e i 50 anni... Tra i primi pazienti con paresi generale, descritti da psichiatri francesi, c'erano molti ex soldati e ufficiali degli eserciti di Napoleone. In questi, si pensava che il fattore accelerante fossero i terrori della guerra... ».

(23) EYSENCK H., *op. cit.*, 20.

congiuntura, la psicopatologia è soltanto un mezzo rispetto a un fine, cioè la scoperta di sintomi fisici. La meta finale della ricerca medica è la fisiologia, non la psicologia. Come medici, siamo interessati solo al corpo... Sono malattie soltanto quei processi psicologici prodotti da malattie del cervello. In questa categoria ricadrebbero presumibilmente la paralisi progressiva, l'epilessia e la psicosi degenerativa dell'anziano cioè i disturbi mentali nei vecchi, dovuti a processi fisici nel cervello. La maggior parte di questi, se non tutto questo gruppo, si trova anche nel campo dei neurologi e potrebbe essere più congruo passarli addirittura a chi pratica la neurologia».

È soprattutto chi si è ancora al paradigma medico-biologico dei disturbi psicologici del comportamento che ritiene che questi devono essere curati da medici e da nessun altro.

B) Accanto al paradigma biologico si è affermato il paradigma *psicologista*; esso è come dice Siciliani (24) « da ricondursi all'opera freudiana, in particolare alla teoria delle nevrosi. La psicoanalisi freudiana, pregna, come è ovvio, della cultura del suo tempo, non nega l'esistenza dei processi biologici alla base dei disturbi psicopatologici, come prova tutta la teoria delle pulsioni (Trieb) freudiana, ma li considera inaccessibili rispetto ai propri mezzi.

Questo paradigma però, che comincerà ad affermarsi dopo la prima guerra mondiale e troverà la sua massima espansione negli Stati Uniti negli anni sessanta, è in grado di spiegare quei fatti nuovi (ad esempio le nevrosi) che il precedente paradigma, non avendone trovata la causa organica, non era riuscito ad inquadrare nel proprio modello paradigmatico, rimanendo perciò inspiegabili.

I disturbi mentali sono causati, secondo il nuovo paradigma, da disarmonie dell'apparato psichico, in cui le fantasie inconscie raggiungono un tale potere che la realtà psicologica diventa per il soggetto più significativa della realtà esterna».

In realtà dunque se i disturbi psichici e del comportamento sono considerati attualmente vere e proprie malattie lo si deve essenzialmente al paradigma medico ma anche a quello psicologico

(24) SICILIANI O., *op. cit.*

che è di prevalente natura freudiana. È stato Freud infatti che in prevalenza ha considerato la diagnosi in psicologia clinica, alla stessa guisa delle diagnosi mediche vere e proprie, in cui di fronte alla sintomatologia si cerca di precisare la diagnosi attraverso osservazioni indipendenti come l'analisi del sangue, le schermografie, l'analisi delle urine, ecc.

Questo modello di fronte a disturbi di tipo funzionale presenta una sorta di tautologia in quanto capita che una persona che ha un certo tipo di sintomi viene considerata affetta da nevrosi e la nevrosi viene poi definita come quella malattia di chi presenta certi sintomi, senza che ci possano essere dei criteri indipendenti per valutarla. Come osserva Meazzini (25) « infatti l'affermazione secondo la quale l'individuo è, per esempio, "nevrotico", solo in apparenza sembra essere dotata di un potere esplicativo, nel senso che certe modalità comportamentali sembrano essere riconducibili ad una causa determinata: la nevrosi; in realtà invece essa si limita a descrivere con altri termini, cioè mediante la designazione nosografica di "nevrosi", quei comportamenti che sono stati oggetto della diagnosi...». «Infatti l'affermazione 'questo è un comportamento nevrotico' sembra in apparenza possedere lo stesso significato dell'affermazione 'questo comportamento è causato da una nevrosi'. In realtà però le due affermazioni hanno un significato diverso, in quanto la prima si limita a descrivere ed a valutare un certo tipo di comportamento mentre la seconda affermazione riconduce quel comportamento ad una determinata causa». Ciò può accadere essenzialmente in quanto contrariamente nelle malattie vere e proprie non è possibile effettuare delle osservazioni che sono indipendenti rispetto al rapporto originario tra sintomo e causa presunta.

Meazzini osserva che « è probabile che il lettore giunto a questo punto, possa chiedersi come mai il modello medico venga tuttora seguito in psicologia. Questo interrogativo potrebbe essere riformulato in termini skinneriani e ricevere probabilmente una risposta soddisfacente. Si può cioè ipotizzare che il comportamento

(25) MEAZZINI P., Presentazione, in SKINNER B., *Studi e ricerche*, Giunti, Firenze, 1976, 32 ss.

consistente nell'adozione da parte dello psicologo del modello medico sia il risultato di una serie di rinforzi che potrebbero risiedere :

— nella approvazione sociale rivolta a chi adotta modelli esplicativi consoni con la cultura dominante;

— nella gratificazione prodotta dal fatto, spesso illusorio, di poter ricondurre fenomeni comportamentali molto complessi a cause apparentemente specifiche e precise;

— nei successi terapeutici legati all'adozione di questo modello (è molto probabile che in questo caso i successi si verificano secondo un programma intermittente consolidando ancora di più la risposta rinforzata)».

9. Nonostante che il modello di Freud quindi possa essere considerato di tipo medico, egli era contrario all'idea che solo i medici potessero fare della psicoterapia «Nella primavera del 1926 come racconta Ernest Jones in 'Vita e opere di Freud' (26) un paziente di Theodor Reik intentò un'azione legale verso di lui a causa di un trattamento nocivo, e si appellò alla legge austriaca contro la ciarlataneria. Fortunatamente per Reik, fu dimostrato che il paziente era uno squilibrato le cui prove non erano degne di fede, e questo, insieme all'intervento personale di Freud presso un alto Funzionario (27) risolse la faccenda in favore di Reik. Fu però il pretesto perché Freud scrivesse rapidamente in luglio un libretto dal titolo 'La questione dell'analisi profana' che aveva la forma di un dialogo tra l'Autore ed un interlocutore prevenuto, ricalcato sul funzionario sopra menzionato. La tesi di Freud in quel libro è che « per la legge ciarlatano è colui che tratta ammalati senza essere in possesso di un diploma statale che lo abilita all'esercizio della medicina. Io preferisco una definizione diversa: ciarlatano è colui che intraprende un trattamento senza possedere le conoscenze e le capacità necessarie. In base a questa definizione non esito a sostenere che i medici, e questo non soltanto in Europa, forniscono alla psicanalisi un contingente considerevole di ciar-

(26) Il saggiaiore, Milano, 1962, voi. Ili, 342 ss.

(27) CONTRI G., *La tolleranza del dolore*, La Salamandra, Milano, 1977, ritiene con fondatezza che questo alto funzionario sia il celebre giurista Hans Kelsen.

tetani. Essi esercitano assai spesso una analisi senza averla appresa e senza capirci nulla... In primo luogo occorre tener presente che il medico nel corso dei suoi studi ha acquistato una preparazione che è circa l'opposto di quella preparazione di cui avrebbe bisogno per l'analisi ». È chiaro che Freud non ha mai inteso sminuire la possibile causa organica, biologica, della nevrosi; egli stesso ha sempre fatto riferimento ad un possibile chimismo della libido solo che non essendovene ancora oggi una prova plausibile non si vede perché l'attività di coloro che sono preparati a studiare gli aspetti emotivi della questione dovrebbe essere esclusa (28). Nel lavoro citato Freud ammette che verrà un giorno in cui si troverà la strada che condurrà « dalla biologia somatica e dalla chimica fisiologica alla fenomenologia della nevrosi. Ma questo giorno sembra lontano e questi stati morbosi sono per noi attualmente inattaccabili dal lato medico ».

Come dice Freud « pazienza se l'insegnamento medico si limitasse a non fornire ai medici alcun orientamento nel campo delle nevrosi; ma esso fa di più: fornisce punti di vista falsi e dannosi. I medici nei quali non è stato risvegliato alcun interesse per gli elementi psichici della vita, sono indotti a disprezzarli e a riderne come di cose poco scientifiche. Per questo non possono prendere sul serio nulla di quanto si riferisce a quegli elementi e non sentono gli obblighi che loro competono in questo campo. Per questi ignoranti come sono, non hanno alcun rispetto per l'indagine psicologica e prendono sotto gamba il loro compito ».

In altri lavori sempre sull'argomento Freud (29) notava insistendo sulla sua tesi che il quesito non corretto non era se un'analista abbia un titolo universitario medico ma piuttosto se egli abbia la preparazione necessaria per praticare la psicoanalisi: il che si-

(28) Si veda questo passo di Freud a Pflster, lettera del 25 novembre 1928: « Non so se Lei ha indovinato il legame segreto che unisce il "Problema dell'analisi condotta da noi medici" a "L'avvenire di un'illusione". Nel primo caso voglio difendere l'analisi dai medici, nel secondo dai preti; vorrei trasmettere l'analisi a una categoria che non esiste ancora, a una categoria di pastori d'anime *laici* che non hanno bisogno d'essere medici e non possono essere preti ». FREUD S., *Psicoanalisi e fede, Carteggio con pastore Pfister, 1909-1939*, Boringhieri, Torino, 1970, 125.

(29) FREUD S., Post script to a Discussion on Lay Analysis, in *Collected Papers*, voi. V, Hogarth, London, 1956, 205.

gnifica avere nozioni di scienze del comportamento, psicologia, storia della civiltà e sociologia così come di anatomia e di biologia». «Dopo quarant'un anni di attività medica, dice Freud, la mia autoconoscenza mi dice che io non sono mai stato un medico in senso proprio». Egli racconta come avendo avuto in psicoanalisi un medico psicoanalista fiero oppositore della analisi fatta da non medici alla fine dell'analisi gli chiese : « In quale momento della sua psicoanalisi io ho avuto occasione di usare la mia competenza di medico? ». Egli rispose : « in nessuna occasione ».

Freud sempre in questo scritto fa osservare : « Non sarà sfuggito ai miei lettori che in precedenza ho presupposto come ovvio qualcosa che nella discussione è ancora violentemente dibattuto. Cioè che la psicoanalisi non è assolutamente un campo speciale della medicina. Non vedo come ci si possa rifiutare di riconoscerlo. La psicoanalisi è un pezzo di psicologia, non di psicologia medica nel vecchio senso o psicologia dei processi patologici, ma psicologia puramente e semplicemente certo non la psicologia per intero, ma la sua struttura di fondo, forse il suo fondamento. Non ci si lasci sviare dalla possibilità della sua applicazione ai fini medici, anche l'elettricità e i raggi Rontgen hanno trovato applicazione nella medicina, ma la scienza dell'una e degli altri è la fisica. Nemmeno argomenti di carattere storico possono mutare questa appartenenza. L'intera dottrina dell'elettricità deriva da un'osservazione fatta sul preparato neuromuscolare, ma non per questo oggi a qualcuno viene in mente di affermare che essa è una parte della fisiologia. Della psicoanalisi si insinua che è stata inventata da un medico per le sue preoccupazioni di aiutare dei malati. Ma ciò è indifferente ai fini di un giudizio. Questo argomento storico è perfino pericoloso. A portarlo fino in fondo ci si potrebbe ricordare l'ostilità, l'odio anzi, del rifiuto con cui il corpo medico si è comportato fin dal principio contro l'analisi. E in verità — benché io re- I spinga questa conclusione — mi chiedo ancor oggi con diffidenza se la corte che i medici fanno alla psicoanalisi non sia da ricondurre dal punto di vista della teoria della libido al primo o al secondo degli stadi inferiori di Abraham, se non si tratti di un colpo di mano con l'intenzione di distruggere o di accaparrarsi l'oggetto.

... A questo punto però mi si oppone che la questione se la psicoanalisi come scienza sia una parte della medicina o della psicologia, è, per quanto riguarda il problema terapeutico, del tutto priva di interesse. E che il problema è un altro, precisamente quello dell'uso dell'analisi per il trattamento di malati, e che nella misura in cui essa lo pretende, dovrebbe accettare di essere assunta nella medicina come una specialità, come per esempio la röntgenologia e sottoporsi alle prescrizioni in vigore per tutti i metodi terapeutici. Va bene, concesso, io voglio solo prevenire che la terapia uccida la scienza. Purtroppo tutti i paragoni toccano solo un aspetto, infatti c'è un punto da cui entrambi i paragoni si allontanano. Il corso dell'analisi è diverso da quello della röntgenologia : i fisici non hanno bisogno dei malati per studiare le leggi dei raggi Röntgen. L'analisi invece non ha altro materiale che i processi psichici dell'uomo, e può solo essere studiata nell'uomo; grazie a peculiari relazioni particolarmente comprensibili, il nevrotico è un materiale ben più ricco di insegnamento e più accessibile del normale, e se a qualcuno che vuole imparare ad applicare la psicoanalisi si sottrae questo materiale, lo si decurta di una buona metà delle sue possibilità di formazione. Naturalmente sono ben lungi dall'esigere che l'interesse dei malati nevrotici vada sacrificato alla istruzione o alla ricerca scientifica. Il mio breve scritto sulla questione dell'analisi dei non medici cerca proprio di mostrare che a condizione di osservare certe cautele, i due interessi possono essere accordati, e che questa soluzione serve, not least, l'interesse medico correttamente inteso.. ».

Jones nell'opera citata enumera tutti i problemi che questa posizione di Freud fece insorgere nella società psicoanalitica internazionale soprattutto nella Società Americana, ma come egli stesso nota ci troviamo dunque « di fronte al fatto essenziale intorno al quale ruotano tutti questi problemi, cioè che finora non è stata scoperta nessuna motivazione (né sembra probabile che venga scoperta in futuro) che permetta di investigare gli strati più profondi della mente, al di fuori della motivazione della sofferenza personale. Questo fatto impressionante lega irrevocabilmente la psicologia e tutte le scienze che le fanno corona ».

;

10. Sarebbe erroneo credere che questa posizione sia ancorata ai tempi di Freud dato che qualche anno fa Musatti, psicoanalista laico, si è schierato contro la psicoterapia fatta da non medici distinguendo la « psicologia clinica » che è essenzialmente psicologia, cioè analisi dei problemi della vita ulteriore, sia pure con il metodo clinico, dalla « clinica psicologica » che è terapia condotta con mezzi psichici (30). Egli ritiene che solo i medici, meglio se specialisti in neuropsichiatria e con una precisa preparazione in psicoterapia, debbano esercitare la clinica psicologica. Altrove (31) però, come già ricordato, ha convenuto che: «La terapia psicoanalitica, in quanto si rivolge esclusivamente a processi psichici, ed in quanto fa uso pure di mezzi esclusivamente psichici, non implica a rigore una completa preparazione medica. Richiede invece una particolare preparazione e cultura psicologica, ed in specie psicoanalitica, che il medico generico e lo stesso psichiatra, per o più non posseggono... Anche da un punto di vista legale l'assenza, nella terapia analitica, di somministrazione di farmaci e di intervento sulla persona fisica del paziente, ed il carattere esteriore che la « cura » presenta, di pura « conversazione » tra lo psicoanalista ed il paziente, rende assai difficile che si possano ravvisare gli estremi di un esercizio abusivo della professione medica, in una « cura » psicoanalitica praticata da un non medico (32).

(30) MUSATTI C, *Psicologia clinica e clinica psicologica*, in *Psicologia e vita contemporanea*, Boringhieri, Torino, 1960, 217.

(31) MUSATTI C, *Trattato di psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1971, 13; lo stesso principio viene ribadito recentemente dall'autore (cfr. BARTOLOMEI G., WIENAND U., // *male di testa*, cit., 183) che afferma: «Ognuno è padrone di fare quello che crede, tanto più che tutelare non si può, perché non esiste la possibilità di legiferare in proposito. Chi può dire qualcosa se io o uno qualsiasi mette una persona sul lettino e le dico: "Mi dica tutto quello che le passa per la testa " Esercizio abusivo di quale professione? E il titolo? Titolo di che cosa, psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista? ... Lo psicoterapeuta ha in ogni caso delle grosse responsabilità, nel senso che i fenomeni di transfert si producono comunque, sia per lo psicoterapeuta, sia per lo psicoanalista, sia per lo "scalzacane" qualunque» .

(32) Musatti così spiega di comportarsi, lui psicoanalista non medico, per evitare che un paziente ritenendosi danneggiato, possa coinvolgerlo in un processo per lesioni colpose. « Sottopongo al trattamento psicoanalitico soltanto persone che mi sono inviate da uno specialista neuropsichiatra e sulla base di una sua dichiarazione che per il paziente un trattamento psicoterapeutico, ed in particolare psico-

Attualmente l'art. 4 del regolamento della società psicoanalitica italiana consente che possa diventare psicoanalista con particolari cautele anche un non medico, purché laureato, sia pure con un training e con dei controlli più gravosi che per il medico. Nonostante che due tra i maggiori psicoanalisti italiani non siano medici attualmente la società italiana di psicoanalisi è orientata nel senso di dare la precedenza agli allievi che siano, non solo medici ma anche psichiatri. Un'altra voce autorevolissima poi si è levata in difesa dell'analisi cosiddetta profana da un grande psicoanalista Kurt Eissler (33). Questi osserva che « Nella fase presente dello sviluppo psicoanalitico è probabilmente sbagliato insistere su qualsiasi forma precisa di curriculum come preparatoria per il training della psicoanalisi. Ci sono individui, forse la maggioranza, per cui gli studi di medicina sono la maggior preparazione psicoanalitica; c'è comunque e senza dubbio un numero significativo di persone che potrebbero essere eccellenti psicoanalisti ma che potrebbero « cadere » nello studio della medicina, e non ne avrebbero alcun profitto in ogni modo, in termini di una attitudine verso la psicoanalisi — o nella peggiore delle ipotesi, potrebbero essere meno « equipaggiato » dopo la laurea in medicina (per la psicoanalisi) di quanto lo erano in partenza. La cosa più saggia sarebbe quella di valutare le prospettive di un individuo come analista soltanto sul terreno su quelle che sono le sue doti presenti, indipendentemente dalla particolare area intellettuale in cui i suoi interessi di psicoanalisi si sono accentrati, o in cui le doti presenti sono state provate come produttive».

11. C) Il terzo paradigma è quello che possiamo definire « *socio-ambientale* ». Esso assume che i disturbi cosiddetti psico-

analitico, è specificatamente indicato. Nei casi in cui il paziente si presenti di propria iniziativa o in cui il medico che me lo indirizza non sia da me conosciuto, invio io stesso preliminarmente il malato ad uno specialista di mia fiducia, perché formuli la diagnosi ed al caso prescriva il trattamento. Nel corso stesso del trattamento ricorro all'opera del medico tutte le volte che si producano sintomi per cui possa sorgere il dubbio di una loro origine organica. In queste condizioni non mi è mai accaduto di trattare come funzionale un malato che sia invece organico, o di scambiare per una psiconevrosi forme psicotiche somatogene ».

(33) EISSLER K., *Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis*, I.U.P., New York, 1965.

patologici sono appresi e/o frutto del condizionamento sociale o una reazione agli stress della società.

In questo paradigma può rientrare il modello di tipo comportamentistico, ben riassunto da Meazzini(34): «il solo dato reale è il comportamento. Esso non deve essere inteso come il sintomo di una malattia sottogiacente o come l'espressione epifenomenica dell'apparato psichico ma come un fenomeno autonomo che ha una sua intrinseca validità e dignità scientifica ».

« Il comportamento disadattivo, come d'altro canto qualsiasi altra forma di comportamento, è il risultato di un processo di apprendimento. Naturalmente questo principio non si applica a quei casi che presentano chiare malformazioni genetiche ed evidenti lesioni cerebrali o di altra natura. Da questo principio è enucleabile un corollario di fondamentale importanza, secondo il quale il comportamento adattivo e quello disadattivo si collocano all'interno di uno stesso continuum. Infatti entrambi sono espressioni di analoghi principi di apprendimento e la differenza tra di essi consiste nel fatto che il comportamento disadattivo è generalmente il frutto di un apprendimento carente».

Eysenck, sempre da questo punto di vista (35) osserva che «Il nucleo centrale della teoria è questo: i 'sintomi' nevrotici non sono in realtà sintomatici di alcunché, non c'è alcuna malattia di fondo nessun 'complesso' freudiano, nessun disturbo medico che richieda una cura medica. Ciò di cui ci dobbiamo occupare sono risposte emotive apprese o condizionate e attività motorie iniziate e motivate da queste risposte emotive condizionate. Il termine 'condizionamento' in questo caso si riferisce ad un tipo particolare di apprendimento, scoperto originariamente dal famoso filosofo russo, I.P. Pavlov. ...In primo luogo, le risposte che possono essere condizionate sono di natura in gran parte emotiva, mentre l'apprendimento normale generalmente si riferisce a materiale cognitivo (tavole moltiplicative, numeri telefonici, date storiche, ecc). Ci sono in realtà due fasi distinte del sistema nervoso che mediano il comportamento cognitivo, si definiscono sistema nervoso autonomo

(34) MEAZZINI P., *op. cit.*

(35) EYSENCK H., *op. cit.*

o sistema nervoso centrale. Inoltre, ci sono parti separate del cervello che trattano i messaggi emotivi e cognitivi e la loro coordinazione; questa separazione è naturalmente incompleta ma di gran portata e spiega le principali caratteristiche del comportamento nevrotico — motivato da emozioni che sono però percepite irrazionali. L'emozione può dire una cosa, la mente razionale un'altra, e l'emozione è generalmente più persuasiva della ragione. In secondo luogo il condizionamento obbedisce alle leggi piuttosto diverse da quelle del normale apprendimento. Il condizionamento dipende moltissimo da brevi connessioni temporali tra gli stimoli e le risposte in questione; se c'è un intervallo di più di qualche secondo tra la presentazione del campanello e quella del cibo, non si verifica nessun condizionamento ».

In connessione con questi punti di vista Eysenck ritiene che gli psicologi dovrebbero curare le nevrosi e i disturbi del comportamento, mentre la terapia della psicosi, di cui sottolinea la certezza di un fondamento biologico non ancora individuato, dovrebbe riservarsi ai medici.

« È stato fatto notare che le obiezioni basate sul fatto che soltanto i medici sono qualificati per la cura delle malattie, sono ingiustificate, perché i disturbi comportamentali possono essere considerati 'malattie' soltanto con un indebito allargamento del significato del termine, per cui non esistono basi razionali. I disturbi comportamentali sono più in linea con un modello educativo, che richiede rieducazione, che con un modello medico, che richiede cure mediche. L'uso di termini medici a questo proposito, spesso confonde le cose, ma questi termini non dovrebbero portarci ad usare modelli medici in situazioni in cui sono decisamente inappropriati ».

In questo paradigma possono farsi rientrare, sia la teoria della programmazione parentale di Erich Berne (36), per il quale l'individuo viene come un computer programmato dal genitore attraverso modelli educativi a vivere da adulto un certo copione, di cui quello essenziale è di vincere o il perdere, in questo secondo si può far rientrare anche la malattia mentale, e la teoria sistemica

(36) BERNE E., « *Ciao!* »... e poi?, Bompiani, Milano, 1979.

della scuola di Palo Alto in California che è stata da taluni ritenuta una sorta di neo-comportamentismo (37).

Per questo gruppo di studiosi, il sintomo rappresenta un tipo di comunicazione ed una tattica interpersonale. Occupandosi in particolare della schizofrenia questa per essi rappresenta un tentativo di non comunicazione, ma poiché il comportamento non ha un suo opposto, cioè non esiste un non comportamento, non esiste la possibilità di non comunicare. Dunque la schizofrenia rappresenta una forma di non comunicazione che paradossalmente sussiste in un tentativo di non comunicare. Lo schizofrenico si trova nella convinzione di negare che egli sta comunicando e al tempo stesso che il suo diniego è comunicazione. Se due passeggeri sono seduti in aereo uno vicino all'altro, magari legati con la cintura di sicurezza, e uno dei due vuole 'attaccare bottone' e l'altro non ne ha gran voglia, questo secondo nella impossibilità di abbandonare il campo può adottare quattro tipi di risposta:

- 1) rifiutare anche cortesemente di comunicare (il che rappresenta pur sempre una forma di rapporto comunicazionale);
- 2) accettare di comunicare nonostante tutto;
- 3) qualificare la comunicazione contraddicendolo, distraendosi, saltando di palo in frasca, essendo evasivo, fraintendendo, prendendo le metafore alla lettera o viceversa;
- 4) rifugiandosi nel sintomo, cioè accampano sonno, mal di testa, mal di gola, sordità, ubriachezza, incapacità di comprendere la lingua ecc.

Lo schizofrenico catatonico adotta il primo tipo di soluzione. Altre forme di schizofrenia il terzo e il quarto sistema. Lo schizofrenico pone in essere delle caratteristiche qualificative dei propri messaggi. Ogni messaggio è così costituito: io (soggetto) comunicazione (messaggio) a te (ricevente) in questo contesto. La sintomatologia dello schizofrenico può esprimersi squalificando ciascuno di questi termini per esempio la sorgente « io sono Napoleone » op-

(37) WATZLAWICK P. e al., *Pragmatica della Comunicazione Umana*, *op. cit.*; HALEY J., *The Family of the Schizophrenic: A Model System*, in JACKSON D. (a cura di), *Communication Family and Marriage*, Science and Behavior Books, Palo Alto, 1969, 171; RUESCH J., BATESON G., *Communication*, Norton, New York, 1968; GULOTTA G., *Commedie e drammi nel matrimonio*, Feltrinelli, Milano, 1976.

pure il messaggio « per esempio parlando "a casaccio" in modo incomprendibile » oppure il ricevente «tu sei un soldato dell'esercito napoleonico » oppure il contesto « noi siamo in zona di operazioni di guerra».

Secondo questo punto di vista la condizione schizofrenica è presente presso individui che nell'infanzia sono stati sottoposti da persone significative come i genitori ad una sequenza continua di messaggi chiamati di « doppio legame » contraddistinta da una incongruenza di messaggi in una situazione interpersonale molto stretta in cui uno dei soggetti si trova nella situazione di dover obbedire o comunque di rispondere ai messaggi senza poter abbandonare il campo, le reazioni del legato possono essere tre tipi:

1) ritenere che qualche aspetto della situazione o del messaggio sia sfuggito o meglio nascosto dall'altro con una reazione ossessiva per scoprire questi elementi (schizofrenia paranoide);

2) prendere alla lettera il messaggio incongruo evitando ogni idea personale omettendo di distinguere ciò che è importante da ciò che non lo è (schizofrenia ebefrenica);

3) ritirarsi dalle complicazioni della vita chiudendosi in un preciso ed assoluto mutismo come difesa dall'ingresso di comunicazioni incomprensibili (catatonìa).

Le conclusioni quindi dei seguaci della scuola di Palo Alto sono che : « Il doppio legame non causa la schizofrenia. Tutto quello che si può dire è che dove il doppio legame è diventato il modello predominante della comunicazione, e dove l'attenzione diagnostica viene limitata dall'individuo più manifestamente disturbato, si scoprirà che il comportamento di questo individuo soddisfa i criteri diagnostici della schizofrenia. Soltanto in questo senso un doppio legame si può considerare causativo e quindi patogeno» (38). L'ipotesi eziologica del doppio legame, poi, si può allargare anche a molte nevrosi, quali quella fobica, quella ossessiva e quella isterica. In quest'ultima infatti, la serie di messaggi incongruenti cui il futuro malato è sottoposto da parte della sua famiglia, e che lo inducono alla passività, si possono riassumere in

(38) Cfr. WATZLAWICK P., *op. cit.*, passim.

questa forma: «prendi delle iniziative, ma ricordati che non si devono prendere delle iniziative » ; nella fobica : « sii indipendente ma dipendi da me»; nella nevrosi ossessiva: «sii indipendente anche se naturalmente non puoi farcela ». I soggetti reagiranno a questi messaggi incongrui sviluppando un sintomo nevrotico che rappresenta una comunicazione paradossale, con cui si tenta di salvare capra e cavoli, cioè di rendere congruente una incongruenza (39).

Per quanto concerne il *paradigma* più strettamente *sociologico*, occorre dire che per esso la malattia mentale è una pura metafora. Secondo Szas la malattia mentale è un mito il che non significa negare dei fatti, ma ricollocarli in una dimensione diversa, vale a dire trasferirli dalle categorie della malattia mentale a quella della condotta personale. Ritiene che chiamare malato chi si comporta in maniera diversa degli altri significa usare una metafora che dipende dalle regole che gli psichiatri hanno costituito per definire la normalità e la salute psichica (40). Il fatto che ogni corrente psichiatrica crei dei nuovi parametri della salute mentale significa creare nuove classi di malati di mente.

Questo discorso nato in relazione all'isteria, cioè ad una nevrosi, è stato poi esteso soprattutto alla schizofrenia(41) cioè ad una psicosi.

(39) Cfr. SLUZKI V., VERON E., The Doublé Bind as a Universal Pathogenic Situation, in *Fani. Proc.*, 1971, 397.

(40) SZAS T., // *mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano, 1966. Cfr. anche BOWMAN K., ROSE M., A Criticism of the Terms Psychosis, and Neurosis, in *Ani. J. Psychiatry*, 1951, 161. Un altro psichiatra BERNARD CRUVANT ha sostenuto nell'importante simposio What is Insanity?, in *Archives of Crim. Psychodynam.*, 1961, 284, che « Per molti psichiatri che hanno esperienza in campo forense il termine "infermità" rappresenta un "anatema sematico" senza contropartita nella diagnosi psichiatrica ». Cfr. anche ELLIS A., Should Some People be Labeled Mentally 111., in LINDGREN H. (a cura di), *Readings in Personal Development*, American Book Co., New York, 1969, 143 e SARBIN T., On the Futility of the Proposition That Some People be Labeled « Mentally 111 », in LINDGREN H. (a cura di), *Readings in Personal Development*, American Book Co., New York, 1969, 151.

(41) COOPER D., *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma, 1969; MANNOIN M., *Le Psychiatre, son « Fou » et la Psychanalyse*, Edition du Seuil, Paris, 1970; LAING R. D., ESTERSON A., *Normalità e follia nella famiglia*, Einaudi, Torino, 1970.

La sintomatologia è vista dagli antipsichiatri come una sorta di strategia del paziente in osservanza ad una dinamica familiare e sociale che lo costringe ad un ruolo di capro espiatorio. Le sue stranezze comportamentali ed ideative vanno interpretate come reazioni ad un ambiente che vi proietta una logica contraddittoria, come un tentativo abortito di mettere ordine in una situazione di stimoli antitetici.

Così Cooper definisce la più tipica malattia mentale : « La schizofrenia è una situazione di crisi microsociale in cui le azioni e l'esperienza di una data persona sono invalidate da altre persone per determinanti motivi culturali e microculturali (di solito familiari), fino al punto in cui la persona è identificata come "malata di mente" in cui un determinato modo, per essere poi confermata (attraverso un procedimento definitorio specificabile ma latamente arbitrario) nello statuto di "paziente schizofrenico" da autorità mediche e paramediche » (42).

Per dirla con Szas « La psichiatria viene di solito definita una specializzazione medica che si occupa dello studio, della diagnosi e del trattamento di malattie mentali. Si tratta di una definizione priva di valore, oltre che fuorviante. La malattia mentale è un mito; gli psichiatri non si occupano di malattie mentali e del loro trattamento ma, nella prassi effettiva, hanno a che fare con difficoltà di carattere personale, sociale ed etico... Benché pesanti pressioni istituzionali contribuiscano a mantenere i problemi psichiatrici nel tradizionale ambito concettuale della medicina, è chiaro che il compito scientifico consiste nel ridefinire il problema della malattia mentale, in modo da poterlo immettere nella categoria generale della scienza dell'uomo. Impresa alla quale contribuisce, alla pari di numerose altre discipline, la medicina stessa».

12. Da questo esame risulta come dal punto di vista della storiografia Kuhniana la psichiatria è «una scienza in crisi», in quanto *accanto ad un paradigma originario*, quello biologistico, sono sorti altri *paradigmi alternativi*, e precisamente quello psicologico e quello sociologico, che coesistono, pur essendo sotto vari aspetti reciprocamente esclusivi.

(42) COOPER D., *Psichiatria e antipsichiatria*, cit.

Ci si può chiedere come è possibile che sussista la copresenza di differenti paradigmi senza che un paradigma sia riuscito completamente a soppiantarne un altro.

Questo fatto, come osserva anche Siciliani, può avere più spiegazioni: o perché alla resistenza sopra accennata si aggiunge il fatto che «la comunità degli psichiatri è più tollerante, ad esempio di quella dei fisici; oppure perché la psichiatria è talmente poco scientifica da poter ammettere qualsiasi posizione concettuale; oppure ancora perché il potere tecnico della psichiatria (leggi: mandato sociale) è così preponderante da assicurare di fatto la 'rispettabilità scientifica' a chiunque lo detenga » (43).

Nessuno di questi paradigmi può essere considerato più vero da un punto di vista epistemologico. La psichiatria e la psicologia clinica allo stato attuale sono delle protoscienze non si prestano ad essere confutate, anzi qualunque teoria tende a trovare sempre una verifica nel mondo.

In questo stadio della evoluzione della psichiatria solo il paradigma biologistico che è per questo momento screditato, per quanto riguarda le nevrosi e in gran parte per quanto attiene alle psicosi, offre la possibilità di essere confutabile. Occorre dire che taluni suoi sostenitori ritengono che la mancanza di individuazione delle eziologie biologiche della cosiddetta malattia mentale non dipende dalla loro mancanza, ma dalla impossibilità tecnica, per carenza attuale dei mezzi di ricerca, di individuarla. Non apparirebbe dunque corretto negare l'esistenza di ciò che non si riesce a comprendere.

D'altronde si è visto, che, in epoca precedente alla conoscenza del fatto che la paralisi progressiva o demenza precoce erano di origine luetica, si davano spiegazioni psicologiche di essa.

Gli altri paradigmi soffrono dei difetti che Popper attribuisce alla astrologia ma in particolare alla psicoanalisi (44).

Raccontando del suo primo interesse per quest'ultima dice « il mondo era pieno di verifiche della teoria. Tutto quello che acca-

(43) SICILIANI C, *op. cit.*, 13.

(44) POPPER K., La psicoanalisi tra mito e scienza, in ANTIERI B. (a cura di), *Analisi epistemologica del marxismo e della psicoanalisi*, Città Nuova, Roma, 1974, 211.

deva contribuiva sempre a confermarla. La sua verità appariva perciò manifesta, e quanti non vi credevano risultavano chiaramente persone che non volevano vedere la verità manifesta, che si rifiutavano di vederla, o perché contrastava con i loro interessi di classe, o a causa delle loro inibizioni, tuttora 'non analizzate' e reclamanti ad alta voce un trattamento clinico.

L'elemento più caratteristico di questa situazione mi sembrò essere l'incessante flusso di conferme, di osservazioni atte a «verificare» le teorie considerate.

Conferma di che cosa, mi chiedevo? Semplicemente del fatto che un caso poteva essere interpretato alla luce della teoria. Ma questo significa ben poco riflettevo, dato che ogni caso concepibile poteva venir interpretato alla luce della teoria di Adler, o egualmente di Freud.

Le due teorie psicanalitiche erano situate in una classe differente. Erano semplicemente incontrollabili, inconfutabili. Non vi era alcun concepibile comportamento umano che potesse contraddirle. Ciò non significa che Freud e Adler non vedessero certe cose correttamente : a mio avviso, molto di quanto essi hanno detto ha senza dubbio notevole importanza e potrà ben svolgere un suo ruolo, un giorno, all'interno di una scienza psicologica controllabile. Ma questo non implica che le 'osservazioni cliniche' ingenuamente addotte dagli analisti a conferma della loro teoria siano in grado di assolvere detto compito più di quello che siano riuscite a farlo le conferme quotidiane, attinte nella loro pratica dagli astrologi. E, per ciò che concerne l'etica freudiana dell'Ego, del Super-ego, e dell'Io, non è possibile rivendicare uno stato scientifico più di quanto lo sia per le vicende storiche dell'Olimpo di Omero. Si tratta di teorie che descrivono alcuni fatti, ma alla maniera dei miti. Esse contengono le più interessanti suggestioni psicologiche, quantunque in una forma non controllabile ».

Comunque sia, per dare una idea di come attualmente molte discipline e molte professioni interagiscano, si veda questo prospetto suggerito da Wolberg (45).

(45) WOLBERG R., *Psicoterapia e scienze umane*, Angeli, Milano, 1971, 202.

Premesse	Principali campi collegati	Professionisti interessati	Metodo di trattamento
Biologiche	Neuroanatomia, Neurofisiologia, Biochimica, Etologia, Genetica.	Neuroanatomici, Neurofisiologi, Neurologi, Genetisti, Fisiologi, Biologi, Biochimici, Etologi, Medici, Infermieri.	Terapie somatiche: farmacoterapia, terapia del sonno, terapia elettroconvulsiva, coma insulinico, psicotomia (topectomia, lobotomia).
Psicologiche	Teoria del condizionamento e dell'apprendimento, Teoria dello sviluppo, Teoria psicoanalitica.	Psichiatri, Psicologi, (sperimentali, dell'educazione, dello sviluppo, clinici); Educatori, Assistenti sociali in campo psichiatrico.	Psicoterapia, Psicoanalisi, Terapia del comportamento, <i>Counseling</i> terapeutico, Ipnoterapia.
Sociologiche	Teoria sociale, Teoria dei ruoli, Teoria del campo, Ecologia, Antropologia, Dinamica di gruppo.	Sociologi, Assistenti sociali, Psicologi sociali, Antropologi.	Trattamento al caso, Terapia ambientale, Terapia di gruppo, Psicodramma, Sociodramma, Terapia familiare, Terapia sociale, Terapia transazionale.
Filosofiche	Religione, Filosofia.	Religiosi, Filosofi.	Esistenzialismo, Buddismo Zen, Yoga, Terapia religiosa.

Personalmente ritengo che gli stati psicopatologici rappresentino un processo dinamico correlato alla natura dell'individuo e al suo ambiente, e a variazioni quantitative dei rapporti tra questi due fattori che in determinate condizioni 'cruciali' producono delle variazioni qualitative nella personalità (46).

Da un punto di vista individuale mi riferisco sia a fattori biologici, costituzionali, e biochimici sia a fattori esperienziali; da un punto di vista ambientale mi riferisco sia a stress di tipo fisico, e chimico ma anche di tipo più strettamente sociale dipendente dalla razza, della educazione ricevuta dallo stato socio-economico...

Questi fattori sono per loro natura relativi in quanto mentre da un lato certi stress sono per taluni sopportabili per altri non lo sono, dall'altro la valutazione di un comportamento come deviante da un punto di vista psicologico è pur sempre legata a parametri culturali.

Credo che i fattori costituzionali non possano essere trascurati, non perché particolarmente importanti in psicopatologia, ma perché operanti in ogni comportamento umano, come ci si può convincere osservando il diverso comportamento e il 'carattere' di due bambini appena nati.

Non si può dire oggi se questi fattori contribuiscano direttamente sempre alla determinazione della psicopatologia, salvo ovviamente talune psicosi di natura chiaramente organica, ma certamente ne costituiscono il background indispensabile. Una concezione come questa spiega evidentemente come non possa esistere sempre una differenziazione marcata tra psicosi e nevrosi, e come una persona sana possa comportarsi in modo « anormale ».

In quanto non mi nascondo che effettivamente, soprattutto per quanto riguarda le psicosi, potrebbe individuarsi una causa fisiologicamente e biologicamente ben definibile anche sotto il profilo di un possibile chimismo, ma proprio perché la situazione allo stato è quella che è, preferisco tra i vari paradigmi quello che privilegia il parametro della non-malattia per certi disturbi dell'indi-

cò) Cfr. MARMOR L., PUMPIAN-MINDLIN E., Toward an Integrative Conception of Mental Disorder, in GRAY W., e altri (a cura di), *General System Theory and Psychiatry*, Little, Brown and Company, Boston, 1969, 297.

viduo diversamente per il meccanismo della profezia che si auto-determina lo si fa sentire anche più « malato ». Come osserva Richelle (47). « Ora, può essere un gran male consegnare alla medicina il più piccolo problema psicologico con il pretesto che potrebbe trattarsi di una malattia: pericolo, lo abbiamo detto e ripetuto, di eludere il problema della responsabilità del soggetto, pericolo di drammatizzare la situazione, o al contrario di semplificarla, perciò di mettere in opera delle terapie che si limitano a mascherare momentaneamente i problemi, come è tanto spesso il caso dei medicinali moderni destinati a ridurre miracolosamente l'ansietà, l'emotività o l'agitazione. Sarebbe illuminante enumerare obiettivamente i casi in cui l'intervento dello psicologo ha impedito, involontariamente, di mettere in luce una seria malattia organica. Ma sarebbe non meno utile calcolare le persone che, avendo creduto ben rivolgersi a un medico piuttosto che a uno psicologo, si ritrovano con gli stessi problemi mesi e anni più tardi, e con qualche problema supplementare, come la dipendenza da una droga che sembra loro necessaria per sopportare essi stessi.

A una valutazione sociale, ci sembra molto più grave fabbricare migliaia di tossicomani che si ignorano piuttosto che lasciare sfuggire all'intervento medico qualche centinaio di seri casi organici ».

13. La resistenza nei confronti della psicoterapia cosiddetta laica, si fa sentire anche nell'iter legislativo attualmente in corso per la costituzione dell'Albo dell'ordine degli psicologi, attualmente all'attenzione della Commissione IV Giustizia e XIV Igiene e Sanità. L'art. 4 del Progetto di Legge nell'elencare le attività dello psicologo non parla specificatamente di psicoterapia. Infatti recita: « L'esercizio della professione di psicologo comprende : lo studio, l'approntamento e l'impiego di metodi, tecniche e strumenti psicologici conoscitivi e di intervento individuale e collettivo, ai fini: dell'orientamento scolastico e professionale, della psicoprofilassi, della psicodiagnostica, di attività di sostegno e rieducazione psicologica, dell'inserimento sociale degli handicappati, della consulta-

(47) RICHELLE M., *Perché gli psicologi?*, Elle Emme, Milano, 1975.

zione psicologica su problemi familiari, della comunicazione, organizzazione e sviluppo sociale, nonché l'insieme di tutti i servizi all'individuo e alla collettività e agli organismi sociali relativi all'ambito di applicazione della psicologia».

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psicologia Scientifica, in data 28 aprile 1978, in una lettera agli Organi competenti esprimeva l'opportunità che nella formulazione dell'art. 4, relativo ai campi di intervento dello psicologo, venisse riaffermata in modo più esplicito l'operatività terapeutica volta a modificare situazioni individuali (con l'ovvia esclusione della prescrizione dei farmaci), familiari, e sociali. Pertanto proponeva che nell'art. 4, dopo la formulazione «... della psicoprofilassi, della psicodiagnostica... » approvato dal Senato, venisse reinserito (come nell'originario disegno di legge 442): «...della psicoterapia... » (48).

Ritornando alla questione dell'ipnosi è chiaro che quanto detto fin qui per la psicoterapia in generale vale anche per la ipnositerapia. Abbiamo già visto che non esiste divieto di ipnotizzare a scopi non terapeutici, salvo la responsabilità se ciò possa procurare pericolo all'incolumità della persona.

Ma a proposito dei pericoli dell'ipnosi vedremo come questo evento sia particolarmente raro, se utilizzata da persone esperte e responsabili.

Diverso è il problema dell'ipnositerapia. A mio giudizio questo va inquadrato, come già accennato, in quello della psicoterapia in generale, per cui questa va fatta solo da psicologi preparati. La ipnosi è un processo essenzialmente psicologico, le cui fondamenta biologiche e neurofisiologiche sono poco chiare e non si vede comunque come, anche se il fondamento fosse biologico, si potrebbe da ciò dedurre una limitazione per chi non sia medico. Grandi ipnotisti e ipnoterapisti, come Benussi, Shor, Estabrooks, Marcuse, Dorcus, Kline che è stato Presidente della Società Internazionale di ipnosi clinica e sperimentale, Pattie, Sarbin, Watkins, nomi tra

(48) La sezione Regione Piemonte della SIPS ha poi inviato un « promemoria sulla psicoterapia » ai membri della Commissione Giustizia della Camera dei Deputati (in *Riv. Psicol.*, 1978, 202), in cui si ribadisce che lo psicologo può esercitare la psicoterapia.

i più prestigiosi dell'ipnoterapia non sono medici. Sono autori di trattati e di lavori fondamentali nella scienza di cui ci occupiamo. Anzi soprattutto nell'ipnosi è da dire che la differenza tra l'aspetto sperimentale e quello clinico rende indispensabile la funzione dell'ipnotista psicologo dato che nelle facoltà mediche non si insegna la sperimentazione del comportamento umano. E poiché come sempre la clinica e la sperimentazione sono strettamente legati anche lo psicologo ipnotista rigorosamente diretto alla sperimentazione deve avere pratica dell'ipnoterapia. Ciò soprattutto perché il clinico poi possa avvantaggiarsi di ciò che lo sperimentista gli mette a disposizione. Non a caso la Società internazionale d'ipnosi è chiamata d'«ipnosi clinica e sperimentale».

Per questo non sono mai stato d'accordo sull'ordine del giorno, firmato da numerosi docenti di medicina e uno psicoanalista non medico, che, nell'agosto del 1968, chiedeva al Ministero della Sanità, anche attraverso la costituzione di una apposita commissione « A difesa e tutela della società dei provvedimenti atti a regolamentare la applicazione e l'insegnamento dell'ipnosi, ritenendosi quest'ultima ammissibile soltanto nell'alveo delle Facoltà mediche Universitarie e nell'ambito Ospedaliero » (49). Sono invece d'accordo con la formulazione dell'art. 93 del Codice di Deontologia Medica, approvato nel 1978, che vieta al medico di favorire in qualsiasi modo un'attività sanitaria ivi compresa l'ipnosi-terapia alle persone che non siano deputate ad esse e sono d'accordo, come ho già detto, che si considerino gli psicologi come esercenti una attività sanitaria.

Se si esaminano criticamente, alla luce di quanto abbiamo fin qui visto, la dottrina giuridica in materia di esercizio abusivo della professione sanitaria, è chiaro che la psicoterapia non appare di esclusiva pertinenza medica, ma possa essere esercitata anche dagli psicologi. Sia i medici che gli psicologi dovranno naturalmente essere preparati a ciò, pena, nel caso che il paziente ne

(49) *Rass. Ipn. Med. Psic.*, 1968, 59, 4635. ARONS H., in *op. eh.*, 187, osserva e ricorda che nel 1965 la « Commissione Californiana sulla Salute Mentale » ha escluso la necessità di una legislazione particolare dell'ipnosi.

soffra un danno, la responsabilità per colpa derivante da imperizia (cfr. art. 43 c.p.).

Già nel dibattito del 1974 citato all'inizio di questo capitolo, facevo notare a Gilli che uno psicologo che non sia medico non può curare delle malattie che abbiano fondamento prettamente organico, essendo ciò riservato ai medici. Anche se la distinzione tra soma e psiche è per molti aspetti arbitraria, è certo che, almeno allo stato delle nostre conoscenze, non tutti i disturbi psicopatologici hanno una base organica, pur, evidentemente, innestandosi pienamente nella fisiologia dell'individuo che ne soffre.

Le interpretazioni restrittive che la giurisprudenza ha dato nei confronti dell'art. 348 c.p. sono dirette ad arginare il fenomeno dei guaritori, dei maghi... perciò è sempre stato vietato a chi non sia medico intervenire a scopi terapeutici ovunque ci fosse una modificazione somato-psichica che procuri sofferenza ad un individuo. E si badi che ai fini del divieto in parola la giurisprudenza equipara alla terapia la diagnosi.

Oggi c'è una nuova realtà quella degli specializzati in psicologia e quella dei laureati in psicologia. Faccio ovviamente riferimento a quelli tra loro che non sono anche laureati in medicina (per i quali ultimi nessun problema si pone). Essi hanno studiato materie come la psicologia clinica, la psicodiagnostica, la psicopatologia, la neurofisiologia, la psicologia fisiologica, i fondamenti biologici ed anatomo-fisiologici dei processi mentali, la neuro-psichiatria infantile... il tutto si è concretato in numerosi esami, taluni anche biennali. Secondo gli autori che si sono occupati del problema, sia pure non così specificatamente, questi psicologi non potrebbero curare una psiconevrosi perché di estrazione letteraria, mentre lo potrebbe il medico appena laureato ed abilitato (si badi, non lo psichiatria che è ovvio) in quanto ha la « patente » per curare tutto. Orbene costui può avere superato un solo esame di psichiatria, e non di psicologia essendo questa materia, nella facoltà mediche di cui sono a conoscenza, facoltativa: ha superato solo un esame di neurologia (e che cosa ha a che vedere con una nevrosi?) eppure può curare un agorafobo, un balbuziente... L'assurdo è evidente. La comparazione non va dunque fatta tra psicologo e psichiatra, essendo ovvio che il secondo ha uno spazio ope-

rativo più ampio del primo riferito ad una sfera di intervento che investe tutto il soma del paziente e potendo, al contrario dell'altro, prescrivere medicine, *ma tra medico appena laureato ed abilitato e psicologo*. Si vedrà allora che tutto il discorso della « estrazione letteraria » è irrilevante, stante il fatto che anche per il medico appena laureato la sua estrazione è letteraria visto che ha dovuto fare il liceo. Solo che lo psicologo specializzato, è, non solo già laureato (il che conta poco perché le materie che ha studiato all'Università per ottenere la laurea possono non avere nulla a che fare con la psicopatologia, così come d'altronde per il medico nulla ha a che fare il greco e la storia dell'arte con la cura del morbillo), ma ha in più, lo psicologo rispetto al medico, studi che attengono direttamente alla diagnosi e alla terapia dei disturbi psicopatologici (psicoanalisi, ipnositerapia comportamentistica...). Ciò che invece il medico non ha salvo che per un suo interesse personale.

È palese allora che il problema è mal posto e che sia la giurisprudenza che la dottrina giuridica non hanno tenuto conto della realtà scientifica di questi ultimi anni. (È d'altra parte noto che la giurisprudenza è sempre molto cauta nel recepire i fenomeni sociali).

Richiamo poi l'attenzione sul fatto che alcuni dei più illustri psicoterapisti non sono medici : Melarne Klein, Erik Erickson, Emilio Servadio, Cesare Musatti, Cari Rogers...

In un più recente dibattito si è discusso addirittura se sia necessario che lo psichiatra abbia la formazione medica, rovesciando così la problematica (50). Notando come fu Cari Rogers il primo psicologo clinico che nella pratica terapeutica si staccò dal modello medico rifiutandosi di assumere la responsabilità per il comportamento del paziente (per esempio anche quando minacciava il suicidio), si ammette che è assurdo che la formazione medica dello psichiatra escluda solitamente uno studio sistematico del comportamento della psicologia normale, come se un chirurgo non studiasse l'anatomia diciamo sana, o un patologo la istologia normale. D'altronde una formazione medica per gran parte dimentica,

(50) Cfr. tra gli altri ORNE M., *Should Psychiatrist be Medically Trained?*, in BRANDY I., BODIE H., *Controversy in Psychiatry Sounders*, Philadelphia, 1978, 44 s.

come quella dello psichiatra, potrebbe dargli un senso di falsa sicurezza che potrebbe non investigare approfonditamente eventuali correlazioni organiche del disturbo del paziente. Cosa che non dovrebbe succedere allo psicologo accorto e prudente.

Non si nega, sia chiaro, che nell'isteria, nella schizofrenia, nella paranoia, nelle psiconevrosi in genere, siano in questione anche processi somatici. L'origine di questi disturbi però, almeno allo stato delle nostre conoscenze non è stato individuato in una causa organica (anche se c'è qualcuno che è a caccia della « schizzococco»). Certo vi sono delle manifestazioni metaboliche, somatiche, così come quando si è innamorati, batte il cuore, si arrossisce, si suda, si trema, e tutto ciò, è ovvio, avviene per via fisiologica. Ma chi se la sentirebbe di ridurre un sorriso alla contrazione delle mascelle?

Che importanza poi può avere il discorso di Gilli del collasso del paziente come accidente eventuale da fronteggiare in modo competente e quindi nei confronti del quale lo psicologo non può essere preparato? È noto come a causa di forti emozioni si può avere un collasso di fronte ad un avvocato, di fronte ad un sacerdote, i quali, così come lo psicologo non medico, si adoperano in questi casi umanamente e con tutto il buon senso a disposizione. Un infarto può avvenire al bar, al cinema, facendo l'amore...

È quindi un problema di misura. Lo psicologo non solo dovrà essere competente di psicoterapia ma non dovrà prendere in cura nessuno che non sia già stato visitato da un internista e/o da un neurologo. Se quest'ultimo gli esclude una causa organica del disturbo accusato dal paziente (per esempio un tumore o una lesione al cervello), senza nessun diritto di prescrivergli alcun medicamento, lo psicologo potrà iniziare la psicoterapia, inviando il paziente per controlli sanitari dal medico, ogni volta che sorgano dubbi circa l'eventuale insorgenza di una patologia a base organica.

Il suo comportamento terapeutico poi sarà, nel caso che il paziente ne subisca un danno, valutato secondo il parametro della colpa per imperizia se non si è accorto che la situazione trascendeva la sua competenza, o per negligenza, se accortosene non si è attivato inviando il paziente dallo specialista competente.

Ma altrettanto, sia chiaro, avverrà per quel medico che senza alcuna conoscenza di problemi psicopatologici e di psicoterapia cercherà, danneggiandolo, di curare uno schizofrenico o un agorafobo.

La valutazione avverrà con la stessa accuratezza con cui si opera nel caso che un ostetrico abbia estratto dei denti ad un paziente e da questo sia derivato un danno.

14. Oggi comunque la situazione è legislativamente chiarita. Per esempio la cosiddetta legge Mariotti (Legge 18 marzo 1968 n. 431) prescriveva all'art. 2, uno psicologo per ogni ospedale psichiatrico.

Poiché era certo che questo non doveva essere assunto per lavare i piatti o fare le pulizie ma per entrare negli staff terapeutici, quindi non solo per la diagnosi ma anche per la terapia, era evidente che la condizione dello psicologo si poneva in modo tutt'affatto differente da tutti gli altri non medici, nei confronti dei quali nessuna giustificazione — qualora tenessero pratiche psicoterapeutiche — è pensabile anche allo stato presente della legislazione italiana.

Nel dibattito che ho più volte richiamato — perché a mia notizia è l'unico pubblicato in cui l'opinione rigoristica è stata così precisamente affermata — Gilli mi obiettava con fermezza che se « è vero che gli ospedali, giusta la legge di riforma ospedaliera, dovranno avere nel loro ambito degli psicologi, la legge non dice però che questi abbiano ad essere di estrazione letteraria ed io, e con me tutti!, ritengo che abbiano ad -essere quindi di estrazione medica ».

Per provare quanto l'opinione" rigoristica sia infondata, si consideri una recente sentenza del Consiglio di Stato (sez. V, 17 febbraio 1978, non pubblicata) che decidendo sull'appello di tre psicologi piemontesi, avverso una sentenza del Tribunale amministrativo regionale, osserva-a in motivazione che:

« l'impugnata sentenza del TAR infatti, per respingere il ricorso degli attuali appellanti, afferma che non esisterebbe normativa alcuna da cui potersi ricavare l'appartenenza degli psicologi al ruolo del personale sanitario medico per cui gli accordi nazionale e regionale, che ciò escluderebbero, non sarebbero viziati da illegittimità.

D Collegio ritiene invece che l'assimilazione degli psicologi al personale medico, naturalmente di quelli in servizio presso gli ospedali psichiatrici, si ricavi in maniera incontrovertibile dalla normativa legislativa esistente in materia, integrata dai vari decreti interministeriali emanati in esecuzione e per delega di dette leggi.

Come è noto, i moderni criteri diagnostici e terapeutici, in materia di malattie cosiddette mentali, considerano ormai superati i vecchi rimedi consistenti in elettroshock, lobotomia, iniezioni di insulina per provocare il coma ipoglicemico, ed a maggior ragione, quelli che si rifanno alla contenzione, alla costrizione fisica. Nell'ammalato di mente, secondo tale moderno indirizzo, va vista la creatura umana con la sua dignità e con tutta la sua personalità, occorre quindi instaurare un colloquio, non certo empirico, ispirato dalla conoscenza dei più aggiornati principi, sì da comprendere le cause della sofferenza psichica dell'infermo per combatterle e per cercare di portare alla guarigione l'ammalato il quale può aver bisogno, sì, di farmaci prescritti dal medico, ma non soltanto di quelli.

Le leggi approvate negli ultimi tempi in materia, sia per quanto riguarda l'aspetto organizzativo degli ospedali psichiatrici, sia per quanto riguarda l'inquadramento del personale addetto a questo particolare tipo di infermi, non potevano non tener presente questa concezione del problema e ad avviso del Collegio, la normativa invocata dagli appellanti a sostegno delle loro doglianze è certamente influenzata dai principi cui si è sopra fatto riferimento.

Già con la legge 18 marzo 1968 n. 431, avente per oggetto "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", viene per la prima volta esplicitamente stabilito che ogni ospedale psichiatrico deve avere "un direttore psichiatrico, un medico igienista, uno psicologo...". Si istituzionalizza così l'equipe addetta all'assistenza degli infermi di mente: accanto allo psichiatra lo psicologo, con attività ed interventi che si integrano e completano in quella che viene definita "assistenza psichiatrica" » (51).

(51) Così prosegue la motivazione: «Una prima conferma di questa assimilazione degli psicologi al personale medico viene con il D.I. 6 dicembre 1968, emanato per delega dall'art. 5 della citata legge n. 431/68: tale decreto, che provvede a regolare il trattamento economico del personale di ruolo presso le istituzioni psichiatriche, nelle premesse recita testualmente: "considerato che la determinazione degli stipendi... in favore del personale *non medico* è in corso di elaborazione e che, intanto, appare opportuno stabilire gli emolumenti spettanti *ai medici*" ed all'art. 2, sotto la voce personale medico, alla lettera *b*) indica: primari, igienisti, psicologi ed alla lettera *e*): aiuti, nonché pedopsichiatri e psicologi addetti ai centri di igiene mentale. Lo stesso decreto poi, all'art. 3, parla di direttori, pri-

È vero che il Consiglio di Stato, nell'assimilare gli psicologi al personale medico sente il bisogno di precisare « naturalmente di quelli in servizio presso gli ospedali psichiatrici ». Ciò non significa però che solo quelli che lavorano negli ospedali psichiatrici possono esercitare la psicoterapia. Il Consiglio di Stato si preoccupa che la equiparazione non venga intesa senza limiti. È chiaro però che se gli psicologi possono compiere attività diagnostica e terapeutica nell'ambito ospedaliero non esistendo una norma che limiti questa attività in quest'ambito, tale possibilità esiste anche fuori dall'ospedale. Il fatto poi che normalmente nell'ambito ospedaliero l'attività si svolga in collaborazione con altri psicologi e soprattutto con altri medici, non significa che fuori di esso egli debba « lavorare nell'ambito del controllo degli altri ». Certo è che, lo si ribadisce, lo psicoterapista non medico dovrà con particolare diligenza non sconfinare col suo operato in campi che non gli sono propri, ma anzi dovrà sempre controllare che la propria attività non giochi a sfavore di presidi terapeutici di tipo medico più adatti.

Recentemente, in ottemperanza all'art. 47 della Legge 23 dicembre 1978 n. 883, sulla « Istituzione del servizio sanitario nazionale », è stato promulgato il D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761

mari e *qualifiche assimilate* di cui al precedente articolo ed infine all'art. 6, con evidente riferimento alle qualifiche indicate precedentemente, statuisce che "a tutto il personale medico, di ruolo e non" vanno corrisposte alcune competenze accessorie.

« Anche la legge 21 giugno 1971 n. 515 costituisce una ulteriore conferma della su richiamata assimilazione; in essa, dopo che all'art. 2 viene operata la solita distinzione tra personale medico e personale non medico, con l'art. 3 si stabilisce che "ai medici ed agli psicologi degli ospedali psichiatrici... viene corrisposta una indennità pari alla differenza tra il trattamento economico in godimento... e quello... in vigore per i medici dipendenti dagli enti ospedalieri ».

« L'assimilazione è completa e definitiva, anche perché al secondo comma dell'art. 2 è fatto riferimento allo stipendio ed alle indennità stabilite in base all'art. 5, 4° comma, lettera b) della legge n. 431/68; tale stipendio e tale indennità vennero stabiliti con il D.I. 6 dicembre 1968, emanato per delega dell'art. 5 della legge n. 431, ed in esso l'equiparazione tra medici e psicologi era esplicito per cui, anche se, come erroneamente fa il TAR, si volessero avanzare dubbi e perplessità sulla legittimità di una assimilazione contenuta in un decreto interministeriale, tali dubbi e tali perplessità cadono di fronte ad una norma legislativa che esplicitamente richiama il contenuto di un precedente decreto ».

sullo stato giuridico del personale delle «Unità Sanitarie locali». La tabella « G » in riferimento all'art. 2 del suddetto D.P.R., include nel ruolo sanitario (che si differenzia da quello tecnico, professionale e amministrativo) gli psicologi, suddividendoli in tre livelli funzionali, quali psicologi dirigenti, psicologi coadiutori e psicologi collaboratori.

Ciò costituisce, a mio giudizio, un'ulteriore prova dell'ormai definitiva inclusione dello psicologo tra gli esercenti una professione sanitaria (52).

(52) L'inquadrare l'attività dello psicologo in quella sanitaria comporta numerose conseguenze giuridiche: per esempio, qualora sia chiamato in giudizio a deporre, questi potrà trincerarsi, *ex art. 351 c.p.p. n. 3*, dietro il segreto professionale, inoltre, dovrà riferire all'Autorità giudiziaria i casi in cui abbia prestato la propria assistenza che possano presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio: l'omissione o il ritardo saranno puniti *ex art. 365 c.p.*

CAPITOLO XIII PERICOLOSITÀ DELL'IPNOSI

« È la teoria a decidere che cosa siamo in grado di osservare K

ALBERT EINSTEIN

[SOMMARIO: 1. L'art. 728 c.p. — 2. Opinione di vari clinici circa la pericolosità dell'ipnosi. — 3. Esperimenti per accertare l'eventuale pericolosità dell'ipnosi. — 4. L'ipnosi e la soppressione del sintomo.

1. L'art. 728 c.p. recita: «Chiunque pone taluno, col suo consenso, in stato di narcosi o d'ipnotismo, o esegue su di lui un trattamento che ne sopprime la coscienza o la volontà, è punito se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda da L. 12.000 a L. 200.000».

Il consenso della persona ipnotizzata, che deve essere giuridicamente valido, è presupposto. La punibilità è condizionata al fatto che derivi un pericolo giuridicamente apprezzabile per l'incolumità della persona, sia in senso fisico che psichico derivante dal trattamento subito, condizione questa che va accertata caso per caso. È però ammessa una causa speciale di giustificazione quando: «...il fatto è commesso a scopo scientifico o di cura, da chi esercita una professione sanitaria ». La ratio dell'incriminazione delle pratiche ipnotiche va ricondotta per alcuni autori all'art. 2 della Costituzione dove si riconosce l'inviolabilità dei diritti dell'uomo in quanto singolo, nell'aspetto specifico dell'inviolabilità della libertà morale, anche se come lucidamente fanno notare Callieri e Flick(1), il condizionamento cui è sottoposto l'individuo

(1) CALLIERI B., FLICK G. M., I comportamenti indotti: aspetti psichiatrici e giuridici, in *Riv. It. Diritto e Procedura Penale*, 1973, 800.

nella realtà sociale da parte degli altri è un dato ineliminabile ed anche in certa misura, necessario. Proprio alla luce di questa considerazione ci si chiede: se il condizionamento reciproco è normale ed anzi necessario, fino a che punto può arrivare senza ledere da un punto di vista legale, la personalità del destinatario?. Bisogna distinguere tra condizionamento « normale » e condizionamento-induzione, ed anche tra due tipi di consenso, quello non suggestivo e quello suggestivo.

Il primo tipo di consenso per questi autori è caratterizzato dalla presa di coscienza immediata con il reale e con la possibilità di trasformarlo. Nel consenso motivato suggestivamente il potere di mutare il reale è molto inferiore al libero consenso. C'è una presa di coscienza mediata, indiretta, che avviene solo tramite il rapporto unidirezionale suggestionatore-suggestionato, il comportamento dell'indotto si sottrae ai liberi mutamenti, alle valutazioni personali. Altra caratteristica del comportamento indotto è l'impossibilità di mutare quanto si è assunto, cioè la obbligatorietà della realizzazione, che per gli autori si può interpretare non come risultato di una costrizione ma piuttosto di un « lasciarsi costringere » dell'indotto, cioè nell'assenso a calarsi nel ruolo di indotto.

Anche per Taormina (2) il presupposto della incriminazione è l'inviolabilità della libertà morale, anche se non è oggetto di specifica previsione, perché è presente in tutta la normativa costituzionale ed è il presupposto delle altre libertà. Appunto per questo non può essere sacrificata neppure rispetto ad interessi pubblici e l'assolutezza del valore della libertà morale sta a significare che è un valore della collettività e non del singolo individuo che non può essere perciò titolare del relativo potere di disposizione. Per l'Autore il comportamento previsto dall'art. 728 c.p. (le sue osservazioni sono svolte a proposito della narcoanalisi ma sono applicabili anche all'ipnosi) nonostante il consenso dell'interessato, sarebbe illecito perché la incapacità di intendere o volere è considerata dal codice penale una malattia di mente per cui l'illiceità emerge in chiave di lesione personale.

(2) TAORMINA C, Narcoanalisi, in *Enciclopedia del Diritto*, XXVII, Giuffrè, Milano, 1977, 489.

2. Della possibilità che l'ipnosi possa essere utilizzata per togliere la capacità di intendere e di volere, si parlerà diffusamente nei capitoli dedicati alla volontà nell'ipnosi ed in quelli relativi alla possibilità di compiere atti delittuosi mediante ipnosi. Basti ricordare qui ancora una volta che il coinvolgimento del soggetto può andare da un grado minimo in cui il controllo della relazione da parte dell'ipnotista è molto modesto ed il senso della realtà dell'ipnotizzato non è intaccato, ad uno massimo, in cui il grado di controllo è massimo e il senso della realtà è fortemente compromesso. A questo proposito si rinvia a quanto si è detto sulla profondità dell'ipnosi.

In questo capitolo intendo invece discutere quale sia l'effettiva possibilità — peraltro prevista dal legislatore — che l'ipnosi possa essere dannosa per il soggetto.

West e Deckert(3) in un loro articolo sui pericoli che possono derivare dall'uso dell'ipnosi individuano quattro principali gruppi:

- 1) pericoli per il soggetto;
- 2) pericoli per l'operatore;
- 3) pericoli per la medicina;
- 4) pericoli per l'ipnosi stessa come metodo.

Tratteremo in questo capitolo i pericoli per il soggetto (4).

(3) WEST L. J., DECKERT G. H., Dangers of Hypnosis, in *J.A.M.A.*, 1965, 192-9.

(4) Per quanto riguarda gli altri pericoli gli autori individuano tra quelli per l'operatore il pericolo del sentimento d'onnipotenza che può cogliere anche il professionista preparato; il pericolo del limitarsi, da parte dell'operatore, alla sola tecnica ipnotica, magari perché la esegue con capacità e proprio per questo i colleghi gli richiedono sempre di più tale prestazione; il pericolo che l'intensa relazione che si costituisce sul rapporto ipnotico possa far precipitare un qualche disturbo psicopatologico già presente nell'operatore. Per la medicina il pericolo può essere prodotto sia dal fallimento dell'ipnoterapia con discredito quindi della psicoterapia che può provocare presso l'utenza e presso i medici un'esagerata aspettativa, quasi magica. Bisogna sempre chiarire che il paziente è curato *in* ipnosi, *non dalla* ipnosi. L'ipnosi come disciplina corre poi il rischio della derisione (sempre presente come resistenze delle singole persone e della collettività) il pericolo del cultismo che sebbene possa originariamente essere spiegato come un meccanismo di difesa da parte degli ipnotisti in quanto tali, è assolutamente deleterio.

Consideriamo innanzitutto le opinioni di ipnotisti che per molti anni hanno lavorato con l'ipnosi.

Brenman e Gill(5) mettono in evidenza che sebbene ogni discussione da parte dei vari autori sull'ipnoterapia contenga una parte dedicata ai « pericoli » dell'ipnosi, con pochissime eccezioni, tutti concludono che non c'è prova che induca a ritenere che l'ipnoterapia possa avere effetti deleteri sui pazienti.

Platonov(6), collaboratore di Pavlov, che ha usato l'ipnosi per più di 50 anni su più di 50.000 casi, afferma di non aver mai osservato alcuna influenza dannosa dell'ipnosi sui pazienti.

Cheek(7), addirittura, ironizza ed afferma che i meccanismi con i quali l'ipnosi può produrre un effetto dannoso non sono differenti dagli strumenti usati da Lady Macbeth sul marito o da Jago su Otello; aggiunge che si produce un maggior danno dall'ignorare l'ipnosi che non dall'uso intelligente delle forme della suggestione.

Altri come Schultz(8) o Moli (9), Bernheim(10) o Weitzenhoffer(11), riferiscono di danni derivanti dall'uso della ipnosi o da persone inesperte o dal cattivo uso dell'ipnosi stessa o della errata conduzione della seduta ipnotica.

Wolberg(12) afferma che i pericoli inerenti all'uso della ipnosi sono pochi o inesistenti se l'ipnosi è usata da un professionista con sufficiente training, nel contesto di un programma terapeutico strutturato con piena coscienza dei limiti della sua applicabilità e con l'uso di tempo appropriato.

(5) BRENNAN M., GILL M. M., *Hypnotherapy, a Survey of the Literature*, International Universities Press, New York, 1960.

(6) PLATONOV K., *The Word as a Physiological and Therapeutic Factor*, Foreign Languages Publishing House, Moscow, 1959.

(7) CHEEK D. B., Hypnosis: and Additional Tool in Human Reorientation to Stress, in *Northwest Med.*, 1958, 177.

(8) SCHULTZ J., *Gesundheitsschaedigungen nach Hypnose*, Halle C. Marhold, 1922.

(9) MOLL A., *Hypnotism*, Chas Scribner's Sons, New York, 1890.

(10) BERNHEIM H., *Suggestive Therapeutics*, cit.

(11) WEITZENHOFFER A. M., *General Techniques of Hypnotism*, Grune & Stratton, New York, 1957, 424.

(12) WOLBERG L. H., *Hypnoanalysis*, Grune and Stratton, New York, 1945.

Anche Crasilneck e Hall (13) sostanzialmente sono d'accordo con gli altri autori sulla non pericolosità, anche se prudentemente, mettono in guardia gli operatori. Anche Kroger (14) conferma di non aver mai incontrato nel suo lavoro quotidiano con centinaia di pazienti alcuna difficoltà.

Per Dribben(15) invece non esiste il pericolo di serie complicazioni psichiatriche anche se l'ipnosi è praticata da persone non qualificate, a meno che il soggetto non presenti già una predisposizione ad una psicosi. Ricorda il caso di un soldato che curò quando era capo della sezione di neuropsichiatria di un ospedale militare. Il soldato soffriva di ipereccitamento ed era in uno stato di confusione dopo essere stato ipnotizzato da un altro soldato che non era poi riuscito a deipnotizzarlo pienamente. Durante la permanenza in ospedale le sue condizioni migliorarono, ma continuò ad avere amnesia sulla sua identità e sui fatti precedenti all'ipnosi. Dopo il ritorno al campo le sue condizioni peggiorarono nuovamente e dovette essere ricoverato ancora in ospedale. Dai tests psicologici fatti risultarono un ritardo mentale, disadattamento sessuale e tendenze schizofreniche. In seguito furono notate anche allucinazioni auditive, mentre il suo stato di letargo persisteva. Dribben conclude che questo individuo, già psicologicamente disturbato ebbe una reazione psicotica a seguito degli esperimenti ipnotici compiuti su di lui da un dilettante.

Sul piano giuridico, ex art. 41 c.p., appare estremamente delicato in casi come questo lo stabilire se la situazione psicologica pregressa del soggetto possa essere considerata una di quelle cause preesistenti o simultanee che non escludono il rapporto di causalità tra l'azione e l'evento. Evidentemente tutto dipende dal tipo di teoria di causalità che si intende seguire. Il problema sarà discusso più a fondo nel par. 6 del capitolo XVI.

(13) CRASILNECK H. B., HALL J. A., *Ipnosi clinica*, Astrolabio, Roma, 1977, 350.

(14) KROGER W. S., *Clinical and Experimental Hypnosis*, Lippincott Company, Philadelphia, 1977, 105.

(15) DRIBBEN I. S., Psychosis Following « Amateur Hypnosis»; a Case Report, in *The Military Surgeon*, 1949, 104.

In letteratura talvolta sono riferiti casi di soggetti che a seguito di una «ipnosi da palcoscenico» hanno subito dei danni. Un caso recente riguarda una ragazza, E.S. di ventiquattro anni che, mentre assisteva ad uno spettacolo di ipnosi, entrò in uno stato di leggera ipnosi. Il suo comportamento attirò l'attenzione dell'intrattenitore che le ordinò di salire in scena e continuò lo spettacolo usandola come soggetto. La fece mettere sospesa con la testa su di una sedia ed i piedi su di un'altra e le salì in piedi sull'addome (il cosiddetto « ponte catalettico »). Subito dopo la rappresentazione la ragazza cominciò a lamentare dei dolori al collo e alla schiena tanto forti da dover essere ricoverata in ospedale, dove rimase una settimana. Da allora fu sottoposta a visite ortopediche, neurologiche e psichiatriche, le furono fatti raggi X, punture lombari, fisioterapia ed altre cure ma i suoi disturbi persistettero inalterati per vari mesi.

Altri autori hanno riscontrato in una donna disturbi psicopatologici con dissociazioni e spersonalizzazioni ancora undici anni dopo una sessione di ipnotismo da palcoscenico, in cui il soggetto fu regredito al periodo della sua infanzia in cui aveva molto sofferto essendo stata braccata dai nazisti in quanto ebrea. Gli autori ritengono di attribuire questi disturbi alla sessione ipnotica in quanto dalla anamnesi non risultava che in precedenza soffrisse di fenomeni psicopatologici. Questo criterio di valutazione però non appare soddisfacente in quanto da un lato è pur sempre possibile che i disturbi psicopatologici inizino senza preavviso, dall'altro è pur possibile che la paziente attribuisse la propria sofferenza psicologica a quell'avvenimento allo scopo di dare un senso alla propria sintomatologia (16).

(16) CLAGET HARDING H., Complications Arising from Hypnosis for Entertainment, in FRANKEL F. H., ZTMASKY H. E. (a cura di), *Hypnosis at its Bicentennial*, Plenum Press, New York, 1976, 163; KLEINHANZ M., DREYFUSS D., e al., Some after-effects of Stage Hypnosis: a Case Study of Psychopathological Manifestation, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 219. Claget Harding riferisce che, stimolati dai resoconti di giornali e da varie organizzazioni interessate, 6 stati degli USA, tre province dell'Australia ed in Canada la provincia del Quebec, hanno emanato legislazioni restrittive o proibitive riguardo agli spettacoli pubblici di ipnosi. Tra le organizzazioni interessate vi sono vari gruppi religiosi, come la Chiesa Cattolica, e molte organizzazioni professionali soprattutto mediche, come l'Asso-

'à. L'eventuale pericolosità derivante dai processi ipnotici è stata anche studiata in laboratorio. Un esperimento è stato compiuto dagli Hilgard e da Newman(17) su un campione di 220 studenti volontari, non pazienti, utilizzando la scala di ipnotizzabilità S.H.S.S. forma A. Tutti gli studenti furono intervistati a pochi giorni dalla sessione ipnotica e furono invitati a riferire gli effetti che si fossero eventualmente manifestati in un momento successivo. Solo 17 su 220 studenti (7,7%) riferirono di conseguenze attribuite all'esperienza ipnotica ma quasi tutte lievi e transitorie. In 5 casi le conseguenze durarono per alcune ore. Gli sperimentatori notarono che certe conseguenze dell'ipnosi potevano essere messe in relazione a precedenti sgradevoli esperienze con anestesia chimica subite dai soggetti nell'infanzia. Quelli che riportarono una forte nausea e mal di testa in seguito all'anestesia chimica, o a cui erano state somministrate dosi troppo forti di anestetico, lamentavano conseguenze simili anche dopo l'ipnosi più frequentemente di quelli che avevano subito l'anestesia senza riportare effetti spiacevoli. In altri casi invece le reazioni all'ipnosi indicarono delle dinamiche ancorate ad esperienze avute nell'infanzia. Più recentemente la Hilgard (18) ha riscontrato effetti negativi più diffusi su un gruppo di centoventi soggetti a cui aveva somministrato una scala ipnotica, la S.H.S.S. forma C. Gli effetti negativi furono distinti, quanto al tempo, in « di breve termine » (tra i cinque minuti e l'ora) o « di lungo termine » (più di un'ora) e quanto alla natura dei disturbi in: *a*) « sintomi somatici », per esempio mal di testa, nausea, ecc; *b*) « altri sintomi » come sonnolenza, confusione, ansia... Trentasette soggetti (il 31%) dichiararono di aver avuto degli effetti negativi. Diciannove di questi (il 16%) riportarono quelli a breve termine, mentre diciotto (il 15%) riportarono quelli a lungo termine;

dazione Medica Americana, la Società Americana di Ipnosi Clinica, la Società di Ipnosi Clinica e Sperimentale ecc. Cfr. anche BRYAN W., *Legal Aspects of Hypnosis*, Thomas, Springfield (IH.), 1962.

(17) HILGARD J. R., HILGARD E. R., NEWMAN M., *Sequelae to Hypnotic Induction with Special Reference to Earlier Chemical Anesthesia*, in SHOR R., ORNE M., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Reinhart, Winston, 1965, 457.

(18) HILGARD J., *Sequelae to Hypnosis*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1974, 281.

sette riferirono sintomi somatici (4 mal di testa), trenta soggetti riportarono altri sintomi (25 sonnolenza e confusione).

È possibile che questo aumento del 7,7% riscontrato rispetto allo studio della stessa autrice del 1961 dipenda dal fatto che mentre nello studio precedente furono utilizzate la scala S.H.S.S. forma A, nel secondo la forma C della stessa, che include items con un coinvolgimento ipnotico maggiore, come per esempio la regressione d'età e il sogno in ipnosi.

Poiché la sperimentazione sull'uomo ha subito recentemente negli Stati Uniti notevoli restrizioni allo scopo di proteggere i soggetti partecipanti all'esperimento e l'ipnosi è stata giudicata una procedura soggetta a « rischi » due autori hanno di recente riesaminato il problema (19).

Essi hanno confrontato su duecentonove studenti di psicologia (centocinquantasette maschi e centocinquantadue femmine) divisi in cinque gruppi, gli effetti della somministrazione della scala Stanford forma C, con quelli seguenti alla: *a*) partecipazione ad un esperimento di apprendimento verbale; *b*) ad un esame universitario; *c*) ad una lezione universitaria; *d*) alla vita del College in generale. D risultato a cui sono giunti è che l'ipnosi in nessuno dei casi è apparsa causalmente responsabile di produrre effetti e negativi di tipo emotivo o sintomatologico più che le altre situazioni confrontate, sia sotto il profilo della durata dell'effetto della sintomatologia, sia sotto il profilo della qualità di essi. È apparso per esempio che la partecipazione ad un esame, alla vita scolastica produce più ansietà, depressione e infelicità che la induzione di ipnosi con la relativa fenomenologia riferita alla scala adottata.

Una ricerca, a mio modo di vedere, estremamente significativa è stata svolta nel 1968 negli Stati Uniti (20). Essa è importante perché evita quelle lacune che sono state sempre presenti nei lavori riferiti sugli effetti pericolosi dell'ipnosi, e cioè mancanza di determinazione e di confronto tra il disturbo trovato dopo l'ipnosi e l'eventuale presenza dello stesso prima dell'ipnosi e mancanza di

(19) COE W., RYKEN K., Hypnosis and Risks to Human Subjects, in *Am. Psychol.*, 1979, 673.

(20) FAW V., SELLERS D. L, WILCOX W. W., Psychopathological Effects of Hypnosis, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1968, 26.

confronto con gruppi di controllo non ipnotizzati che nello stesso periodo potrebbe in qualche caso presentare l'aggravarsi di un disturbo psicopatologico.

Venne scelto un campione di 207 studenti universitari, che furono divisi a caso in sei sottogruppi. Due sottogruppi furono assegnati a caso a ciascuno dei tre sperimentatori. Per ogni sperimentatore un sottogruppo a caso venne assegnato al gruppo sperimentale e cioè ipnotizzato, l'altro al gruppo di controllo non ipnotizzato. L'ipnosi veniva valutata con la scala Stanford. Ogni sessione durava cinquanta minuti, una volta la settimana per tre settimane. La tecnica di induzione era sempre la stessa per ciascuno degli istruttori. Il 23% raggiunse una leggera e media trance. Il 42% tra media e profonda, il 36% molto profonda (con allucinazioni post-ipnotiche). Sia al gruppo di controllo che a quello sperimentale venne somministrato il test conosciuto come Minnesota (MMPI) prima e dopo l'ipnosi (21). I soggetti del gruppo sperimentale non sapevano al tempo del primo test che sarebbero stati ipnotizzati successivamente ma credevano si trattasse di un test di routine. Gli autori tennero anche conto dell'utilizzazione che i gruppi fecero di servizi psicoterapeutici del College durante i novanta giorni successivi all'esperimento. Gli sperimentatori conclusero dicendo che l'ipotesi degli « effetti negativi dell'ipnosi » era contrastata dai risultati di questo esperimento. I soggetti considerati prepsicotici con problemi di nevrosi o di comportamento secondo le M.M.P.I. non mostrarono effetti dannosi di natura psicologica seguenti l'induzione ipnotica, una volta che vennero confrontati col gruppo di controllo. Al contrario si mostrarono effetti be-

(21) Il M.M.P.I. (Minnesota, Multiphasic Personality, Inventory) è definibile come un questionario obiettivo di personalità per i soggetti dai 16 anni in su. Comprende 550 domande in forma di enunciati affermativi o negativi (vero o falso per il soggetto): esclude quindi *a priori* ogni interpretazione dell'esaminatore. Si costituiscono così 9 scale cliniche psicopatologiche (ipocondria, depressione, isterismo, personalità psicopatica, mascolinità-femminilità, paranoia, psicastenia, schizofrenia e ipomania). Si può ricavare per ogni persona oltre al punteggio anche un particolare profilo. Vi sono 3 tipi esemplari di profilo: il profilo nevrotico, il profilo relativo ai problemi del comportamento, il profilo psicotico. Cfr. DAHLSTROM W. G., WELSH G. S., *An M.M.P.I. Handbook: a Guide to Use in Clinical Practice and Research*, Univers. Minnesota Press, Minneapolis, 1960.

nefici sia tra i soggetti considerati prima dell'ipnosi come « normali » sia da quelli considerati « prepsicotici » o « presuicidi ». Ciò anche se l'ipnosi degli sperimentatori non aveva alcuna finalità terapeutica. « Ciò, sostengono gli autori, forse perché l'ipnosi in sé, indipendentemente dagli scopi di chi la induce, produce modificazioni dell'equilibrio psichico che si rivelano comunque attive sul piano terapeutico».

Si può dunque concludere che esistono prove certe che l'ipnosi non possa provocare danno alla persona ipnotizzata (22). È ovvio comunque come sia sottinteso che l'ipnotista debba essere persona preparata in psicologia onde meglio poter fronteggiare rare ma possibili evenienze durante o seguenti la esperienza della trance.

4. Discussione più approfondita merita la paventata pericolosità derivante dai danni che l'ipnosi, proprio per la sua notevole efficacia terapeutica, potrebbe provocare a seguito della soppressione di sintomi. Per quanto concerne l'attività psicoterapica si è già visto comunque come la tecnica di rimozione diretta del sintomo sia solo una delle possibili e come sia raccomandato che prima che il sintomo venga soppresso, venga interpretato. A proposito del dolore, qui inteso come sintomo, si è già detto nel capitolo a ciò dedicato come possa essere pericoloso togliere la percezione dolorosa che segnala un processo patologico in corso. In linea di massima si può dire che in relazione ai disturbi psicopatologici l'opinione circa la possibile pericolosità della soppressione del sintomo si fonda essenzialmente sulla teoria della nevrosi a cui si ancora chi esprime il giudizio. Quello che io chiamo il « terrorismo psichiatrico » a questo proposito si fonda sulla teoria psicoanalitica. Freud(23) riteneva che il sintomo fosse l'espressione di un compromesso derivante da conflitti per gran parte inconsci e che per l'organismo esso costituisse la migliore delle soluzioni possibili, offrendo all'individuo vantaggi personali ed interpersonali. Da ciò si è dedotto che la soppressione del sintomo sconvolge la

(22) Altro caso in cui si può verificare un pericolo è quello in cui il soggetto rifiuta di deipnotizzarsi, o quello in cui si riscontri una persistenza di comandi post-ipnotici; si rimanda per questo ai paragrafi dedicati a questi argomenti.

(23) FREUD S., *Inibizione, sintomo e angoscia*, Boringhieri, Torino, 1961.

economia psichica del paziente lasciandolo in balia dei propri conflitti che non avendo più a disposizione la soluzione «meno peggio» espressa dal sintomo ne manifesterebbe altri esacerbati. Questa concezione teorica rende ragione speculativamente del divieto psicoanalitico di interferire direttamente con i sintomi, pena conseguenze disastrose, la più lieve delle quali sarebbe quella del presentarsi a breve scadenza di un sintomo sostitutivo, ciò sulla base del presupposto che il paziente può dirsi guarito solo quando ha risolto i conflitti che stanno alla base dei suoi sintomi attraverso la loro comprensione profonda.

Il prestigio della concezione psicoanalitica permea l'opinione della più parte di coloro che non si sono occupati ex professo dell'argomento e che basano le loro posizioni su una casistica per lo più aneddotica e di seconda mano.

Negli ultimi anni sono state raccolte molte prove che la soppressione del sintomo è comunque utile per il paziente (24).

Small(25) per esempio condivide la risposta di Gillman(26) all'obiezione tradizionale alla psicoterapia breve di non risolvere i conflitti. Quest'ultimo autore afferma che ormai si hanno sufficienti casi accertati, che si sono conclusi in miglioramento permanente, per poter dedurre che la riduzione dell'angoscia per mezzo di un trattamento breve può, in certi casi, permettere lo sviluppo e la autosufficienza del paziente.

Wolberg(27) afferma che il sollievo da un sintomo può accrescere nel paziente il rispetto di sé e cambiare interamente il suo modello di adattamento.

I cosiddetti terapeuti del comportamento (Wolpe, Eysenck, Laztarus) applicano come si è visto ai disturbi emozionali la teoria della nevrosi come apprendimento.

(24) EYSENCK H. J., RACHMAN S., *Terapia del comportamento nevrotico*, Franco Angeli, Milano, 1971.

(25) SMALL L., *Psicoterapie brevi*, Etas Libri, Milano, 1974.

(26) GILLMANN R. D., Brief Psychotherapy: a Psychoanalytic View, in *Amer. J. Psichiat.*, 1965, 601.

(27) WOLBERG L. H., *Medical Hypnosis*, voi. 2, Grune and Stratton, New York, 1948, 1-2.

In un libro edito dall'American Psychiatric Association (28) sulla behavior therapy si legge: «I terapeuti del comportamento hanno rilevato che i mutamenti cognitivi non sono condizioni, né necessarie né sufficienti, perché si verificano cambiamenti nell'azione. I mutamenti cognitivi (intuizioni) possono catalizzare modificazioni del comportamento (azioni), come avviene nella psicoterapia quando questa ha successo, ma, come possono testimoniare sia gli psicoterapisti sia i terapeuti comportamentali, spesso si verifica il contrario, nel senso che l'intuizione si sviluppa in seguito al successo di una modificazione del comportamento (29) ». Ancora : « nella misura in cui un dato comportamento problematico costituisce una parte importante del repertorio del paziente, si verifica di frequente ed è per lui fonte di rinforzo, una riduzione di questo comportamento porterà da una parte alla possibilità che si sviluppino altri comportamenti e dall'altra ad una perdita del rinforzo. Un intervento terapeutico ben pianificato dovrebbe prevedere in anticipo tutto questo ». Il terzo punto di forza del ragionamento dell'American Psychiatric Association su questo problema è che: «se fosse verosimile la comparsa dei sintomi sostitutivi, i terapeuti avrebbero dovuto incontrare innumerevoli casi di questo genere ogni volta che hanno ottenuto un successo terapeutico nella modificazione del comportamento ».

Ma come si è detto la letteratura ormai abbondante permette di respingere questa ipotesi.

Rachman(30) dice che il fenomeno del sintomo sostitutivo è di minima importanza e capita raramente, che in nessuno degli esperimenti effettuati con tecniche comportamentali si è verificata tale ipotesi anche se questa era investigata con molta cura e che anche nelle relazioni cliniche sulla terapia comportamentale c'è raramente il riscontro di un sintomo sostitutivo.

(28) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Terapia comportamentale in psichiatria*, Armando Editore, Roma, 1978.

(29) BANDURA A., *Principles of Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1969; ALEXANDER F., The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory, in *Am. J. Psych.*, 1963, 441.

(30) RACHMAN S., *The Effects of Psychotherapy*, Pergamon Press, New York, 1971.

Vi sono due studi, solo per fare qualche esempio quelli di Lang e Lazovik e di Lazarus, che impiegando gruppi di controllo non hanno però riscontrato la comparsa di sintomi sostitutivi.

Lang e Lazovik (31) hanno studiato l'applicazione alla fobia dei serpenti di terapie comportamentistiche usando due gruppi di 13 studenti ognuno e di 11 studenti come controllo, usando anche l'ipnosi e non hanno trovato in seguito segni palesi di sintomi sostitutivi. Lazarus (32) in uno studio sulle fobie un po' più atipico, in quanto il trattamento veniva eseguito in gruppo anziché individualmente, su 17 soggetti di controllo e 18 soggetti sperimentali, sebbene abbia prestato particolare attenzione alla possibilità di una sostituzione del sintomo, non ha verificato questa ipotesi.

È però opportuno ricordare che episodici effetti negativi della psicoterapia, anche non diretti alla semplice soppressione del sintomo, sono stati talvolta riscontrati dai ricercatori (33): si è osservato infatti che a volte i pazienti peggiorano durante o dopo una psicoterapia. Queste osservazioni per Rachman non dimostrano che sia la psicoterapia la causa del peggioramento. Di diverso parere appare Bergin il quale afferma: «...Evidentemente c'è qualcosa di unico nella psicoterapia che ha il potere di causare miglioramenti che non si verificano nei gruppi di controllo, ma egualmente evidente è l'effetto contrario di peggioramento che rende alcuni casi più gravi di prima » (34). Uno degli studi citati da Bergin a sostegno della sua tesi è quello di Cartwright e Vogel(35) in cui furono esaminati 22 pazienti psiconevrotici sia durante la psicoterapia

(31) LANG P. J., LAZOVIK A. D., The Experimental Desensitization of a Phobia, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1963, 519.

(32) LAZARUS A., Group Therapy of Phobic Disorders, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1961, 504.

(33) RACHMAN S., *The Effects of Psychotherapy*, Pergamon, New York, 1971, 84 ss.

(34) BERGIN A. E., Further Comments on Psychotherapy Research, in *Int. J. Psychiat.*, 1967, 184; cfr. anche MELTZOFF J., KORNREICH M., *Research in Psychotherapy*, Atherton Press, New York, 1970, 146 ss.

(35) CARTWRIGHT R. D., VOGEL J., A Comparison of Changes in Psychoneurotic Patients during Matched Periods of Therapy and No-Therapy, in *J. Consult. Psychol.*, 1960, 121.

che in assenza di questa. I pazienti furono esaminati al momento della cura, subito prima di iniziare la terapia, durante la terapia e dopo la fine del trattamento. Alcuni pazienti migliorarono altri restarono stabili, altri peggiorarono.

Per il T.A.T. nove migliorarono e tredici no. Altro studio citato da Bergin è quello compiuto nel 1955 da Barron e Leary(36). Lo scopo era di valutare i cambiamenti ottenibili con pazienti psiconevrotici con e senza la psicoterapia. Il campione era composto da 150 pazienti; 23 furono messi in lista d'attesa, 85 furono sottoposti a terapia di gruppo e 42 a terapia individuale. Tutti ricevettero un minimo di tre mesi di trattamento. I gruppi, sperimentale e di controllo, erano omogenei per quanto riguarda la diagnosi, la prognosi, la gravità della condizione iniziale, l'età il sesso e l'educazione. A tutti i pazienti fu somministrato il test M.M.P.I. prima e dopo la terapia o il periodo di attesa. I risultati mostrarono che i pazienti in psicoterapia non ottennero un miglioramento rispetto a quelli non sottoposti a psicoterapia. Cartwright rianalizzò più tardi alcuni dei dati di Barron e Leary e concluse che anche se non vi erano differenze tra la media dei due gruppi (quelli in psicoterapia e quelli no) : « Sembrava che alcuni pazienti in psicoterapia peggiorassero più che altri non in terapia mentre altri in terapia erano migliorati rispetto ai soggetti di controllo ». Bergin, anche se non tutti sono concordi con le sue affermazioni, cita altri studi che per lui dimostrano la possibilità di provocare risultati negativi nei pazienti. Occorre comunque accertare che la psicoterapia, in quanto è di per sé una attività volta a modificare una condizione dell'individuo, può anche produrre effetti indesiderati.

Si può concludere dicendo che come ogni attività terapeutica anche la psicoterapia mediante ipnosi ha un certo margine di rischio che non è maggiore di quello riscontrato in altre forme di psicoterapia, sempre che sia esercitata da persona responsabile e competente (37).

(36) BARRON F., LEARY T., Changes in Psychoneurotic Patients with and without Psychotherapy, in *J. Consul. Psychol.*, 1955, 239.

(37) Così per esempio l'ipnoterapista che voglia recuperare durante la trance avvenimenti che il soggetto ha rimosso, si preoccuperà di presentarli alla coscienza

D'altronde peggioramenti nella sintomatologia sono riscontrabili sia pure raramente, ma è difficile stabilire un eventuale nesso tra l'attività psicoterapeutica e il quadro clinico precedente e successivo all'attività del terapeuta. Talvolta il peggioramento può essere dovuto al puro evolversi del disturbo a fronte della semplice inefficacia dell'attività terapeutica.

Altre volte l'apparire di un sintomo dopo la scomparsa di un altro, rappresenta non tanto la sostituzione dello stesso quanto la tendenza genericamente nevrotica dell'organismo in oggetto che si esprime con modalità differenti. È d'altronde noto che molto spesso la persona nevrotica esprime nel corso della sua vita una varietà di sintomatologie che seguono sostituendosi alle precedenti.

del paziente solo quando quest'ultimo appaia abbastanza pronto per sopportarne la consapevolezza. Per esempio gli suggerirà amnesia post-ipnotica e attraverso istruzioni post-ipnotiche gli farà sognare durante il sonno fisiologico notturno materiale che avrà ritrovato nella trance per poi controllare come il soggetto vive quegli avvenimenti che crede essere avvenuti solamente in sogno.

CAPITOLO XIV IIPNOSI CONTRO E
SENZA LA VOLONTÀ DEL SOGGETTO

« Il fatto che siamo sempre pronti a disprezzare quello che non comprendiamo è un modo comodo per semplificare i problemi ».

SIGMUND FREUD

[SOMMARIO: 1. Stato di incapacità di intendere e volere provocato mediante ipnosi. — 2. Induzione dell'ipnosi contro e senza la volontà. — 3. L'ipnosi e il controllo della volontà.

1. L'art. 613 c.p. dispone: «Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti o con qualsiasi altro mezzo pone una persona, senza il consenso di lei in stato di incapacità di intendere o di volere, è punito con la reclusione fino ad un anno. Il consenso dato dalle persone indicate nell'ultimo capoverso dell'art. 579 non esclude la punibilità». L'ordinamento giuridico manifesta così l'interesse a garantire la libertà psichica e vietare quei fatti che pongono, sia pure transitoriamente, una persona in stato di incoscienza (1). Soggetto attivo del reato può essere chiunque, ma se il fatto è commesso da pubblico ufficiale viene applicata l'aggravante dell'art. 61, n. 9, se è commesso da un medico che ha agito con abuso della sua professione la condanna non è aggravata ma ai sensi degli artt. 30 e 31 c.p. viene comminata l'interdizione temporanea dalla professione. Soggetto passivo è chiunque non si trovi già in stato di incapacità di intendere e volere. Elemento essenziale della fattispecie è che il fatto sia stato commesso senza il consenso della persona posta in stato di incapacità di intendere e volere. Naturalmente il consenso esclude l'applicabilità

(1) Cfr. GILLI R., Aspetti e problemi medico-legali dell'ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicom.*, 1972, n. 19, 69.

dell'art. 613 c.p. solo quando è giuridicamente valido, perciò al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 579 c.p. e cioè consenso prestato da: minori degli anni 18; infermi di mente; deficienti psichici per altra malattia od abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; consenso estorto con violenza, minaccia o suggestione o carpito con l'inganno. Questo delitto è punibile solo a titolo di dolo che consiste nella volontà libera e cosciente di usare uno o più mezzi indicati dall'articolo per porre una persona nello stato di incapacità di intendere e volere sapendo che essa non è consenziente. Due aggravanti sono previste per l'art. 613 c.p.:

1) se il colpevole ha agito con il fine di far commettere un reato dal soggetto passivo. Occorre che il soggetto passivo non abbia prestato il suo consenso ad essere posto in stato di incapacità e non abbia perciò conosciuto il fine dell'agente. Se il reato viene commesso da persona consenziente resa incapace di intendere e volere allo scopo di compiere materialmente l'atto, questa risponde del reato ex art. 87 c.p. e chi l'ha resa incapace risponde di concorso ex art. 110 c.p.;

2) se la persona resa incapace ha effettivamente commesso un fatto previsto dalla legge come delitto, ma l'agente non ha avuto il fine di far delinquere la persona resa incapace, la quale per ciò non risponde del delitto commesso, non preordinato né consentito, mentre chi l'ha resa incapace risponde solo ai sensi dell'art. 613.

Il concorso delle due aggravanti non è mai possibile perché la prima richiede il fine di far commettere il reato, l'altra lo esclude.

In questo capitolo vedremo se l'ipotesi prevista dal legislatore di porre qualcuno *senza* la sua volontà in ipnosi sia fenomenicamente attuabile o si tratti di una ipotesi di reato impossibile (art. 49 II e. c.p.). Nei prossimi due capitoli discuterò poi se sia possibile, come l'art. 613 prevede, far compiere atti criminosi all'ipnotizzato.

La ratio di questa incriminazione è la tutela della libertà psichica dell'individuo che può ricondursi all'art. 2 della Costituzione, dove si riconosce l'inviolabilità dei diritti dell'uomo in quanto singolo, nell'aspetto specifico della inviolabilità della libertà morale.

2. Deve essere ben chiaro che non è possibile col metodo diretto ipnotizzare qualcuno contro il suo consenso (2); gli sperimentatori che vi sono riusciti lo hanno fatto con soggetti che già altre volte erano stati da loro ipnotizzati e che quindi presentavano una specie di assuefazione che possiamo considerare come una sorta di profezia che si autodetermina, o con soggetti che, anche se ipnotizzati per la prima volta, per il fatto stesso di essersi prestatì all'esperimento implicitamente davano il loro consenso.

Se però non è possibile ipnotizzare qualcuno contro la sua volontà è possibile farlo senza la sua volontà una volta che con degli artifici si possa manipolare la sua attenzione limitando gli stimoli dall'esterno e la motilità nel soggetto. Per esempio per ipnotizzare taluni militari prigionieri è stata adottata una tecnica che si è rivelata molto utile (3). Si diceva al prigioniero che gli si doveva misurare la pressione sanguigna: lo si faceva sdraiare, rilassare e poi gli si metteva l'apparecchio per ottenere i valori della pressione. Poi, l'ipnotista « mascherato » diceva al soggetto che la pressione appariva troppo alta forse perché era agitato, allora si chiudevano le imposte, gli si chiedeva di rilassarsi completamente, di chiudere gli occhi, di respirare profondamente e si iniziava così l'induzione senza mai nominare la parola ipnosi o sonno (4).

Talvolta poi l'ipnosi, è opportuno notare però che gli esperimenti relativi sono quanto mai controversi, è stata indotta trasformando il sonno fisiologico in trance.

Orne ha descritto una tecnica ingegnosa per indurre l'ipnosi senza la volontà del soggetto, chiamata della « stanza magica ». Il soggetto viene preparato prima a sua insaputa somministrandogli dei farmaci che gli creino uno stato di torpore e di ottundimento, poi si inizia a dargli delle suggestioni che immancabilmente hanno effetto, non perché il soggetto sia veramente suggestionato, ma per-

(2) ORNE M. T., *The Potential Use of Hypnosis in Interrogation*, in BINDERMAN A., ZIMMER H., *The Manipulation of Human Behavior*, Wiley, New York, 1961.

(3) TEITELBAUM M., *Hypnosis Induction Technics*, Thomas, Springfield, 1965.

(4) TEITELBAUM M., *op. cit.*; nel capitolo dedicato alle tecniche ipnotiche ho riferito di alcune tecniche di induzione indirette o nascoste.

che l'ambiente attorno a lui è stato manipolato in modo tale che egli creda di essere in balia delle suggestioni che gli sono inviate. Per esempio, lo sperimentatore dice che ora sentirà la sigaretta molto amara e in effetti il soggetto sente la sigaretta molto amara, in quanto nel tabacco è stata aggiunta una sostanza che la rende di sapore poco gradevole... In questo modo credendo di essere suggestionato lo diviene veramente.

Erickson racconta di varie tecniche utilizzate in dimostrazione con soggetti riluttanti. Egli stesso ammette però che questa riluttanza era ambivalente e cioè contrastata dal desiderio del soggetto di esibirsi e di provare questa particolare esperienza.

3. Problema diverso è se il soggetto ipnotizzato volontariamente perda il controllo del proprio comportamento mentre è in ipnosi. Questione di grande rilevanza giuridica in quanto la correttezza dell'ipnotizzato potrà in molti casi essere valutata proprio sulla base di questo parametro.

Uno degli esperimenti più rilevanti è stato compiuto da Hilgard(5). Degli esperimenti precedenti compiuti da Young(6) e da Welles(7) portarono a risultati contrastanti: tutti i soggetti dell'esperimento di Young, infatti, riuscirono a resistere alle suggestioni date durante l'ipnosi molti dei soggetti di Welles invece non vi riuscirono. Hilgard per studiare il problema scelse come test la suggestione di rigidità del braccio dicendo al suo soggetto che non sarebbe riuscito a piegarlo neppure se lo avesse voluto. In questo caso i controlli volontari ed involontari del soggetto sono in conflitto. Per questo scelse per l'esperimento dei soggetti che in un esperimento precedente erano stati incapaci di resistere alla suggestione di paralisi data dall'ipnotista in una normale esperienza ipnotica. Questa volta i soggetti sapevano che avrebbero dovuto rispondere a sei differenti tests del tipo di quello che avevano già sperimentato, ma non furono indicati loro né i compiti specifici né

(5) HILGARD E. R., *Divided Consciousness, Multiple Controls in Human Thought and Action*, Wiley, New York, 1977, 119 s.

(6) YOUNG P. C., *Is Rapport an Essential Characteristic of Hypnosis?*, in *J. of Abn. Soc. Psychology*, 1937, 130.

(7) WELLES W. R., *Ability to Resist Artificially Induced Dissociation*, in *J. of Abn. Soc. Psychology*, 1940, 261.

l'ordine in cui si sarebbero succeduti. Fu anche predisposto un segnale, nascosto alla vista dell'ipnotista con cui i soggetti potevano indicare a quali suggestioni avrebbero trovato difficoltà a resistere. Ai soggetti fu detto di comportarsi come nella precedente sessione ipnotica, ma di scegliere due tests a cui cercare di resistere. Le risposte date con il segnale erano controllate su di un monitor in un'altra stanza da un assistente dell'ipnotizzatore, così che questi, non sapendo quali suggestioni erano state scelte, dava tutte le istruzioni in maniera uniforme. I risultati dimostrarono che il tentativo di resistere a due items non ridusse la responsività agli items rimanenti; i soggetti non interpretarono la suggestione a resistere come una cancellazione della suggestione originale, ma come capacità di cancellare una suggestione dopo che era già stata accettata. Molti soggetti con qualche sforzo riuscirono a resistere alla inibizione. Dei questionari sottoposti ai soggetti dopo l'esperimento rivelarono le tecniche usate per tentare di resistere; due soggetti dissero che il tentativo aveva richiesto un certo sforzo e determinazione, tre dissero di essere riusciti dopo aver ricordato che un soggetto cooperativo è considerato capace di compiere uno sforzo anche in ipnosi, due deliberatamente non avevano prestato attenzione alle suggestioni dell'ipnotista, tre usarono l'autosuggestione per vincere la suggestione. Degli altri due, uno non riuscì a resistere a nessuno degli items, l'altro a tutti. I soggetti mostrarono molti segni di conflitto durante l'esperimento: continuavano a stringere insieme le mani e poi a dividerle, avevano un'espressione di ira o di disappunto. Questo esperimento mostra la difficoltà di distinguere tra controllo volontario ed involontario in una situazione di conflitto in cui tutti i movimenti sono quelli normalmente sotto il controllo volontario.

Un'altra interessante investigazione su problemi riguardanti la volontà nell'ipnosi è stata condotta da Spanos (8). Egli sostiene che molti tentativi di spiegare le risposte « involontarie » alle suggestioni sono basate sull'assunto che esistono due tipi fondamentali di comportamento: il primo consiste nelle azioni volontarie

(8) SPANOS N. P., RIVERS S. M., ROSS S., Experienced Involuntariness and Response to Hypnotic Suggestions, in EDMONSTON W. JR., *op. cit.*, 208 s.

compiute nella vita di tutti i giorni considerate come azioni programmate da chi le compie, sforzi diretti ad un fine regolati da processi consci. Nel secondo tipo rientrano i movimenti « involontari » od automatici e quelli che sembrano prodotti da processi psichici anormali e limitati a situazioni insolite, come l'ipnosi, o a persone insolite come gli isterici. Quello che per Spanos è necessario spiegare non è però il comportamento motorio del soggetto, ma invece l'attribuzione di causazione che il soggetto riferisce al suo comportamento, cioè i processi psichici per i quali il soggetto attribuisce o non attribuisce le proprie azioni alla propria volontà sentendosi più o meno libero di compierle (9). Questo problema fa sorgere diverse domande: 1) quali variabili permettono ai soggetti di sviluppare l'aspettativa che il loro comportamento motorio sarà sperimentato come involontario?; 2) in che misura i soggetti definiscono le loro risposte alla suggestione in questo modo?; 3) quali variabili mettono in grado i soggetti di riuscire a definire le loro risposte come involontarie? Rispetto al primo punto Spanos ricorda che la stessa situazione ipnotica contiene molte implicazioni che inducono i soggetti a ritenere che il loro comportamento sarà involontario. L'ipnosi è d'altronde normalmente associata con l'immagine del soggetto come controllato dall'ipnotista e le tradizionali procedure di induzione ipnotica non smentiscono questa immagine. In questo modo si crea una forte aspettativa che il comportamento ipnotico non sia autodeterminato. La stessa struttura delle suggestioni genera questa aspettativa. Le suggestioni motorie per esempio come si è già visto contengono invariabilmente due direttive: istruzioni esplicite al soggetto di compiere movimenti semplici, come alzare od abbassare un braccio, ed istruzioni implicite di provare questo movimento come involontario. Un certo indirizzo di ricerca nel campo dell'ipnosi è basato sull'assunto che la risposta palese alla suggestione rifletta fedelmente il livello fino a cui il soggetto vive il proprio comportamento come « involontario ». Se il soggetto accetta la suggestione generalmente si assume che abbia sperimentato dentro di sé la propria risposta come

(9) STEINER I. D., Perceived Freedom, in *Advances in Experimental Social Psychology*, Academic Press, New York, 1970, 187.

involontaria, se non l'accetta allora è incapace di sperimentare il proprio comportamento come involontario. In realtà, dice Spanos, il soggetto può non accettare la suggestione mentre definisce la sua risposta almeno in parte involontaria, o può accettarla mentre definisce il suo comportamento come volontario. Per esempio, un soggetto cui era stata data una suggestione di rigidità del braccio riferì che il suo braccio involontariamente cominciava a divenire rigido, ma facendo un grande sforzo riusciva a piegarlo. Nel secondo caso, più comune, il soggetto accetta la suggestione mentre definisce i suoi atti come più o meno volontari. In altri precedenti lavori Spanos ipotizzò che i soggetti tendevano a definire involontarie le loro risposte motorie alle suggestioni quando erano assorbiti da un insieme di immagini definite « fantasie dirette ad uno scopo», cioè come si è già detto situazioni immaginarie che, se si dovessero verificare, condurrebbero a risposte come quelle provocate suggestivamente. In un esperimento da lui condotto partendo da questa ipotesi, i soggetti furono visti dallo stesso sperimentatore in sessioni individuali di 20 minuti. Furono informati che sarebbero stati ipnotizzati, sarebbe stata data una singola suggestione standard, e poi sarebbero stati interrogati sulla loro esperienza. Dopo averli assicurati che non sarebbe stata posta nessuna domanda personale od imbarazzante, fu impartita una induzione ipnotica di 7 minuti registrata. Immediatamente dopo l'induzione si chiedeva ad ogni soggetto di tenere il braccio destro teso all'altezza della spalla. Poi gli veniva data una suggestione di catalessia del braccio per 40 secondi. La suggestione informava il soggetto che sarebbe stato incapace di piegare il braccio anche quando era sfidato a farlo. Dopo 3 sec. lo sperimentatore diceva : « Prova a piegare il braccio », dopo 5 sec. il soggetto era informato che poteva piegarlo di nuovo facilmente. A questo punto gli veniva detto di aprire gli occhi ed era completata. Una scala che valutava la profondità a cui la catalessia del braccio era sperimentata come involontaria. Le alternative erano : *a)* « sento che potrei facilmente piegare il braccio»; *b)* «sento che non potrei piegarlo».

Questa ricerca ribadisce precedenti risultati che indicarono che la presenza di fantasie dirette ad uno scopo era in relazione con la tendenza dei soggetti a definire le loro risposte evidenti alle

suggerzioni come eventi involontari. Il 35% dei soggetti che sperimentarono la loro risposta come altamente involontaria mostrarono questo fattore già ad una domanda molto generale che non forniva alcuna indicazione sul tipo di esperienze a cui lo sperimentatore era interessato. D'altra parte uno solo dei soggetti che sperimentò la risposta come volontaria mostrò questo tipo di fantasie a tale domanda. Inoltre la relazione tra queste e la sensazione di involontarietà fu trovata quando la testimonianza dei soggetti fu resa ad uno sperimentatore che non sapeva come avessero risposto alle suggestioni, né fu alterata dal fatto che la testimonianza fosse resa oralmente o fosse scritta. E questo prova che la relazione non è semplicemente un dato prodotto dallo sperimentatore.

Da questa correlazione non bisogna dedurre che le fantasie dirette ad uno scopo provocano « l'involontarietà del comportamento ». Può darsi invece che il coinvolgimento in questo tipo di fantasia favorisca un processo di attribuzione per cui l'individuo sente come estranei alla propria volizione alcuni fenomeni.

Sono d'accordo con Orne(10) che il problema non è tanto quello di discutere sull'esistenza della libera volontà, ma di indagare se esista corrispondenza tra l'esperienza soggettiva di libertà di scelta ed il comportamento dell'ipnotizzato per individuare i parametri. Si possono verificare in ipnosi diverse ipotesi: può aumentare il controllo dell'ipnotista sul soggetto per la diminuita capacità critica di quest'ultimo. È poi possibile che il soggetto elimini i suoi processi decisionali per la durata della trance ipnotica ed accetti la realtà in base alle istruzioni dell'ipnotista — che può anche alterare i dati di realtà — piuttosto che in base alle sanzioni concrete dei suoi organi di percezione.

Un'alternativa completamente differente è che il soggetto in ipnosi possa essere forzato a commettere azioni contro la sua morale, argomento di cui discuteremo in altro capitolo. L'alterazione del comportamento può derivare anche dalla convinzione, condivisa dal soggetto e dallo sperimentatore, che il soggetto in ipnosi non abbia scelta nell'eseguire le suggestioni, una sorta di « folie a

(10) ORNE M., *Antisocial Behavior and Hypnosis*, in ESTABROOKS G. H., *Hypnosis Current Problems*, Harper and Row, New York, 1962, 146 ss.

deux » che può essa stessa, come profezia che si autodetermina, provocare un aumentato controllo. Se il soggetto crede di non avere alternativa di conseguenza esperirà la propria condotta come autodeterminata, non libera e quindi involontaria.

Come si vede il giudizio sulla volontarietà dell'azione in ipnosi, come in ogni caso, più che un dato fenomenologico ed una qualità intrinseca al processo, rappresenta una imputazione del comportamento all'elemento psicologico puramente attribuzionale(11).

(11) JONES E. E., KANOUSE D. E., KELLEY H. H., NISBETT R. E., VALINS S., WEINER B., *Attribution: Perceiving the Causes of Behavior*, General Learning Press, Morristown, 1971.

CAPITOLO XV
UTILIZZAZIONE DELL'IPNOSI A FINI CRIMINALI:
CONTRIBUTI SPERIMENTALI

« Meglio è la piccola certezza che la grande bugia ».

LEONARDO DA VINCI

SOMMARIO: 1. Se l'azione criminosa dell'ipnotizzato possa considerarsi reato impossibile. — 2. Esperimenti che ottengono comportamenti criminali. — 3. Esperimenti che non ottengono comportamenti criminali. — 4. Interpretazione di chi nega il potenziale uso criminoso dell'ipnosi. — 5. Controllo sociale ed ipnosi. — 6. Discussione sulla correttezza della metodologia sperimentale. — 7. Interpretazione di chi ammette il potenziale uso criminoso della ipnosi. — 8. Considerazioni finali.

1. Come si è visto l'art. 613 c.p. prevede fra l'altro l'ipotesi che mediante suggestione ipnotica taluno sia posto in stato di incapacità di intendere e di volere al fine di fargli commettere un reato. È opportuno a questo punto domandarsi se si tratti di un reato impossibile (art. 49 c.p. II comma) oppure se ciò sia verificabile. Il che per l'affermativa, porterebbe all'applicazione dell'art. 86 c.p. per cui: «Se taluno mette altri nello stato di incapacità di intendere o di volere, al fine di fargli commettere un reato, del reato commesso dalla persona resa incapace risponde chi ha cagionato lo stato di incapacità ».

Unitamente esamineremo se profittando dello stato ipnotico l'ipnotista possa compiere atti criminali ai danni del soggetto ipnotizzato.

In relazione all'aspetto sperimentale della questione, i risultati dei vari ricercatori molto spesso non collimano ed anzi frequentemente sono in aperta contraddizione.

L'ipotesi che l'ipnotizzato possa compiere per volere dell'ipnotista dei reati è accettata dal legislatore, che espressamente, co-

me si è visto, la regolamenta. Eppure la cosa non è così pacifica, anzi gli studiosi dell'argomento sono divisi in posizioni divergenti, sostenendo alcuni che l'ipnosi non possa essere di alcuna utilità nella produzione di atti antisociali, mentre altri sono di parere opposto.

In questa sede ci proponiamo d'investigare se l'ipnosi possa servire a far compiere al soggetto ipnotizzato atti dannosi a se stesso o ad altri, anche per vedere se alcune delle fattispecie regolamentate dal legislatore abbiano concreta rispondenza nella realtà delle cose. Oggetto dell'indagine sarà solamente la letteratura relativa all'aspetto sperimentale del problema. Mi riservo di approfondire nel prossimo capitolo la disamina della letteratura relativa a casi reali oggetto di procedimenti penali.

L'argomento è un classico della letteratura sull'ipnotismo non tanto e non solo per le sue implicazioni giuridiche, quanto perché costituisce un utile parametro per valutare la misura di realtà del fenomeno ipnotico.

Già tra la scuola di Nancy(1) e la Salpêtrière (2), come si è visto, vi era notevole divergenza di opinioni in proposito.

I risultati dei loro esperimenti portarono i rappresentanti della scuola di Nancy alla conclusione che i soggetti ipnotizzati divenissero come automi che eseguivano qualunque cosa venisse loro comandata e che perciò l'ipnotismo poteva venire usato con propositi criminali.

La scuola della Salpêtrière fu quasi tutta concorde, invece, nel ritenere che tale uso antisociale dell'ipnotismo era possibile solamente quando nel soggetto fossero già presenti delle tendenze

(1) BERNHEIM H., *Suggestive Therapeutics a Treatise on the Nature and Uses of Hypnotism*, Herter (Trans) Putnam, New York, 1880; FOREL A., *Der Hypnotismus, Seine Psychophysiologische, Medizinische, Strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung*, Enke, Stuttgart, 1894; LIEBAULT A. A., *Du Sommeil et des Etats Analogues Considérés Surtout au Point de Vue de l'Action Morale sur le Physique*, Masson e Cie, Nancy Parigi, 1866; LIEGEOIS J., *De la Suggestion et du Somnambulisme dans Leurs Rapports avec la Jurisprudence et la Medicine Legale*, Octave Doin, Parigi, 1889.

(2) GILLES DE LA TOURETTE, *L'ipnotismo e gli stati analoghi sotto l'aspetto medico-legale*, Vallardi, Milano, 1888; JANET P., *L'Automatisme Psychologique*, in *Essai de Psychologie Experimentale sur les Formes Inferieures de l'Activité Humaine*, Alcan, Parigi, 1889.

criminali e che, in generale, l'ipnotizzato non poteva essere indotto a commettere azioni che lo stesso si sarebbe rifiutato di compiere in condizioni normali senza la suggestione ipnotica.

Entrambe le scuole furono però dell'avviso che l'ipnotismo poteva essere usato con successo per compiere dei crimini sessuali sull'ipnotizzato.

Si fecero all'epoca molti esperimenti in proposito, che appaiono attualmente molto carenti dal punto di vista metodologico.

Si veda, per esempio, questo esperimento di Gilles de La Tourette (3).

Egli pose in stato di ipnosi H.E., una paziente della clinica che aveva avuto qualche contrasto con B., uno degli interni di servizio e tenne il seguente dialogo:

« — Voi conoscete il signor B.? — "Sì signore".

—* È un giovane molto garbato. — "Oh! no, Signore; non vuoi darmi le pillole, e non mi cura a dovere".

— Davvero? Ma allora noi lo faremo cacciare e verrà un altro interno che vi curerà molto meglio. — "Io non domando di meglio".

— Dovete incaricarvi voi della cosa; eccovi una pistola (e le viene messa in mano una riga); quando sarete risvegliata, gli tirerete un colpo; egli deve venire qui, aspettatelo».

Avendo soffiato negli occhi di H.E. per risvegliarla, Gilles de La Tourette proseguì:

« — Che cosa avete in mano? — "Nulla signore, è una pistola che ho trovato questa mattina".

— Volete prestarmela? Ne ho bisogno questa sera per tornare da teatro, e ho perduto la mia. — "No, signore, non posso separarmene; ne ho bisogno anch'io; ve la presterò un'altra volta".

— Ma qui all'ospedale non potete servirvi di una pistola. — "Già, ma io me la tengo" ».

(3) GILLES DE LA TOURETTE, *op. cit.*; si veda anche CEVIDALLI A., L'ipnotismo dal lato medico legale, estratto dalla *Enciclopedia Giuridica Italiana*, Società Editrice Libreria, Milano, 1909; OTTOLENGHI S., *La suggestione e le facoltà psichiche occulte*, Bocca, Torino, 1900. Cfr. per altri autori stranieri, IVERS H., *Die Hypnose im Deutschen Strafrecht*, Wiegandt, Leipzig, 1927; GONZALES DE ECHAVARRI Y VIVANCO, *Hipnotismo y Criminalidad*, Libreria General de Victoriano Suarez, Madrid, 1906.

In quel momento entra B. che è stato messo al corrente dell'esperimento. La paziente lo lascia avvicinare, poi fa l'atto di spargli a bruciapelo. B. cade a terra gridando «Sono morto! ». Viene chiesto allora alla donna:

«— Che cosa avete fatto? Avete ucciso il signor B., quali motivi vi hanno spinto a commettere un simile delitto? — "Il signor B. mi curava male, io mi sono vendicata".

— Queste non sono ragioni sufficienti. — "Tanto peggio. E poi ne ho delle altre. Del resto egli doveva morire per le mie mani" ».

Sperimentalmente si poteva accertare però che non tutte le suggestioni venivano accettate e se ne fornivano comprovanti esempi.

Gilles de la Tourette stesso cita così il caso di una paziente del Pitres, facilmente ipnotizzabile, con la quale si ottenevano senza difficoltà movimenti di imitazione e le più varie allucinazioni, ma era impossibile indurla a percuotere qualcuno, poiché, quando ciò le veniva energicamente ordinato, essa cadeva immediatamente in « letargia ». Egli riporta inoltre il caso di W., una paziente alla quale aveva suggerito di accompagnarlo al mare per fare un bagno. Essa, nonostante fosse poco convinta, si tolse il busto, ma, al momento di togliersi il corsetto, si irrigidì, costringendo lo sperimentatore ad intervenire per evitare un accesso isterico. Charchot racconta di una suora, ottimo soggetto sonnambulico, che si svegliava immediatamente non appena si tentava di sollevarle le vesti.

Queste resistenze individuali a compiere certi atti costituiscono dunque uno degli argomenti di maggior peso a favore delle teorie della scuola della Salpêtrière e in più si aggiungeva che evidentemente esisteva un abisso tra l'esperienza di laboratorio, e la realtà della vita. Le esperienze di finti delitti, si affermava, vengono fatte con soggetti provati all'ipnotismo, che sanno di prestarsi ad un gioco innocente e rinunciano, già nel momento in cui acconsentono ad essere ipnotizzati, a far uso della resistenza di cui sarebbero capaci.

2. In tempi più recenti il conflitto di opinioni, nonostante l'approfondimento della comprensione del fenomeno ipnotico, non è venuto meno.

Molti autori, spesso sulla base di esperimenti divenuti ormai classici, ritengono che sia possibile indurre un individuo ipnotizzato con suggestioni dirette o a mezzo di allucinazioni provocate, a nuocere a se stesso o ad altri (4).

È con Rowland(5) che il problema che stiamo studiando, assume sul piano sperimentale particolare accuratezza. Non a caso è a questo sperimentatore che fanno riferimento tutti i moderni studiosi sull'argomento e le successive investigazioni.

Nel primo esperimento fu mostrato a due persone ipnotizzate un serpente in una scatola di vetro e venne detto loro che si trattava di una corda arrotolata che loro avrebbero dovuto prendere. Il serpente si trovava dietro una lastra di vetro, inclinata, in modo tale da risultare completamente invisibile. Il primo soggetto tentò di prendere il serpente, ma venne fermato dal vetro, il secondo soggetto andò verso la scatola, vide il serpente ed uscì dalla trance.

Nel secondo esperimento non venne fatto alcun tentativo di allucinare le persone ipnotizzate, e venne loro richiesto semplicemente di andare a prendere il serpente che si trovava nella scatola. Entrambi i soggetti tentarono di eseguire quanto era stato loro comandato, ma vennero impediti dalla lastra invisibile.

Nel terzo esperimento venne mostrata a due persone ipnotizzate una bottiglia contenente acido solforico e si spiegò loro come tale liquido fosse pericoloso, facendo anche un esempio; vennero quindi istruiti a gettare l'acido sul viso dell'esperimentatore che si trovava però dietro ad un vetro invisibile. Entrambi i soggetti obbedirono.

(4) BRENNAN M., Experiments in the Hypnotic Production of Antisocial and Selfinjurious Behavior, in *Psychiatry*, 1942, 45; ESTABROOKS G. H., *Ipnosis*, Mediterranea, Roma, 1964; YOUNG P. C., Antisocial Uses of Hypnosis, in LE CRON L. M., *Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1952, 376; KLINE M. W., The Dynamics of Hypnotically Induced Antisocial Behavior, in *J. Psychol.*, 1958, 293; SCHNECK J. M., A Military Offense Induced by Hypnosis, in *Ment. Disease*, 1947, 186; TEITELBAUM M., *Hypnosis Induction Technics*, Thomas, Springfield, 1965; WEITZENHOFFER A. M., The Production of Antisocial Acts under Hypnosis, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1941, 63; WELLES W. R., Experiments in the Hypnotic Production of Crimes, in *J. Psychol.*, 1941, 2; WATKINS J. G., Antisocial Compulsion Induced under Hypnotic Trance, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1947, 256.

(5) ROWLAND L. W., Will Hypnotized Persons Try to Harm Themselves or Others? in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1939, 114.

Ad un gruppo di controllo di 42 persone di differente età e ceto sociale fu richiesto di prendere il serpente senza averle previamente ipnotizzate. Di esse solo una persona, che credeva che il serpente fosse artificiale, tentò di eseguire le istruzioni.

Nel 1941 anche Welles(6) effettuò degli esperimenti analoghi. Egli indusse un ipnotizzato a rubare una banconota da un dollaro in osservanza di un comando postipnotico : avrebbe dovuto alzarsi dalla sedia e andare a prendere il biglietto da un dollaro che si trovava in un soprabito appeso nella stanza, che in realtà apparteneva allo sperimentatore, ma che Welles allucinò come del soggetto, suggerendo inoltre che quel denaro era stato messo in tasca dal soggetto stesso prima che gli sopravvenisse una completa amnesia, L'ipnotizzato prese il dollaro nell'illusione che gli appartenesse veramente.

Un'allieva di Welles, Margaret Brenman(7), replicò e continuò nel 1942 gli studi del maestro.

Nei suoi esperimenti su sei studentesse ottenne dei notevoli risultati: quando i soggetti erano in trance riuscì a provocare comportamenti come rubare un dollaro da un soprabito, sottrarre una penna da un cassetto, esaminare il contenuto della borsa di un altro, ecc.

Così scrive la Brenman a proposito dell'esperimento del furto della penna: «Il ruolo dello sperimentatore consisteva nel manipolare le percezioni in modo tale che il soggetto credesse di compiere un atto di notevole gravità per cui avrebbe potuto essere perseguito penalmente».

La Brenman indusse anche una delle ipnotizzate a divulgare alcune sue fantasie sessuali delle quali la stessa si rifiutò, invece decisamente di discutere in stato non ipnotico.

A titolo esemplificativo si vedano anche alcuni esperimenti di Watkins(8). In uno di essi persuase un caporale a rivelare delle informazioni ritenute della massima segretezza in quanto il suo capitano gli aveva raccomandato di non svelarle a nessuno per qualsiasi motivo. Dopo averlo ipnotizzato profondamente Watkins

(6) WELLES W. R., *op. cit.*

(7) BRENMAN M., *op. cit.*

(8) WATKINS J. G., *op. cit.*

gli disse: «Io sono il tuo capitano. Ti ho appena fornito un'informazione che non devi assolutamente divulgare. Ora, caporale, voglio assicurarmi che te la ricordi. Dimmi qual'è?». Il caporale rivelò l'informazione con amnesia postipnotica per quanto aveva detto.

L'esperimento venne condotto con altri sette soldati e nessuno di essi riuscì a trattenere l'informazione.

Watkins sostiene che i soggetti rivelarono l'informazione perché erano in trance profonda ed in conseguenza avevano accettato l'allucinazione suggerita, vale a dire essi realmente credevano che Watkins fosse il loro capitano.

Il secondo esperimento di Watkins rivela che la trance profonda o l'allucinazione del primo esperimento non erano indispensabili per provocare tale comportamento.

Il soggetto, in questo caso, era una donna che faceva parte del corpo dell'esercito e a cui un ufficiale aveva fornito informazioni altrettanto segrete. Watkins riuscì a metterla in *trance molto leggera* e, senza allucinarla, le diede le seguenti istruzioni : « Tu hai ricevuto un importante messaggio da un ufficiale superiore e conosci la gravità di un atto come il non saper mantenere segreta un'informazione confidenziale. Sai inoltre le conseguenze che comporta una disobbedienza ad un ordine militare dato da un superiore. Ciò nonostante, tu mi riferirai questo messaggio. Ti sta uscendo dalla gola e non sei capace di trattenerlo. Soffrirai enormemente fino a quando non rivelerai il messaggio. Parla! Parla! ». La donna svelò il messaggio.

Nel terzo esperimento, il soggetto fu messo in trance ed istruito nel modo seguente : « Tra un minuto aprirai gli occhi, di fronte a te vedrai un soldato giapponese che ha una baionetta e ti ucciderà se tu non uccidi lui. Tu dovrai strangolarlo con le tue mani! ». Watkins riferisce che dinnanzi al soggetto si trovava un tenente colonnello e che ben tre persone dovettero correre ad aiutarlo per sottrarlo alla presa dell'ipnotizzato. Questo esperimento fu ripetuto con un secondo soggetto che non solo si comportò in modo analogo, ma estrasse anche il coltello a serramanico.

Young(9) ripeté nelle loro linee essenziali gli esperimenti di

(9) YOUNG P. C, *op. cit.*

Rowland sia con la suggestione diretta, dicendo a 4 soggetti particolarmente ipnotizzabili che il serpente e l'acido solforico erano molto pericolosi, sia allucinando la situazione dicendo ad altri 4 soggetti che erano, al contrario, assolutamente inoffensivi.

Solo un soggetto si rifiutò di toccare il serpente e di gettare l'acido.

Young fece due tipi di controlli: 1) fece rifare l'esperimento agli stessi soggetti da svegli che indietreggiarono inorriditi; 2) constatò presso membri della facoltà, che essi erano totalmente ingannati dall'invisibilità del vetro e molto turbati dalla vista del serpente.

3. Sperimentatori non meno autorevoli ritengono invece che sia impossibile provocare ipnoticamente una condotta antisociale (10).

Nell'esperimento di Erickson(11), per esempio, 50 soggetti, selezionati da un gruppo di 500, furono istruiti nel corso di una profonda trance sonnambulica a rubare piccole somme di denaro, a leggere la corrispondenza destinata ad altre persone, a commettere atti autolesivi, a dare false informazioni, a infrangere regole morali di vario genere, a commettere atti lesivi dell'incolumità personale altrui e altri atti antisociali. In nessun caso il soggetto tenne il comportamento che gli era stato suggerito.

Anche i risultati di Lyon(12) sembrano confermare la difficoltà degli esperimenti di Erickson. Venti soggetti selezionati pre-

(10) BARBER T. X., *Antisocial and Criminal Acts Induced by Hypnosis: A Review of Experimental and Clinical Findings*, in Moss C., *Hypnosis in Perspective*, Macmillan Comp., New York, 1965, 100; BRAMWELL J. M., *Hypnotism: its History, Practice and History*, Institute for Research in Hypnosis and Julian Press, New York, 1965; BRYAN W., *Legal Aspects of Hypnosis*, Thomas, Springfield, 1962; ERICKSON M. H., *An Experimental Investigations of the Possible Antisocial Uses of Hypnotism*, in *Psychiatry*, 1939, 391; LYON W., *Justification and Command as Techniques for Hypnotically Induced Antisocial Behavior*, in *J. Clin. Physiol.*, 1954, 288; ORNE M. T., *The Potential Use of Hypnosis in Interrogation*, in BIDERMAN A., ZIMMER H., *The Manipulation of Human Behavior*, Wiley and Sons, New York, 1965, 169; ORNE M. T., *The Nature of Hypnosis: Artifact and Essence*, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1959, 227.

(11) ERICKSON M. H., *op. cit.*

(12) LYON W., *op. cit.*

cedentemente, furono divisi in due gruppi, il primo dei quali fu ipnotizzato ed invitato: *a)* a versare acido solforico sulle mani di un osservatore; *b)* a ripetere l'azione sulle proprie mani; *e)* ad andare nell'ufficio adiacente a prendere una cartella contrassegnata « Rapporto confidenziale » per poi strapparla a pezzettini. A dieci soggetti del secondo gruppo, anch'essi ipnotizzati, furono suggeriti questi stessi atti, che però furono giustificati dicendo: *a)* che la boccetta non conteneva acido e che essi avrebbero dovuto misurare il tempo di reazione dell'osservatore, versando il contenuto della bottiglia sulla sua mano; *b)* dopo aver nuovamente ricordato che la bottiglia non conteneva acido, fu richiesto ai soggetti di versare il liquido sulle proprie mani, allo scopo di dimostrare la loro fiducia nello sperimentatore; *e)* si disse infine ai soggetti di andare a prendere il «Rapporto confidenziale», per dimostrare la coordinazione motoria in ipnosi, e poi di mostrare la loro destrezza manuale strappando la cartella in due parti con solo due strappi. Dieci altri soggetti non ipnotizzati furono assegnati ad un gruppo di controllo; a cinque di loro fu comandato di compiere gli atti senza nessuna spiegazione, mentre agli altri cinque vennero date le precedenti giustificazioni. I risultati furono i seguenti: i soggetti ipnotizzati a cui erano stati dati i comandi diretti, senza giustificazioni di sorta, dei trenta atti, che erano stati loro suggeriti, ne eseguirono undici, ma in sette di questi casi ci furono tuttavia considerazioni che indicavano che il comando non sarebbe stato eseguito se il soggetto fosse stato sicuro che il compito era pericoloso come sosteneva l'operatore. Poiché i soggetti in trance profonda eseguirono solo 4 azioni che apparentemente erano pericolose essi non si rivelarono più rispondenti ai comandi dei soggetti del gruppo di controllo non ipnotizzati che compirono lo stesso numero di atti suggeriti. Tranne una sola eccezione, le persone ipnotizzate del secondo gruppo, cui venne giustificato il comportamento, seguirono le istruzioni.

I soggetti ipnotizzati del primo e del secondo gruppo, che assunsero i comportamenti suggeriti dichiararono poi che essi avevano agito così perché avevano fiducia nello sperimentatore e non credevano che egli potesse chieder loro di commettere delle azioni realmente criminali.

4. Rimangono dunque da spiegare le ragioni per le quali alcuni sperimentatori ottengono dei risultati positivi ed altri, non meno abili, negativi.

Premesso che, come osserva esattamente la Brenman(13) questa divergenza gioca a favore di chi ottiene risultati positivi, gli autori che negano il potenziale uso criminale dell'ipnosi hanno spiegato i risultati degli altri secondo tre linee principali:

A) *L'ipnotizzato compie atti antisociali perché in sé ha una tendenza criminale.* — Senza dubbio la domanda dell'ipnotista può soddisfare una pulsione inconsapevole (o anche cosciente) e per questo trovare attuazione, anche perché l'ipnosi offre la possibilità di sgravare l'Io dall'assumersi la responsabilità dell'atto criminale.

Se non che è chiaro che detta « tendenza criminale » ha da essere evidenziata e dimostrata nei soggetti che compiono l'atto criminale ed esclusa in quelli che non lo compiono. La cosa presenta una certa difficoltà perché questa tendenza non è stata mai isolata dalla criminologia scientifica e anzi si avanzano seri dubbi sulla sua reale esistenza.

Tendenze criminali, è noto, esistono in ognuno di noi e quindi in ogni caso con un'indagine ex post si può dire che un determinato atto criminale soddisfa una certa esigenza inconscia. Una boutade psicoanalitica sostiene come sia più semplice spiegare perché l'individuo diviene un criminale, (tenuto conto delle pulsioni dell'Es.), piuttosto che indicare la ragione per cui non lo diviene.

Da un altro punto di vista per esempio, in altra occasione, ho mostrato come la fantasia di essere stuprata è comune a molte donne (14). Orbene come è possibile sostenere che una donna che subisce un rapporto sessuale in stato di trance da parte di un ipnotista criminale abbia così soddisfatto i suoi rimossi desideri, quando questi sono, a livello inconscio, comuni a molte donne? È evidente pertanto che questo argomento è molto poco convincente e tale

(13) BRENNAN M., *op. cit.*; GILLI R., Aspetti e problemi medico legali del l'ipnosi, in *Rass. Ipn. Med. Psicosom.*, 1972, 79, è dell'idea che chi accetta la suggestione o ha tendenze criminali o è stato ingannato con illusioni e allucinazioni.

(14) GULOTTA G., Le vittime di aggressioni sessuali, in *Giust. Pen.*, 1969, I, 100.

sarà fino a che da un lato la psicodinamica criminale non avrà chiarito se tale tendenza esiste e dall'altro fino a che tale tendenza non sarà trovata in chi compie atti antisociali suggeriti tramite ipnosi, e risulti assente in chi non obbedisce a tali suggestioni (15). Poiché però in nessun caso questi studi hanno tentato di far luce su questo argomento, né si ha ragione di dubitare dell'« onestà » originaria dei soggetti, è opportuno accantonare questa spiegazione.

B) *L'ipnotizzato compie atti antisociali perché percepisce la sperimentabilità della situazione.* — Orne(16) ritiene a questo proposito che i soggetti si aspettino che in un laboratorio sperimentale siano prese delle misure precauzionali anche se nulla lo fa trapezare.

Mentre si può discutere sul perché solo certi individui hanno comportamenti antisociali in laboratorio, è da ritenersi che compiano l'azione richiesta perché percepiscono la « richiesta caratteristica » e cioè che lo sperimentatore implicitamente richiede che l'azione sia compiuta e che non permetterà che nessuno sia danneggiato durante l'esperimento. Orne fa un parallelo con l'alcool e le sostanze stupefacenti. Entrambe provocano nell'individuo disinibizione ed è noto come anche quantità relativamente piccole di alcool possono agire come disinibitori sociali estremamente potenti con un effetto che è molto superiore alla mera azione farmacologica dell'alcool. In questi casi la consapevolezza dell'individuo di « essere ubriaco » serve per legittimare un comportamento che altrimenti sarebbe inaccettabile. Ciò che è veramente importante, l'unico criterio rilevante che determina il significato di una azione del soggetto, è il come, sulla base degli elementi espliciti ed impliciti del contesto che gli sono disponibili, percepisce il significato della situazione.

Il fatto stesso che l'ipnotista spinga il soggetto a tenere un comportamento molto pericoloso starebbe ad indicare che il comportamento richiesto non può condurre alle terribili conseguenze

(15) GULOTTA G., *Criminalità e cromosomi: osservazioni psicoanalitiche, Indice Penale*, 1969, 523.

(16) ORNE M. T., *Can a Hypnotized Subject Be Compelled To Carry Out Otherwise Unacceptable Behavior?*, *cit.*

che appaiono inevitabili, ciò soprattutto in riferimento agli esperimenti di Rowland e Young.

Se ne potrebbe quindi dedurre che nelle situazioni sperimentali il buon senso ha il sopravvento su quanto dicono i sensi.

C) *L'ipnotizzato compie atti antisociali perché l'ipnotista se ne assume la responsabilità.* — Questa opinione è sorta soprattutto in relazione all'esperimento di Kline(17) che indusse uno studente ipnotizzato a compiere, dinanzi a psicologi di ambo i sessi, un atto descritto in modo piuttosto vago che si ha buone ragioni di ritenere consistesse in esibizione dei genitali.

Nel primo esperimento 4 ipnotisti, 3 uomini e una donna, in vitarono apertamente il soggetto a compiere l'atto, ma egli si rifiutò di obbedire nonostante fosse stato giudicato in ipnosi profonda da ciascun ipnotista.

Nel secondo esperimento il soggetto fu istruito ad allucinare un atto completamente diverso e socialmente accettabile, mentre in realtà era spinto a compiere l'originale atto antisociale; in questo caso il soggetto eseguì il comportamento con i 3 uomini ipnotisti, ma si rifiutò dinanzi alla donna.

Nel terzo esperimento uno degli ipnotisti, che aveva precedentemente lavorato con il soggetto per un periodo di 8 mesi, si assunse personalmente la responsabilità del comportamento del soggetto dicendogli che era un atto assolutamente conveniente e che avrebbe gradito molto che egli lo avesse eseguito. L'atto sconveniente venne allora compiuto dinnanzi a tutti.

Molti autori ritengono che spesso quando l'ipnotizzato compie un atto antisociale si aspetta, anche se non gli è stato detto esplicitamente, che l'ipnotista se ne assuma la responsabilità. Ciò è stato ritenuto anche in relazione all'involontario esperimento che nel 1947, nell'ambiente militare, Schneck(18) fece nella sua qualità di psichiatra dell'esercito.

Egli, per effetto di una suggestione postipnotica, indusse un soldato ad assentarsi arbitrariamente dal servizio, facendogli com-

(17) KLINE M. W., *op. cit.*

(18) SCHNEK J. M., *A Military Offence Induced...*, *cit.*

mettere una mancanza sufficientemente grave da procurargli la perdita del grado.

In questo caso il reato militare fu commesso per inavvertenza dell'operatore che, avendo ipnotizzato il soldato per curarlo da una nevrosi, gli aveva dato in stato di ipnosi il comando di ritornare un certo giorno, senza però avere alcuna intenzione di provocare il comportamento antisociale. Il soldato presenziò alla seduta violando degli ordini perché aggregato altrove per ragioni di servizio.

A questo proposito Barber(19) si pone il seguente interrogativo : « Se lo psichiatra, che era un ufficiale dell'esercito, avesse comandato al soldato di tornare un determinato giorno ad una determinata ora, senza ricorrere alla suggestione ipnotica, il paziente un soldato semplice, non avrebbe forse obbedito ugualmente? ».

Orne (20) pone, infatti, in rilievo che seguire strettamente le istruzioni del medico ufficiale fa parte del codice militare e che il soldato avrebbe inoltre potuto ragionevolmente aspettare che Schneck avrebbe impedito qualsiasi azione disciplinare nei suoi confronti.

5. Sulla falsariga di Orne così possiamo approfondire la critica ai risultati positivi ottenuti da alcuni sperimentatori.

Osservando il fenomeno dell'ipnosi, si rimane colpiti dal fatto che:

- 1) il soggetto appare in uno stato di alterata consapevolezza;
- 2) manifesta una notevole capacità di subire alterazioni della percezione e della memoria in conformità ai suggerimenti dell'ipnotista, anche quando questi sono in contrasto con la realtà;
- 3) perde apparentemente la capacità di autodeterminarsi ed obbedisce alle richieste dell'ipnotista, anche in una situazione post-ipnotica.

La questione se un soggetto possa essere costretto ad assumere un comportamento antisociale contro la sua volontà è direttamente collegata con la terza caratteristica dello stato ipnotico.

(19) BARBER T. X., *Antisocial and Criminal Acts...*, *cit.*

(20) ORNE M. T., *The Potential Use of Hypnosis...*, *cit.*

Sebbene ci sia una tendenza a minimizzare l'importanza di tale aspetto, tutti ammettono che l'ipnosi aumenta la tendenza del soggetto ad eseguire le richieste dell'ipnotista.

Enunciato in termini più generali l'ammissione è che l'ipnosi modifica il grado di controllo dell'ipnotista sul soggetto.

Se non che è bene chiarire subito che un rafforzamento del controllo di un soggetto su un altro può derivare da ragioni molto differenti dall'ipnosi.

Orne, si è già detto, all'inizio di una conferenza universitaria, chiese ad uno studente di togliersi la giacca, ad un altro di scambiare la cravatta con il vicino, a un altro ancora di togliersi le scarpe. Gli studenti eseguivano questi atti senza senso, dimostrando completa compiacenza alle richieste del professore, il quale fece notare loro che, se le stesse richieste fossero state fatte in una situazione diversa (es. in autobus, in un bar, ecc.) non sarebbe state eseguite, mentre se fossero state fatte in una situazione di ipnosi, tutti i presenti non avrebbero mancato di osservare come il soggetto fosse incapace di resistere alla volontà dell'ipnotista che « gli fa fare quello che vuole ». Il comportamento degli studenti aveva invece dimostrato che tali atti potevano essere provocati anche da svegli da una semplice richiesta del conferenziere; questo perché Orne come professore, e in più di psicologia, aveva un controllo sociale sugli studenti assai elevato e questi ultimi erano poi pronti ad assecondarlo nei suoi esperimenti.

Questo esempio dimostra chiaramente la necessità di esplorare il grado di controllo sociale presente nel contesto della relazione in cui deve aver luogo l'ipnosi prima di affermare che l'aumento di controllo è dovuto all'ipnosi come variabile dipendente.

Si deve tener conto che l'ipnosi, come qualunque altro rapporto intersoggettivo, non si verifica nel vuoto sociale in quanto prima dell'ipnosi è indispensabile l'esistenza di una precedente relazione tra il soggetto e l'ipnotista. Il grado di controllo sociale presente è conseguenza di questa preesistente relazione.

Concettualmente si possono distinguere due tipi generali di relazioni: la relazione personale che si è sviluppata in base ai rapporti umani di tutti i giorni degli individui tra di loro, e la relazione di ruolo (dottore-paziente, insegnante-studente), il cui aspet-

to rilevante è la natura aspettativa di una reciproca interazione; in questo caso è il ruolo che gioca una parte importante e determina l'interazione.

Si deve operare una fondamentale distinzione tra le relazioni di tipo personale e quelle determinate dal ruolo.

Ci sono tre specifiche relazioni di ruolo in cui generalmente avviene l'ipnosi e precisamente tra il dottore e il paziente, tra lo «sperimentatore» e il soggetto, tra l'« intrattenitore » e il volontario.

Occupiamoci in questa sede principalmente della relazione sperimentatore-soggetto.

È facile mostrare che in questa situazione ciò che appare strano in altre condizioni, non lo è. Orne spiega di avere chiesto a persone casualmente conosciute di dargli uno spintone; queste chiesero « perché »? Quando fece la stessa richiesta a persone che pure conosceva poco, ma durante un esperimento, queste risposero «in che modo»?

Il semplice stabilire un rapporto soggetto-sperimentatore modifica il grado di controllo.

La situazione sperimentale infatti, per sua stessa natura, sembra precludere al soggetto ogni possibilità di rifiutarsi di compiere azioni inappropriate al suo ruolo, poiché questi è portato ad attribuire significato anche ad azioni che ne sono assolutamente prive, in quanto suppone che lo abbiano ai fini dell'esperimento.

Prima di arrivare dunque a valutare con una certa sicurezza l'aumento di grado di controllo sociale provocato dall'ipnosi, è indispensabile esaminare separatamente questa variabile del controllo sociale indispensabile nell'ipnosi.

Le ricerche sul comportamento antisociale non hanno per lo più trattato il problema nel più ampio contesto del controllo sociale.

Gli studi sperimentali fatti mostrano una certa carenza nel trattare il punto principale, cioè il contesto sociale in cui gli studi stessi sono stati condotti (21).

Evidentemente la situazione sperimentale non è semplicemente definita da istruzioni verbali, ma dipende anche dal contesto

(21) ROSENAL R., ROSNOW R., *op. Cit.*

della precedente esperienza con le persone in esame, dalla conoscenza del loro background.

Il compito di determinare conclusivamente se un individuo in ipnosi può commettere atti antisociali o autolesivi è estremamente difficile e complesso proprio per quanto sopra detto. Il fatto stesso che una determinata azione sia richiesta al soggetto da un professore, in un laboratorio universitario, altera considerevolmente il significato contestuale del comportamento.

Se gettare l'acido addosso a qualcuno rappresenta un comportamento antisociale, compiere la stessa azione in una situazione sperimentale riveste un significato completamente diverso, in quanto il soggetto percepisce la non pericolosità del suo gesto, anche se apparentemente non sembra vi siano misure precauzionali.

Molte variabili influenzano il comportamento del soggetto e tra esse si possono includere: le circostanze in cui il comportamento viene richiesto (in laboratorio, in privato, con testimoni, ecc), la posizione e la reputazione dell'ipnotista, il proposito che il soggetto attribuisce alle richieste dell'ipnotista.

6. La discussione metodologica su questo tipo di esperimenti ha generato numerose ricerche con risultati non sempre omogenei che delineano a quali condizioni l'atto antisociale può essere compiuto e quale sia il concreto ruolo dell'ipnosi.

In uno studio di Orne ed Evans (22) dodici individui parteciparono all'esperimento, sei dei quali entrarono in un'ipnosi profonda, mentre gli altri non riuscirono a raggiungere questo stato. Al gruppo non suscettibile all'ipnosi furono date istruzioni di simulare di essere in ipnosi, con lo scopo di ingannare l'ipnotista che non avrebbe dovuto conoscere la loro vera condizione. Cinque dei sei individui profondamente ipnotizzati furono in realtà indotti a compiere tutti i tests richiesti, consistenti in atti antisociali; ma anche i sei soggetti che non erano ipnotizzati, ma simulavano solo di esserlo, si comportarono nello stesso modo. Osservato che l'ipnosi non era essenziale per ottenere il tipo di comportamento

(22) ORNE M., EVANS F., Social Control in the Psychological Experiment: Antisocial Behavior and Hypnosis, in *J. Per. Soc. Psychol.*, 1965, 189.

richiesto, altri gruppi di soggetti furono stimolati e con un minimo di rapporto indotti a compiere i tests richiesti. In rapporto al grado di pressione sociale esercitata si ottenne una completa o parziale soddisfazione di tali richieste. In relazione a questo esperimento, si è concluso che tramite l'ipnosi si era in grado di indurre atti antisociali, ma che questi effetti non potevano necessariamente essere ricondotti ad essa, dato che atti simili possono essere prodotti anche senza l'utilizzazione dell'ipnosi.

Coe(23) ha cercato di valutare sperimentalmente il ruolo delle caratteristiche del soggetto ipnotizzato, della relazione personale che si instaura tra il soggetto e l'ipnotista ed infine della consapevolezza del soggetto di partecipare ad un esperimento. Per quanto riguarda le caratteristiche del soggetto la variabile considerata fu il grado di suscettibilità ipnotica. Per l'esperimento furono scelti soggetti che variavano da un grado moderato ad uno alto di suscettibilità. Per separare l'influenza dell'ipnosi da quella della relazione interpersonale, uno degli sperimentatori (E1) addestrò i soggetti ad entrare in ipnosi ad un certo segnale. Poi chiese ad una parte dei soggetti di aiutarlo a compiere un'azione antisociale prescelta senza ipnotizzarli (relazione, senza ipnosi) e agli altri chiese aiuto dopo averli ipnotizzati (relazione, con ipnosi). Un altro sperimentatore (E) sconosciuto ai soggetti, chiese a parte di loro di aiutarlo (niente relazione, niente ipnosi) mentre gli altri furono ipnotizzati prima della richiesta (niente relazione, ipnosi). Un modello di esperimento valido deve anche tener conto che se il soggetto si rende conto di essere in un ambito sperimentale si comporta di conseguenza, accettando e mettendo in atto comportamenti altrimenti inaccettabili perché convinto che lo sperimentatore avrà preso tutte le precauzioni necessarie. Perciò i soggetti furono incontrati lontano dal luogo dell'esperimento ed avvicinati con dei pretesti ed in seguito fu compiuta un'intervista per valutare fino a che punto i soggetti avevano intuito di aver partecipato ad un esperimento. I risultati provano che la relazione personale da sola, come l'ipnosi da sola, sono sufficienti a produr-

(23) COE W. C., KOBAYASHI K., HOWARD M. L., An Approach Toward Isolating Factors that Influence Antisocial Conduct in Hypnosis, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1972, 118.

re un grado significativo di comportamento antisociale. La combinazione delle due non fu più efficace che l'ipnosi o la relazione da sola. Le tre ipotesi dei ricercatori furono tutte confermate: 1) se il soggetto conosce già lo sperimentatore compirà più facilmente l'atto richiesto (bisogna però accertare se l'atto richiesto è antisociale o meno per il soggetto); 2) che il soggetto abbia conosciuto o no lo sperimentatore, compirà l'atto quando sa che fa parte di un esperimento; 3) l'ipnosi anche senza relazione con lo sperimentatore produce il comportamento antisociale ma i risultati sono inficiati dalla conoscenza dell'ipnotizzato di aver partecipato ad un esperimento. Questo dimostra che è molto difficile in un ambito sperimentale compiere un esperimento sul comportamento antisociale che sia convincente. Quello che gli autori rilevano è che una persona potrebbe essere indotta a compiere un concreto atto antisociale se riuscisse a convincere l'altro che sta partecipando ad un esperimento.

Sulla traccia di questo esperimento Coe ed i suoi collaboratori ne condussero un altro (24) apportando diversi miglioramenti. Per prima cosa fu usato un atto antisociale più chiaramente illegale e dannoso ed anche più credibile. Ai soggetti di questo esperimento fu chiesto di vendere eroina nel Campus universitario invece che passare disonestamente un esame come nel precedente studio. Inoltre si cercò di intensificare il rapporto tra sperimentatore e soggetti tenendo 4 sedute di ipnosi individuali prima di chiedere un comportamento antisociale si valutò preventivamente la « posizione morale » del soggetto nei confronti dell'atto richiesto e furono inclusi in ogni gruppo dei simulatori per valutare meglio gli effetti della richiesta sul comportamento. Parteciparono 26 soggetti scelti da un campione iniziale di 190 studenti del college in base ad un punteggio di almeno 9 punti sulla Harvard Group Scale of Hypnotic Suscettibility. Furono usati 4 diversi tipi di scala ipnotica in 4 sedute a distanza di una settimana una dall'altra per valutare la suscettibilità ipnotica. Dopo la quarta seduta il soggetto veniva ringraziato e gli si diceva che l'esperimento era

(24) COE W., KOBAYASHY K., HOWARD M. L., *Experimental and Ethical Problems of Evaluating the Influence of Hypnosis in Antisocial Conduct*, in *J. of Abnormal Psychology*, 1973, 476 s.

finito. La richiesta antisociale veniva fatta circa una settimana più tardi, quando lo sperimentatore fingeva di incontrare per caso il soggetto. Anche in questo caso furono usate le 4 diverse condizioni sperimentali: 1) ipnosi-relazione personale; 2) non ipnosi-relazione personale; 3) ipnosi-non relazione personale; 4) non ipnosi-non relazione personale. In seguito fu compiuta un'inchiesta post-sperimentale per stabilire se, e fino a che punto, i soggetti avevano intuito di aver partecipato ad un esperimento e la ragione per cui avevano o meno compiuto l'atto. Analizzando i risultati i 4 trattamenti sperimentali non mostrarono una sicura efficacia nel produrre una condizione di disponibilità verso un comportamento antisociale. Venne calcolata la correlazione tra la suscettibilità ipnotica e l'aver compiuto l'atto antisociale ma ne risultò solo una debole relazione e questo, per Coe, suggerisce che la suscettibilità all'ipnosi può essere un tratto caratteristico della tendenza a lasciarsi influenzare, ma sostanzialmente l'essere ipnotizzati non sembra rendere più sicuro il tentativo di far commettere un atto antisociale a qualcuno. I risultati, secondo l'autore, indicano invece chiaramente che l'accondiscendenza a compiere l'atto antisociale è legata alla valutazione morale personale, mentre importante, ma non decisivo, è apparso il rapporto personale soggetto-sperimentatore.

In un altro esperimento (25) in base al punto di vista per cui gli atteggiamenti, le motivazioni e le aspettative del soggetto sono variabili importanti nell'ipnosi più che il grado di profondità della trance. Si è tentato di valutare il ruolo dell'ipnosi rispetto a quello degli atteggiamenti e dell'immaginazione, nel provocare un com-trance; si è tentato di valutare il ruolo dell'ipnosi rispetto a quello portamento ripugnante per il soggetto. L'esperimento, condotto su delle studentesse reclutate con un annuncio su un giornale, consisteva in un approccio di tipo omosessuale. Tutte le studentesse accettarono di partecipare e furono divise in tre gruppi a caso. Il primo gruppo comprendeva i soggetti ipnotizzati. A questi fu suggerito, mentre erano in ipnosi, di lasciare il luogo dell'espe-

(25) O'BRIEN R., RABUCK S. J., Experimentally Produced Self-Repugnant Behavior as A Function of Hypnosis and Waking Suggestioni A Pilot Study, in *Am. J. of din. Hypnosis*, 1976, 272.

rimento e di tornare a casa e fu detto loro che uscendo sarebbero state attratte dalla terza donna incontrata. L'attrazione sarebbe stata così forte che, incapaci di resistere, l'avrebbero fermata per parlarle e proporle un incontro da sole in un altro luogo. I soggetti del secondo gruppo furono istruiti nello stesso modo, ma le istruzioni facevano parte di suggestioni post-ipnotiche. Il trattamento del terzo gruppo invece fu diverso e basato sulle tecniche suggerite da Barber; ai soggetti furono date le istruzioni accompagnate da frasi di incoraggiamento e da una motivazione (l'esperimento serviva si disse per misurare il loro grado di immaginazione). Furono poi istruite ad immaginare se stesse che sentivano attrazione per una donna. Era previsto che uscendo i soggetti incontrassero delle donne che partecipavano all'esperimento. Due soggetti su sei del terzo gruppo eseguirono completamente le istruzioni. Nell'intervista che seguì risultò che non sospettavano che le ragazze avvicinate partecipassero all'esperimento. Furono sorprese dal loro comportamento, mostrarono segni di ansietà ed entrambe negarono precedenti esperienze o desideri omosessuali. Nove dei soggetti ipnotizzati fecero solo un tentativo di avvicinare una delle donne ed una sola si fermò vicino ad una di queste. Anche loro durante l'intervista dissero di essere state attratte dalla terza donna incontrata e che avrebbero voluto dirle qualcosa, ma non ricordavano cosa o non riuscivano a dirlo. Negarono di sapere che le ragazze incontrate facessero parte di un esperimento e negarono precedenti esperienze omosessuali. Nel gruppo che aveva ricevuto istruzioni post-ipnotiche uno dei soggetti mise in atto un'aperta violazione delle istruzioni non lasciando il palazzo. Gli autori concludono che l'ipnosi può avere un ruolo meno efficace delle suggestioni date nello stato di veglia nel provocare l'approccio omosessuale se gli atteggiamenti e le motivazioni personali sono sollecitate al massimo.

La controversia, lo si è accennato, non è puramente accademica, dato che coloro che negano la possibilità di usare l'ipnosi a scopi criminali lo negano anche nei casi in cui il tentativo venga fatto tramite allucinazioni, per esempio suggerendo al soggetto di accoltellare un uomo allucinandolo come sacco di stoffa o di ap-

propriarsi di cosa altrui facendo credere che sia di proprietà dell'ipnotizzato, ecc.

Orne per esempio afferma che non è esatto pensare che l'alterazione della percezione e della memoria del soggetto sia completa in ipnosi (26). L'individuo continua invece ad un certo livello ad avere coscienza del mondo reale, anche se nella maggior parte dei casi non si regola in base ad essa. Ma un individuo ipnotizzato, a meno che non sia costretto a farlo, non camminerà contro e non si siederà su di una persona per cui ha un'allucinazione negativa; camminerà intorno alla sedia che pure non vede, risponderà fisiologicamente agli insulti che provengono da una voce che non può udire, e così via.

Un incidente descritto da Janet(27) alla Salpêtrière ne dà un esempio. Una ragazza profondamente ipnotizzata compì davanti a medici e magistrati tutti i crimini che le furono richiesti: avvelenò con zucchero in polvere, pugnalò con un pugnale di gomma ecc. Alla fine della dimostrazione quando tutti erano andati, rimasero solo degli studenti che dovevano svegliare la ragazza. Questi, per concludere la dimostrazione in modo più « leggero», le suggerirono che era sola e che poteva spogliarsi, suggerimento che però la fece immediatamente deipnotizzare. La differenza tra un crimine simulato ed una situazione imbarazzante reale, fu chiaramente avvertita dal soggetto.

Da questo punto di vista, è evidente, la discussione investe tutto il fenomeno dell'ipnosi.

Basti ricordare che esistono essenzialmente due tipi di approccio psicologico allo studio sull'ipnosi da Sutcliffe denominati in modo ormai famoso « credulo » l'uno e « scettico » l'altro (28) e gli esperimenti sulla possibilità di far compiere crimini mediante

(26) ORNE M. T., Can a Hypnotized Subject Be Compelled to Carry Out Otherwise Unacceptable Behavior? A Discussion, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1972, 2.

(27) JANET P., *op. cit.*

(28) SUTCLIFFE J. P., Credulous and Skeptical Views of Hypnotic Phenomena: A Review of Certain Evidence and Methodology, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1960, 73; Credulous and Skeptical Views of Hypnotic Phenomena: Experiments on Estesia, Hallucination and Delusion, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1961, 188.

l'ipnosi rappresentano, come si vede, uno dei campi di battaglia più adatti per questo confronto di opinioni.

Altrove Orne (29) ha indicato quali sono i requisiti perché un « esperimento » possa dimostrare la reale possibilità di far compiere atti antisociali attraverso l'ipnosi:

- 1) il comportamento richiesto deve essere obiettivamente criminale;
- 2) la motivazione dell'ipnotista deve essere di vantaggio personale;
- 3) l'ipnotista non deve avere fama di essere un investigatore responsabile;
- 4) il rapporto tra ipnotista e ipnotizzato deve essere di breve durata e non dovrebbe comunque giustificare in alcun modo il comportamento richiesto.

La difficoltà principale dell'interpretazione della letteratura è, secondo Orne, costituita dalla mancanza di distinzione tra tre fondamentali tipi di comportamento:

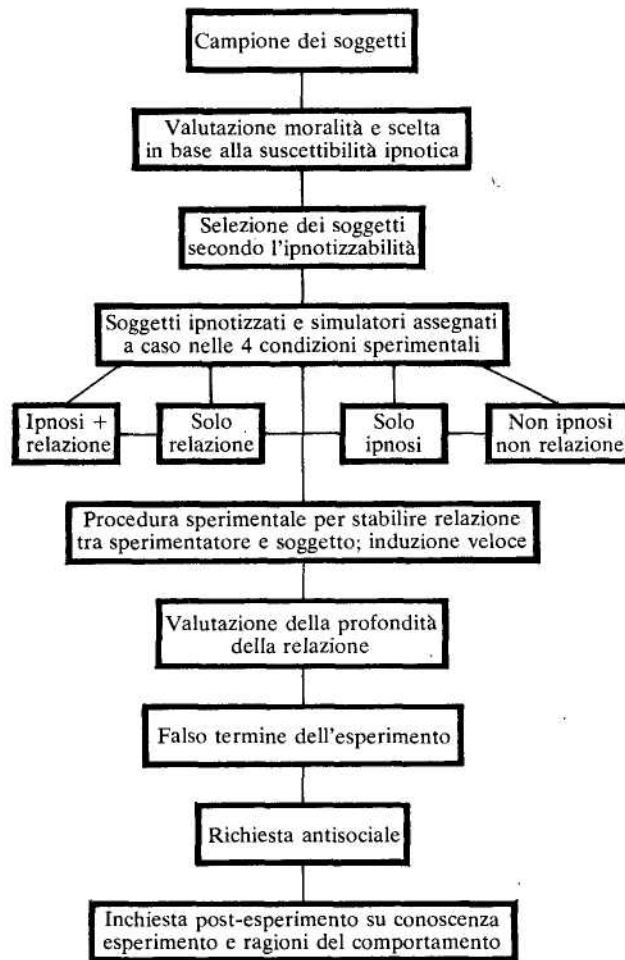
- a) il comportamento che appare ripugnante al soggetto, ma che è legittimato nel contesto sociale in cui avviene l'ipnosi;
- b) il comportamento che l'individuo non terrebbe in condizioni normali, ma che assume a causa di forti desideri inconsci o consci che lo spingono a compiere quel determinato atto;
- e) il comportamento che il soggetto non desidera tenere, sia a livello conscio che inconscio e che egli rifiuterebbe nella relazione che precede l'ipnosi. È soltanto in quest'ultimo caso che, qualora avvenisse, si potrebbe senz'altro ritenere che l'ipnosi abbia determinato un atto antisociale.

Coe(30) da parte sua rileva che per valutare correttamente i risultati degli esperimenti occorre tener presenti 4 variabili essenziali: 1) i soggetti devono essere molto suscettibili all'ipnosi ed ipnotizzati quando è richiesto l'atto antisociale; 2) l'atto deve essere contrario ai valori morali del soggetto ed agli standards cul-

(29) ORNE M. T., *The Potential Use...*, *cit.*

(30) COE W., *The Problem of Relevance Versus Ethics in Researching Hypnosis and Antisocial Conduct*, in EDMONSTON W. JR. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, *Annales of New York Academy of Sciences*, New York, 1977, 90 s.

turali; 3) gli effetti della relazione personale soggetto-ipnotista devono essere tenuti distinti da quelli dell'ipnosi; 4) i soggetti non devono sapere di partecipare ad un esperimento quando è fatta la richiesta. Sulla base dei suoi precedenti esperimenti Coe ha formulato un approccio sperimentale che tiene conto di queste 4 variabili riassunte nello schema che segue:



Esaminando le variabili una per una Coe suggerisce: 1) soggetti suscettibili all'ipnosi ed ipnotizzati quando è richiesto l'atto antisociale, *a)* deve essere compiuta una preselezione scegliendo i

soggetti con i punteggi più alti di una scala di suscettibilità ipnotica standard, *b*) bisogna abituare i soggetti ad entrare in trance rapidamente ad un certo segnale, *e*) verificare il grado di profondità ipnotica con osservazioni dello sperimentatore e le sensazioni del soggetto stesso. 2) Atto che deve essere contrario ai valori morali del soggetto, *a*) scegliere i soggetti o gli atti basandosi sulle risposte date nei questionari, *b*) inchiesta post sperimentale per valutare le ragioni per cui il soggetto ha compiuto o meno l'atto. 3) separare gli effetti della relazione personale ipnotista-soggetto da quelli dell'ipnosi, *a*) utilizzare 4 diverse condizioni sperimentali: ipnosi-relazione personale, non ipnosi-relazione personale, ipnosi-non relazione personale, non ipnosi-non relazione personale. 4) i soggetti non devono sapere di partecipare ad un esperimento, *a*) lo sperimentatore deve far credere che l'esperimento sia terminato prima di far la richiesta antisociale, *b*) la richiesta deve essere fatta in ambiente non sperimentale, *e*) deve esserci un gruppo di simulatori come quasi controllo, *d*) intervista post-sperimentale. Per Coe è molto importante osservare alcune precauzioni in questi esperimenti. Primo, informare qualche autorità dello svolgimento dell'esperimento, indicandogli gli scopi e la persona che ne è responsabile. Secondo, che gli sperimentatori lavorino in coppia ed uno rimanga fuori dalla vista del soggetto ma sempre a portata di mano. Infine consiglia di non chiedere mai comportamenti violenti o pericolosi per sé o per altri, ma crimini non violenti, o azioni immorali ma non illegali.

Secondo un altro autore (31) non è completamente esatto il punto di vista di Orne, per cui lo sperimentatore, non potendo chiedere al soggetto di compiere atti illegali al di fuori della situazione sperimentale, è costretto a farlo in laboratorio dove il soggetto risponde non solo alla sollecitazione ipnotica, ma anche alla sua personale percezione della situazione globale. L'ipnotista ed il soggetto invece « giocano » una specie di gara per autoingannarsi a vicenda. Il soggetto consegna le sue funzioni dell'Io all'ipnotista, così da avere una ragione per il suo comportamento. L'ipnoti-

ci) LEVITT E., Research Strategies in Evaluating the Coercive Power of Hypnosis, in EDMONSTON W. JR., *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, cit.

i sta a sua volta condividerà l'illusione di ottenere un effettivo controllo coercitivo avendone in cambio una gratificazione per il suo Io. Per lui il punto cruciale è di convincere un soggetto che la situazione sperimentale è naturale e non «protetta», e che quindi il soggetto si assumerà in pieno tutte le responsabilità per le sue azioni.

Levitt(32) dopo aver svolto su di un gruppo numeroso di studenti un'indagine per stabilire quali comportamenti erano giudicati più ripugnanti, ne scelse due per il suo esperimento, il primo consisteva nello stracciare una bandiera americana, il secondo nel distruggere una Bibbia. I 113 soggetti volontari furono scelti con la Scala Stanford forma A. I diciannove che riportarono il punteggio più alto (11 o più) e i dieci che ottennero il più basso (4 o meno) furono invitati a partecipare ad una seconda fase dell'esperimento, ma accettarono solo 14 dei primi e 9 dei secondi. Dei tre studenti che conducevano l'esperimento due non sapevano della presenza di un gruppo di simulatori, e non avevano mai ipnotizzato prima, anche se avevano fatto parecchie settimane di training neiramministrare una scala ipnotica, mentre il terzo aveva già partecipato a precedenti ricerche. Nei due esperimenti il 26% dei soggetti si rifiutò di compiere l'uno o l'altro degli atti richiesti. Tutti i soggetti che parteciparono all'esperimento della bandiera furono invitati a partecipare anche all'altro, ma il 43% non partecipò adducendo varie scuse o rendendosi irreperibile. Per l'autore questo campione è troppo piccolo per poter trarre delle conclusioni, ma probabilmente l'alta percentuale dei rifiuti a partecipare al secondo esperimento fu dovuta al fatto che i soggetti non si sentivano abbastanza « protetti » dalla situazione sperimentale e avevano paura delle conseguenze del loro atto. Nelle interviste post-sperimentali, a cui consentirono di partecipare solo 7 dei soggetti originali, essi riferirono di aver compiuto l'atto perché: 1) l'atto non era veramente o sufficientemente ripugnante per il soggetto; 2) l'atto non veniva giudicato realmente riprovevole per il contesto

(32) LEVITT E., ARONOFF G., DUANE MORGAN C., OVERLEY T., PARRISH M., Testing the Coercive Power of Hypnosis: Committing Objectionable Acts, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1975, 59 ss.

sperimentale in cui era chiesto; 3) il soggetto era influenzato dallo stato ipnotico.

Sempre per valutare il potere coercitivo dell'ipnosi Levitt(33) ha compiuto un secondo esperimento secondo la metodologia già riferita.

I soggetti erano 57 studenti, di cui 29 erano i soggetti reali che avevano ottenuto un punteggio di almeno 11 punti sulla Scala Stanford e 28 erano i simulatori che avevano ottenuto 4 punti o meno sulla stessa scala. Come nel primo esperimento gli ipnotisti erano studenti laureati che non erano a conoscenza della presenza del gruppo di simulatori. L'esperimento consisteva di due fasi: nella prima ai soggetti veniva data una bandiera americana e poi

lo sperimentatore chiedeva di strapparla, nella seconda fase ai soggetti veniva data una Bibbia chiedendo loro di strappare una pagina e bruciarla.

Anche il primo esperimento era composto da due fasi, ma la seconda seguiva dopo una settimana circa dalla prima fase; inoltre le inchieste post-sperimentali nel primo esperimento furono condotte tutte dallo sperimentatore anziano dopo un intervallo che variava dalle due settimane ai due mesi dalla fine dell'esperimento. Nel secondo esperimento invece la seconda fase seguiva subito la prima e le inchieste post-sperimentali erano condotte subito dopo la fine della seconda fase da diverse persone, alcune delle quali facevano parte dello staff dell'esperimento, altre no. Per il resto i due esperimenti furono identici. I risultati degli esperimenti sono: il 14% dei soggetti reali ed il 16% dei simulatori si rifiutò di strappare la bandiera americana; il 33% ed il 20% dei simulatori si rifiutò di stracciare e bruciare una pagina della Bibbia; il 21% dei reali ed il 18% dei simulatori si rifiutò di compiere entrambi gli atti richiesti. Il 19,7% di tutti i soggetti dei due esperimenti si rifiutò di compiere l'uno o l'altro od entrambi gli atti richiesti. La intervista compiuta dopo il secondo esperimento rivelò inoltre che

Il 37% dei soggetti reali ed il 50% dei simulatori che compirono l'atto richiesto o entrambi li giudicavano ripugnanti. Levitt riba-

(33) LEVITT E., OVERLEY T. M., RUBINSTEIN D., The Objectionable Act As a Mechanism for Testing the Coercive Power of the Hypnotic State, in *Am. J. of din. Hypnosis*, 1975, 263.

disce che i risultati delle interviste post-sperimentali suggeriscono che una persona può consentire a compiere l'atto ripugnante che gli è richiesto per una o più delle seguenti ragioni: 1) l'atto non è veramente ripugnante o non lo è sufficientemente; 2) il soggetto è capace di razionalizzare che l'atto non è veramente riprovevole per il contesto in cui è richiesto; 3) il soggetto è veramente influenzato in qualche modo dallo stato ipnotico. L'autore inoltre fa presente che nel primo esperimento l'intervallo di una settimana tra le due fasi aveva permesso ai soggetti di scegliere se partecipare o meno alla seconda fase (mentre ciò non avveniva nel secondo esperimento) ed il rifiuto a partecipare poteva riflettere il conflitto provocato dalla prima fase. In effetti più del 43% dei soggetti del primo esperimento non accettò di partecipare alla seconda fase, percentuale altissima se confrontata con altri studi sul potere coercitivo dell'ipnosi in cui erano richiesti atti antisociali, criminali o autodistruttivi.

Secondo l'autore un fattore importante nel provocare questa percentuale di rifiuti può essere la percezione del soggetto che lo sperimentatore non lo può proteggere dalle conseguenze del suo atto.

Il dilemma dello sperimentatore appare il seguente: se richiede un atto palesemente delittuoso e il soggetto lo compie non ha alcuna garanzia che lo avrebbe compiuto anche senza l'ipnosi. Se chiede di compiere un atto moderatamente delittuoso è probabile che la trance sia estranea alla produzione del fatto. Levitt propone che come nei suoi esperimenti siano usati atti più che delittuosi repellenti, come pulire vomito altrui, stracciare una Bibbia, sputare sulla bandiera...

Riassumendo, le variabili da considerare perché il soggetto percepisca la situazione come non preordinata ma naturale al fine di valutare esattamente i risultati sono :

- 1) la localizzazione fisica dell'esperimento;
- 2) gli altri individui oltre al soggetto coinvolti nell'esperimento;
- 3) il comportamento specifico richiesto al soggetto.

Perciò le condizioni dovrebbero essere:

- 1) l'esperimento (o la parte cruciale) dovrebbe essere compiuta fuori dal campus;
- 2) dovrebbero essere coinvolte persone che non sembrano a docenti;
- 3) la richiesta dovrebbe essere possibile, credibile, ma non veramente antisociale, specialmente se le prime due condizioni non possono essere soddisfatte.

7. Vediamo ora come gli sperimentatori che ottengono dal soggetto ipnotizzato di rubare piccole somme, di gettare acido solforico su un individuo (che, senza che l'ipnotizzato lo sappia, è protetto), ecc, spiegano gli insuccessi dei colleghi.

A) *L'esperimento non riesce perché manca la tendenza alla criminalità.* — Abbiamo già criticato questa impostazione.

B) *L'esperimento non riesce perché la tecnica usata è inadatta allo scopo.* — Young(34) ha indicato quali fenomeni e quali dinamiche possono essere utilizzati a scopi criminali; il suo elenco è particolarmente elaborato e mostra quale dovrebbe essere una metodologia efficiente in proposito: 1) potenti o primitive forze inconscie che vengono alla luce durante la trance ipnotica; 2) fede del soggetto nella potenza magica dell'ipnotista, che viene realmente considerato capace di modificare il mondo esterno; 3) eliminazione della rimozione in quanto l'ipnoanalisi equivale ad una soppressione delle barriere psicologiche, essa penetra nel substrato psichico e porta tutto ciò che è represso ad un livello di consapevolezza; 4) minimizzazione della realtà esterna ad alterazione dell'immagine e delle sensazioni corporee, cioè modificazioni nella consapevolezza di sé, nei modi di pensare e nelle espressioni motorie; 5) limitazione della vita spontanea del soggetto che implica un conseguente assorbimento dell'attenzione da parte degli stimoli forniti dallo sperimentatore; 6) allucinazioni; 7) produzioni di pene insopportabili al soggetto; 8) soddisfazioni di bisogni infantili e cioè d'affetto, compiacenza passiva e desiderio di partecipare al-

(34) YOUNG P., *op. cit.*

l'onnipotenza dell'ipnotista; 9) controllo e direzione del pensiero, vale a dire la possibilità di selezionare o escludere ricordi e idee; 10) il rapporto (transfert), cioè la condizione in cui il soggetto risponde ai desideri dell'ipnotista e appare incapace di sentire, vedere e rispondere a chiunque altro se non dietro istruzioni dell'ipnotista; 11) complessi artificialmente provocati che apparentemente possiedono tutti gli effetti dei sopiti conflitti delle persone, senza espressi problemi nevrotici; 12) compiacenza completa in cui l'ipnotista appare come un individuo onnipotente, investito di poteri protettivi e punitivi, ai cui comandi non si può resistere; 13) riorganizzazione della vita psichica attraverso ricordi di episodi dimenticati, sviluppo di amnesie, identificazioni, sogni, conflitti emozionali, allucinazioni, sostituzione di ricordi, ecc; 14) regressione d'età; 15) circonvenzione delle resistenze dell'Io; 16) natura coattiva del fenomeno ipnotico, che provoca un impulso irrimediabile d'infantile dipendenza nei confronti della figura « divina » dell'ipnotista. In soggetti suscettibili di trance profonda è possibile produrre idee ossessive coazioni, fobie, manie di persecuzione, idee grandiose, deliri depressivi e nichilistici, idee di irrealtà, idee ipocondriache; 17) assunzione di un'altra identità attraverso il fenomeno chiamato transidentificazione, per cui al soggetto ipnotizzato si fa assumere l'identità ed il comportamento di un'altra persona. Young suggerisce che a fini antisociali l'ipnotista dovrebbe orientare la sua metodologia come segue:

- a) predisponendo le suggestioni preparatorie e terminali;
- b) permettendo ai soggetti di elaborare soggettivamente queste suggestioni;
- e) ricorrendo a motivi latenti allo stato normale, ma facilmente evidenziabili con l'ipnosi;
- d) regredendo il soggetto ad un'età in cui era suscettibile a stimoli immorali;
- e) provocando identificazioni con persone ricche, o che vivono liberamente, o conducono una vita avventurosa, o anche per sonaggi storici che vissero secondo costumanze diverse dalle attuali;
- f) verbalizzando la suggestione in modo che la stessa relazione ipnotista-soggetto contribuisca allo scopo antisociale;

g) astenendosi dall'accennare che quanto si sta facendo o si sta per fare abbia un contenuto antisociale, eliminando ogni conflitto morale, ricorrendo ai sentimenti più forti ed elevati, distorcendo nel soggetto la percezione della realtà esterna;

h) provocando complessi che si accordino con la vanità, con l'orgoglio, con l'onore, con la difesa personale con la vendetta, con la cupidigia, con la lussuria, con la sete di potere, o con il desiderio di sottomissione.

Lo stesso autore ha indicato come Erickson ponesse dinnanzi ai soggetti la realtà oggettiva dell'atto antisociale, provocando così in loro un conflitto morale.

Erickson aveva infatti detto loro : « Compilate questo atto antisociale. Fatelo perché io vi dico di farlo. Ricordatevi che, se lo fate, voi solo ne siete responsabili ».

I risultati negativi dei suoi esperimenti suggeriscono allora che i soggetti in profonda trance non assumono comportamenti apparentemente antisociali se non viene data loro una valida ragione che giustifichi tali condotte ma non escludono tale possibilità in circostanze diverse.

C) *L'esperimento non riesce perché da parte dell'ipnotista viene trasmessa involontariamente un'aspettativa di rifiuto.* — Secondo Estabrooks(35) e Marcuse(36) gli insuccessi di Erickson potrebbero essere il frutto dell'involontaria aspettativa di rifiuto di Erickson stesso da parte dei suoi soggetti a commettere azioni delittuose, inconsapevolmente proiettata e percepita proprio grazie alla particolare sensibilità acquistata dal soggetto in «trance».

È noto che l'ipnotista, che non crede realmente nell'esito positivo dei suoi esperimenti, non riesce a nascondere questo suo atteggiamento agli ipnotizzati che inconsciamente reagiscono a tale situazione, soggiacendo per compiacergli in tale aspettativa.

Concludendo su questo punto possiamo dire con Weitzenhoffer (37) che : « In ogni esperimento i risultati indicano che il com-

(35) ESTABROOKS G. H., *op. cit.*

(36) MARCUSE F. L., *Antisocial Behavior and Hypnosis*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1953, 18.

(37) WEITZENHOFFER A. M., *op. cit.*

portamento del soggetto era sempre appropriato alla situazione così come definita dall'ipnotista. Il comportamento dell'ipnotizzato appare come una funzione della realtà così come da lui percepita in ipnosi. Se la situazione sembra accettabile la compie altrimenti no ». È evidente, dunque, che pur non potendosi negare in astratto la possibilità che tramite l'ipnosi vengano fatti compiere atti antisociali tale probabilità è strettamente legata al rapporto esistente tra l'ipnotista e l'ipnotizzato, alla struttura personologica di quest'ultimo e al contesto nel suo insieme.

8. Si è potuto constatare sperimentalmente comunque *che talune persone possono essere indotte a commettere atti lesivi della incolumità altrui anche senza l'uso dell'ipnosi.*

Milgram ha descritto vari esperimenti in cui alcuni individui *non ipnotizzati* venivano indotti ad infliggere a dei soggetti, che simulavano di riceverle, delle scariche fino a 300 Volt perché rispondevano in modo non esatto a delle domande (38).

Si reclutarono 40 volontari, tutti uomini che credevano di dover prender parte ad uno studio sperimentale sulla memoria. Questi uomini avevano un'età tra i venti e i cinquant'anni e facevano i lavori più disparati. Alcuni dei soggetti erano impiegati postali, insegnanti di liceo, commercianti, ingegneri e operai, uno solo non aveva il diploma di scuola elementare.

Il ruolo dello sperimentatore era affidato ad un insegnante di biologia di trentun anni. Doveva mantenere un contegno impassibile ed impersonale durante lo svolgersi dell'esperimento. Lo aiutava un individuo mite e simpatico che giocava la parte della « vittima ».

Lo sperimentatore parlò con ciascun volontario, e in presenza della vittima che fingeva di essere un altro volontario, spiegò che si trattava d'investigare gli effetti della punizione sull'apprendimento ed in particolare gli effetti di vari gradi di punizioni e di vari tipi d'insegnanti.

Si disposero le cose in modo che il volontario faceva sempre la parte dell'« insegnante », mentre la « vittima » faceva sempre la

(38) MILGRAM S., *Obbedienza all'autorità*, Bompiani, Milano, 1975.

parte di colui che apprende. La « vittima » fu legata ad una specie di sedia elettrica, il volontario-insegnante fu portato in una stanza attigua e fatto accomodare di fronte ad uno strumento chiamato «shock generator». Prima d'iniziare l'esperimento, a ciascun volontario, per dimostrargli l'apparente autenticità della macchina, fu fatta subire una scossa di 45 Volt.

Davanti all'« insegnante » era una fila di 30 interruttori che andavano da 15 a 450 Volt; fra un interruttore e l'altro c'era una differenza di 15 Volt, e divisi in gruppi, erano variamente classificati : da « scossa leggera » a « forte scossa » ; questo portava il volontario-insegnante a credere di dover infliggere alla « vittima » punizioni sempre più severe, mentre quest'ultima doveva fornire risposte preparate in anticipo. Doveva infatti dare risposte sbagliate a tre domande su quattro e riceveva delle scosse come punizione ai suoi errori.

Quando la scossa-punizione raggiungeva i 300 Volt, la vittima come era convenuto, cominciò a tirar calci alla parete della stanza in cui era legata alla sedia elettrica. Al volontario-insegnante, che a questo punto si rivolgeva allo sperimentatore per sapere cosa fare, veniva detto di continuare dopo una pausa di qualche secondo. La « vittima » diede ancora un segno alla scossa di 315 Volt, poi silenzio.

Vari furono i modi in cui reagirono i volontari-insegnanti, ma tutti furono incoraggiati a continuare e fu loro ordinato di proseguire fino al massimo voltaggio.

Lo sperimentatore, dichiara che, contrariamente ad ogni aspettativa, 26 soggetti su 40 completarono la serie e diedero una ultima scossa di 450 Volt alla « vittima » ormai silenziosa. Soltanto 50 si rifiutarono di continuare alla prima reazione della « vittima » alla scossa di 300 Volt. Molti continuarono, nonostante manifestassero notevoli disturbi emotivi, attraverso commenti, sudore continuo, risate o sorrisi nervosi. Continuando a somministrare le scosse espressero spesso pietà per la vittima, ma la maggioranza represses le proprie reazioni umane e continuò fino alla massima punizione, come era stato ordinato. Un osservatore riferì: «Osservai un maturo uomo d'affari, dapprima equilibrato, che era entrato nel laboratorio tranquillo e sorridente, trasformarsi dopo

venti minuti, in un disgraziato che si stava rapidamente avvicinando ad un collasso nervoso. Si tirava continuamente il lobo dell'orecchio e si torceva le mani. Ad un certo punto si battè la mano sulla fronte e borbottò: "Dio mio, facciamola finita". E tuttavia continuò ad obbedire fino all'ultimo ad ogni parola dello sperimentatore ».

In pratica dunque l'ipnosi non si pone certo un mezzo « speciale » per produrre azioni anti-sociali che possono essere indotte anche senza di essa, per suggestione, persuasione o comunque facendo leva sulla relazione interpersonale.

Dall'esame delle esperienze sperimentali in materia si può concludere che con l'ipnosi si crea un contesto che facilita il comportamento dell'atto antisociale non tanto per un'azione diretta ma perché il contesto appare giustificato. La situazione ipnotica cioè sembra in taluni casi legittimare le richieste dell'ipnotista fornendo all'ipnotizzato alibi psicologici per il proprio comportamento (39). Ciò non vuol dire che in ogni caso sia applicabile la disposizione di cui all'art. 87 c.p. che punisce chi sé posto in stato di incapacità di intendere e di volere al fine di commettere il reato per prepararsi una scusa. La persona può essersi fatta ipnotizzare senza alcuna intenzione di compiere reati nello stato di incapacità raggiunto per mezzo di essa.

D'altronde che una giustificazione anche apparente possa indurre agevolmente a far compiere dei crimini è stato sperimentalmente, ma non in condizioni di laboratorio, dimostrato senza che si facesse uso dell'ipnosi in un caso in cui si volevano studiare le dinamiche che avevano condotto al caso Watergate (40).

I soggetti erano 80 studenti universitari, 56 maschi e 24 femmine. Inizialmente erano avvicinati dallo sperimentatore che era loro noto come un locale investigatore privato. Questi li informava di avere una proposta interessante e fissava un appuntamento per poterne discutere. All'appuntamento lo sperimentatore era accompagnato da un collaboratore; la proposta consisteva nel compiere

(39) Per il concetto di alibi psicologico cfr. GULOTTA G., *Psicoanalisi e responsabilità penale*, cit.

(40) WEST S. G., GUNN S. P., CHERNICKY P., Ubiquitous Watergate: an Attributional Analysis, in *J. Pers. Soc. Psych.*, 1975, 55.

un furto in una locale agenzia di pubblicità. Il gruppo che avrebbe operato era composto da: 1) lo sperimentatore che avrebbe controllato l'arrivo della polizia da un ufficio all'interno del palazzo; 2) il collaboratore che avrebbe sorvegliato dall'esterno; 3) un esperto di servizi segreti militari; 4) il soggetto che avrebbe dovuto compiere materialmente l'azione. Le condizioni vennero variate in quattro modi: *a)* nel primo caso veniva detto ai soggetti che il delitto era commesso per lo Stato, poiché il furto veniva fatto per microfilmare delle registrazioni contabili irregolari compiute dall'amministrazione di quella ditta per evadere le norme fiscali. Le registrazioni erano necessarie per poter procedere ad una perquisizione nei locali della ditta. Il soggetto era informato che il governo era disposto ad assicurare l'immunità in caso di arresto. *b)* Le condizioni erano le medesime del caso *a*, unica variazione era che in caso di arresto i soggetti non avrebbero goduto di alcuna immunità, *e)* In questo caso mandante del furto era un'altra agenzia di pubblicità, che offriva una forte somma per una copia dei documenti della prima ditta, *d)* Il soggetto era informato che la azione veniva compiuta per dimostrare l'efficienza del piano preparato dallo sperimentatore e quindi nulla sarebbe stato sottratto all'ufficio (quest'ultima condizione era quella di controllo). Il piano presentato era molto dettagliato in modo da convincere il soggetto che si trattava di un lavoro professionale ben congegnato e con il minimo rischio di venire scoperti. I soggetti vennero poi sollecitati a porre domande e si osservò che vertevano tutte sui dettagli tecnici del progetto. Poi fu chiesto ai soggetti di intervenire alla riunione finale che si sarebbe tenuta qualche giorno dopo. In caso di rifiuto lo sperimentatore invitava il soggetto a ripensarci perché il piano offriva serie garanzie di successo. Alla fine della seduta venivano registrate le risposte di rifiuto o di accettazione e le ragioni di tali decisioni.

Successivamente a 238 studenti universitari (92 maschi e 146 femmine) fu data una descrizione scritta dell'esperimento con un questionario che conteneva tre tipi di domande: 1) Se questa proposta fosse stata fatta a 100 studenti, quanti di voi ritenete l'avrebbero accettata? Voi l'avreste accettata?; 2) Supponete che John (uno studente come voi) abbia accettato (o rifiutato) la proposta.

JDite le ragioni che secondo voi l'hanno spinto a questa decisione;
! 3) Fornite le vostre impressioni personali su John e sullo sperimentatore.

Questa parte dell'esperimento consentiva di valutare come gli osservatori ed i partecipanti ad un fatto illecito attribuiscono le responsabilità.

I risultati dello studio sul campo mostrarono differenze notevoli tra le quattro situazioni sperimentali. La condiscendenza era massima quando il governo offriva l'immunità (accettazione del 45% dei soggetti), era minima quando i soggetti dovevano rispondere personalmente del furto (rifiuto del 95%). La posizione dei soggetti cui era offerta una somma di denaro era intermedia tra le due (accettazione di circa il 20% dei soggetti). Nello studio in laboratorio l'ipotetica partecipazione degli osservatori all'atto delittuoso avveniva in termini molto bassi, preferenzialmente accettavano quando era garantita loro l'immunità (28,1%). I risultati hanno confermato che gli agenti tendono ad attribuire il loro comportamento a forze insite nell'ambiente, gli osservatori attribuiscono il comportamento dell'agente a sue attitudini personali. Quando un osservatore estraneo all'azione ricerca le cause del comportamento dell'agente, tende a dare maggior peso ai fattori caratteriali e disposizionali dell'agente stesso.

Occorre notare comunque con Watkins(41), a proposito dei risultati di questi tipi di sperimentazione, che se una coercizione psicologica può essere esercitata con tali risultati senza ipnosi non si può sostenere che una simile pressione non possa essere esercitata durante l'ipnosi. Noi reagiamo secondo il nostro modo di analizzare la situazione; le nostre opinioni su di una situazione, afferma Ellis(42), sono più importanti nel determinare il nostro comportamento che non la situazione stessa. Così se la nostra percezione può essere modificata in modo da provocare un'erronea analisi dei fatti, allora il nostro comportamento conseguente sarà mo-

(41) WATKINS J. G., *Antisocial Behavior under Hypnosis: Possible or Impossible?*, in *Int. J. of din. Exp. Hypnosis*, 1972, 92 s.; *Hypnotic Coercion as Perceptually Determined*, estratto inviato dall'autore.

(42) ELLIS A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York, 1962.

dificato. Ed è proprio nel campo delle allucinazioni che alterano la realtà, ricorda Watkins, che l'ipnosi dimostra il suo effetto più efficace. Se si può provocare in un individuo insensibilità al dolore o la paralisi di un arto, se si ottiene la rimozione di un sintomo che è un fatto involontario, perché l'ipnosi non potrebbe essere usata ai danni del soggetto?

Se si considera poi l'ipnosi nel suo aspetto di relazione, che si instaura tra i due soggetti, anche qui si deve ammettere che se gli individui possono compiere azioni antisociali per esempio sotto l'influsso di una folla o perché provocati, tanto più bisogna ammettere che certi comportamenti possono essere più facilmente provocati in una relazione così intensa come quella dell'ipnosi.

Come vedremo però nel capitolo successivo relativo ai casi in cui concretamente l'ipnosi è stata utilizzata a fini criminali, la relazione che si instaura tra il soggetto e l'ipnotista è in quei casi tanto forte da non potersi escludere che almeno gran parte dei fatti relativi a quella casistica potevano essere compiuti anche senza l'ipnosi, il che non esclude, sempre da un punto di vista giuridico, che l'ipnosi abbia avuto un ruolo causale dell'evento.

CAPITOLO XVI
UTILIZZAZIONE DELL'IPNOSI A FINI CRIMINALI:
CASISTICA CRIMINOLOGICA

« Le sue parole avevano creato un mondo nuovo come
tutte le parole non vere ».

ITALO SVEVO

SOMMARIO: 1. Posizione del problema. — 2. Casistica di rilevanza storica. — 3. Casistica criminologica recente: il caso Sala, il caso Heidelberg, il caso Z. — 4. Il caso di Copenaghen. — 5. La casistica clinica di Kline. — 6. Valutazione della responsabilità dell'ipnotizzato. — 7. Nesso di causalità tra induzione ipnotica e perpetrazione dell'atto criminoso. — 8. Inapplicabilità dell'art. 42 e. Il c.p. — 9. L'ipnotista quale autore mediato dell'evento.

1. Passiamo ora ad esaminare la casistica criminologica per vedere se e come nella realtà il fenomeno che stiamo studiando è stato utilizzato a fini criminosi. Ciò sempre per valutare se le fattispecie previste dal codice penale contemplino ipotesi di reati im-possibili quando siano riferiti all'ipnosi.

Allo scopo farò riferimento principalmente a casistica criminologica e alla casistica clinica pubblicata.

2. Fino a qualche tempo fa pochi casi concreti avevano richiamato l'attenzione sulla possibilità di utilizzare l'ipnosi a scopi criminali; erano solamente aneddotici e poco documentati perciò la loro rilevanza è per il presente studio solo storica (1). Si citava infatti solo qualche caso non sufficientemente accertato, tra cui quello di un colono di Hausas, negli Stati Uniti, il quale aveva assassinato un suo vicino ed aveva accusato un certo Gray di averlo ipnotizzato a tale scopo. Il verdetto del Giurì, che assolveva il co-

(1) OTTOLENGHI S., *La suggestione e le facoltà psichiche occulte in rapporto alla pratica legale e medico-forense*, Bocca, Torino, 1900.

lono, dichiarando Gray responsabile di omicidio, fu annullato dalla Corte Suprema che aprì una nuova istruttoria. Neppure appariva certo il caso di un maestro di Pest, il quale era stato arrestato perché, tramite ipnosi, avrebbe indotto i propri allievi a derubare i genitori e a portargli il denaro. Di altri casi si trovano nella letteratura accenni ancora più vaghi e non risulta quindi possibile trarre da essi conclusioni di alcun tipo.

3. Recentemente negli Stati Uniti sia pure con scarsi risultati taluni imputati hanno tentato più volte di difendersi dall'accusa di omicidio sostenendo che erano stati ipnotizzati. Nel caso *People e. Worthington* una donna uccise il suo amante dietro richiesta del marito. Quest'ultimo, che era al corrente della relazione, le consegnò una pistola dicendole che l'avrebbe perdonata solo se lei avesse ucciso l'altro. La difesa sostenne che la donna era stata ipnotizzata ma questa tesi fu rigettata dalla Corte ed il giudice Temple asserì che il solo fatto che alla donna fu imposto di uccidere la vittima e che lei eseguì l'ordine non provava l'ipnotismo, o per lo meno non era sufficiente come difesa dall'accusa di omicidio. La donna fu giudicata inferma di mente e la Corte non accettò le prove tendenti a dimostrare quale influenza potrebbe avere l'ipnosi su di una persona con uno stato mentale come quello dell'imputata.

L'ipnosi fu chiamata in causa anche nel famoso caso *Mason*, che indusse taluni componenti della sua banda ad uccidere numerose persone tra cui la famosa attrice *Sharon Tate*. Al processo si sostenne che *Mason* aveva esercitato sugli altri un « controllo » ed una « influenza » che non erano del tipo comune, anzi a detta degli stessi imputati sembrava fosse ipnosi (2).

Alcuni casi, col progredire degli studi sull'ipnosi sono stati studiati approfonditamente da specialisti della materia (3). Tra questi è il *caso Seda*, verificatosi in Svezia, nel 1936.

(2) LEHAN J. M., Hypnosis as a Criminal Defense, in *California Western Law Review*, 1970, 303.

(3) REITER P., *Antisocial or Criminal Acts and Hypnosis*, Munskard, Copenhagen, 1958; HAMMERSCHALAG H. E., *Hypnotism and Crime*, Wilshire, Hollywood, 1957.

Il ventunenne Th., nel 1929, aveva riunito una banda che, negli anni successivi, aveva terrorizzato la popolazione con una serie di brutali omicidi, che a lungo erano rimasti insoluti. Solo dopo l'ultimo, l'omicidio Sala, il capo della banda fu arrestato e la serie di crimini ebbe fine. Alcuni di questi delitti furono compiuti a scopo di lucro: così l'omicidio Sorbo, il primo della serie, e l'omicidio Sala, l'ultimo. In entrambi i casi i malviventi ricavarono ingenti somme di denaro. Altri crimini avevano una natura meno chiara, risultando parzialmente simili a crimini sessuali. Oltre a ciò la banda portò a termine anche un numero imprecisato di furti d'auto e di sostanze esplosive, tanto che, al momento dell'arresto, furono rinvenuti circa trentasei chili di dinamite e tremila proiettili. Molti altri crimini erano in fase di progettazione, tra cui un assalto all'edificio che ospitava la Posta Centrale e una banca di Stoccolma. Questo piano prevedeva di far esplodere prima la dinamite nella Posta, poi di approfittare della confusione per convogliare tutti i presenti nella banca adiacente, infine, dopo aver bloccato le porte, sparare agli impiegati e fuggire con la refurtiva. Altre attività della banda riguardavano il traffico di cocaina e la tratta di schiavi bianchi.

Psichicamente il capo appariva anormale: era un uomo piccolo, dalla carnagione pallida, con scarso sviluppo corporeo, schizoide di natura solitaria e misticista, desideroso di dominare le persone intorno a sé con la superiorità intellettuale. Già all'età di tredici anni aveva iniziato a studiare teosofia, spiritualismo, metempsicosi e parapsicologia, ed aveva eseguito esperimenti di trasmissione del pensiero, suggestione e ipnotismo con i propri compagni. Da adulto aveva mostrato di essere dotato di notevole fantasia e di essere particolarmente freddo e non emotivo.

Nel corso del processo affermò di aver conosciuto, all'età di sedici anni, un misterioso Dane, esperto di Yoga. Da allora si era tenuto in contatto con lui e aveva raccolto una vasta letteratura sullo Yoga e sulle scienze occulte. Nel 1929 si era recato a Copenaghen, dove si era incontrato con questo misterioso Dane e altre persone. Immediatamente, tornato in Svezia, fondò una società segreta chiamata «Il Circolo Magico», con una complicata organizzazione interna e doveri di obbedienza, segretezza, ecc. I mem-

bri di questa organizzazione erano di varia provenienza sociale: alcuni erano disadattati, individui suggestionabili, altri erano criminali, altri ancora erano cinici, volgari, anche se piuttosto intelligenti e realistici. Il capo, per mezzo dell'ipnosi, indusse parecchie ragazze minorenni ad avere rapporti sessuali con lui e poi a prostituirsi.

Uno dei membri della banda era il suo unico amico personale e con lui ebbe rapporti omosessuali. Come Th. stesso scrisse nella sua autobiografia, nel corso di una settimana, per mezzo di un lento processo di suggestione, indusse quest'amico a suicidarsi con un colpo di pistola.

Nell'estate del 1934 pose un altro membro della banda in un profondo stato ipnotico e, durante la trance, gli fece un'iniezione di veleno.

Tutti questi crimini furono scoperti con l'aiuto di un informatore, che il capobanda aveva sottoposto a trattamenti di suggestione, yoga e ipnosi, con vari scopi. Egli stesso era stato presente al momento del compimento di alcuni crimini.

Uno degli esempi più conclusivi circa l'uso dell'ipnosi per scopi criminali è costituito dal *caso Heidelberg* del 1936. In questo caso l'istigatore del crimine fu condannato a dieci anni di reclusione, mentre l'esecutore materiale del reato fu disculpato.

Una donna di ventiquattro anni, nata e cresciuta a Heidelberg, godente di buona salute e, sotto ogni aspetto, sana di mente, aveva sposato, all'età di ventun anni, un sottufficiale che aveva conosciuto quattro anni prima. Pressappoco alla stessa epoca in cui conobbe il futuro marito, aveva fatto un breve viaggio in treno per andare a consultare un dottore per dei lievi disturbi da cui era affetta. Durante il viaggio aveva incontrato una persona che aveva affermato di essere un medico. Senza che la donna se ne rendesse conto, questi iniziò a sottoporla a tecniche ipnotiche, che presto intensificò con sedute periodiche protrattesi per circa sette anni. La donna, tra l'altro, era particolarmente suggestionabile e cadeva in stato di sonnambulismo.

All'inizio l'individuo le sottrasse considerevoli somme di denaro, sostenendo che ella era afflitta da mali che nessun altro dottore avrebbe saputo guarire, e che potevano essere curati solo da

lui per mezzo dell'ipnosi. Gradualmente egli estese il raggio della sua azione, cercando di attenuare la resistenza morale della donna: la indusse così alla prostituzione e all'uso di alcool e di sostanze stupefacenti e riuscì infine a sopraffare il suo naturale Super-Io, persuadendola a compiere ben sei tentativi contro la vita del marito. Più avanti, quando la donna cominciò a procurargli dei fastidi, la convinse parecchie volte a tentare il suicidio per annegamento, durante stati depressivi artificialmente prodotti tramite ipnosi.

La vittima aveva completa amnesia circa le sedute ipnotiche cui aveva partecipato e non sapeva addirittura di essere stata ipnotizzata. Ignorava quindi che ci fosse un'altra persona dietro le sue azioni criminose. L'ipnotizzatore aveva provveduto a proteggersi dalla possibilità di essere scoperto, inducendo al soggetto un certo numero di « suggestioni di chiusura », tra cui alcune parole-chiave appositamente studiate per rendere la donna immune a qualsiasi tentativo di ipnosi compiuto da altri.

Varie circostanze, comunque, tra cui alcuni particolari emersi nel processo, fecero sorgere il sospetto che l'ipnosi avesse avuto qualche parte nello svolgimento dei reati, e le autorità giudiziarie trasmisero il caso al Dr. L. Mayer per l'osservazione. Questi compì un lavoro pregevolissimo, che richiese diciannove mesi di sedute giornaliere, che gli consentì di individuare i meccanismi predisposti per impedire l'ipnosi. Potè così egli stesso ipnotizzare la donna e individuare le procedure adottate dall'ipnotista criminale, che fu arrestato e incarcerato sulla base di questi risultati. Durante tutto il processo egli continuò ostinatamente a dichiararsi assolutamente innocente, senza nemmeno tener conto dei fatti che gli venivano imputati con un atteggiamento che indusse persino il difensore ad abbandonare la causa.

Il *caso Z* possiede una configurazione particolare. Negli altri casi citati i criminali impiegarono metodi indiretti per raggiungere i loro scopi illeciti e le azioni compiute dalle persone prescelte come esecutrici materiali dei reati, pur essendo oggettivamente riprovevoli, sia moralmente che socialmente, e pur essendo punite dalla legge, non erano intese come tali dai soggetti che le ponevano in essere, per la falsificazione della realtà che i criminali

avevano prodotto nella loro mente. Nel caso Z invece furono impartite suggestioni dirette, ordini precisi concernenti il compimento di atti criminosi. L'ipnotista era, in questo caso, un tipo rozzo, volgare, di bassa estrazione sociale, mentre il « medium » proveniva da una classe sociale elevata, era intelligente e dotato di una considerevole educazione.

Nel 1921 un giovane insegnante tedesco, Z, aveva assunto l'incarico in un piccolo villaggio della Turingia. Nel rapporto del Dr. Kroner, cui fu affidato il caso, viene descritto come un soggetto intelligente, dedito allo sport, amato dagli studenti, entusiasta, altruista e sempre disposto ad aiutare il prossimo, un po' ingenuo e acritico nella scelta degli amici, dotato di uno spiccato senso di giustizia che lo portava a schierarsi sempre dalla parte dei più deboli e degli oppressi. Era contento del suo nuovo lavoro, gli studenti gli volevano bene ed era rispettato dal villaggio. Si innamorò e si fidanzò con la figlia del capostazione, cui dava lezioni di pianoforte.

Alla morte del padre ereditò una piccola casa con un negozio, in un paese a circa sessanta chilometri dal luogo in cui insegnava. Il negozio veniva curato dalla madre e dalla sorella. Negli anni dell'inflazione, che vennero dopo la prima guerra mondiale, egli con intuizione investì tutto il capitale che poté raccogliere in scorte e gradualmente migliorò la propria posizione economica, fino a raggiungere uno stato di benessere e sicurezza superiore al normale.

Il suo vicino, A, aveva trentotto anni ed era il custode del terreno confinante. Era un tipo rozzo, primitivo, senza un minimo di educazione. Aveva un carattere manipolativo e, quando voleva ottenere qualche cosa, sapeva come ingraziarsi il prossimo, ma era senza scrupoli e senza principi. Era già stato più volte in carcere e, sposatosi due volte, aveva cinque figli, di cui Z era l'insegnante. Aveva militato nella Prima Guerra, ma ciò non era servito a migliorarne il livello morale. Aveva qualche nozione di ipnotismo.

Nel periodo successivo nacque e si sviluppò una relazione tra i due vicini ed A, per mezzo dell'ipnosi, riuscì a privare Z di ogni potere. Senza che la vittima sapesse di essere stata ipnotizzata, l'ipnotizzatore la indusse a compiere atti contro se stesso e azioni criminose.

La situazione si era sviluppata gradualmente, avendo A incominciato a rendere piccoli servizi a Z, per conquistarne la simpatia. In seguito A aveva iniziato a recarsi a casa di Z, la sera, per qualche ora di conversazione, in cui raccontava aneddoti e avventure di guerra, cui Z pareva particolarmente interessato. Una sera, mentre A stava parlando Z si addormentò. A notò questo fatto e se ne servì, approfittando dell'occasione per porre Z in stato di trance. Dopo il quarto tentativo di questo tipo A era già in grado di ipnotizzare Z e di risvegliarlo, per mezzo di suggestioni post-ipnotiche, dopo che aveva lasciato la casa. Come segnale per il risveglio si serviva dell'orologio che batteva le ore.

All'inizio A si servì dell'ipnosi solo per farsi dare o inviare piccole quantità di denaro o di mercé, come tabacco e alcoolici, ma ben presto non si fece più scrupoli. La vittima non ricordava nulla di queste sedute e nemmeno di essere stata ipnotizzata. Le sue attività continuarono per cinque anni, finché, nel 1927, il Dr. Kroner riipnotizzò la vittima e rivelò in questo modo tutto ciò che era accaduto negli anni precedenti.

In modo da accertare il grado di soggezione raggiunto, alla fine del novembre 1921, A sottopose Z ad una prova molto realistica che avrebbe dovuto confermare che Z, in ipnosi, e in particolare con ordini post-ipnotici, si sarebbe comportato automaticamente e sarebbe stato, indipendentemente dal suo volere, uno strumento nelle mani di A.

In ipnosi gli impose obbedienza incondizionata: anche se gli avesse ordinato di uccidere la madre o l'innamorata, egli avrebbe dovuto eseguire l'ordine senza esitazione. Gli fece ripetere queste imposizioni, cosa che Z fece senza svegliarsi e senza tentare di opporsi.

Gli ordinò poi di andare immediatamente a casa, di prendere la pistola e di spararsi nella mano sinistra. Dieci giorni dopo, una domenica, Z stava passeggiando per il villaggio con la fidanzata, quando incontrò A, che, in tono scherzoso, gli disse una battuta. Z andò direttamente a casa, con il pretesto di cambiarsi, e prese la pistola. Più tardi « razionalizzò » l'accaduto dicendo di aver avuto un crampo alla mano, mentre cercava di far scorrere la sicura dell'arma. Partì un colpo e Z rimase ferito al gomito sinistro.

Soggettivamente Z, in quel momento, intese la propria azione come un errore, un incidente. A gli curò la ferita e, con l'ipnosi, gli alleviò il dolore, ma ciò non fu sufficiente, poiché la ferita si infettò e Z ebbe bisogno di un intervento chirurgico, dopo il quale dovette trascorrere quattro mesi in ospedale, senza peraltro ottenere una guarigione completa del gomito.

A continuò a sottomettere Z per cinque anni, mentre questi sentiva di essere spinto da impulsi, cui era sempre meno in grado di resistere. Sentiva di essere completamente soggiogato da A e cominciò ad odiarlo, tentando invano di liberarsi da tale sottomissione. Diventò nervoso e irritabile e lavorava svogliatamente e automaticamente. Non riusciva ad impegnare la propria mente in nessun modo e, nella primavera del 1925, non riuscì a superare gli esami.

Più tardi, quello stesso anno, A cercò di convincere Z, senza servirsi dell'ipnosi, a vendere la casa e a dividerne con lui il ricavato. Z si rifiutò di farlo e respinse anche con indignazione una suggestione di A, che voleva indurlo a dare fuoco alla casa per riscuotere il premio dell'assicurazione. In seguito però A fece disegnare a Z, in ipnosi, una pianta della casa e, insieme con una domestica di Z, diede egli stesso fuoco alla casa, percependo una larga parte del denaro dell'assicurazione.

Dopo di ciò A indusse Z a truffare per due volte una compagnia assicurativa. In trance gli fece compilare dei falsi inventari dei propri beni, poi gli disse di andarsene da casa, affermando che, approfittando della sua assenza, egli stesso sarebbe entrato in casa per rubare alcune delle cose denunciate all'assicurazione. Tutto si verificò senza modifiche dei programmi e Z denunciò i furti senza sapere chi fosse il ladro, e senza essere al corrente dei falsi inventari, ma in entrambi i casi ricevette dall'assicurazione forti somme di denaro, di cui gran parte diede ad A. Questi fu tuttavia poco prudente e attirò i sospetti della polizia invece di sviarli.

In vista di possibili indagini ipnotizzò nuovamente Z. Lo rassicurò dicendogli che si sarebbe preso cura degli affari di entrambi e gli diede l'ordine post-ipnotico di confessare, quando, durante l'inchiesta, A gli avrebbe detto: «Signor Kantor! Non è più il caso, dite loro ogni cosa! ». A questo punto Z si sarebbe ricorda-

to tutto e si sarebbe dichiarato autore del piano criminoso e pienamente colpevole di ogni atto. Avrebbe detto di aver architettato il piano perché aveva bisogno di denaro e di aver parlato con A per chiedergli aiuto. Dopo la seduta Z, come al solito, non ricordava nulla di quanto era successo. Andò tranquillamente a trovare i genitori della fidanzata e, nemmeno quando questi gli dissero che A era stato arrestato, nacquero in lui dei sospetti. Non immaginava assolutamente che A fosse il ladro e disse anzi che sperava che il ladro fosse presto arrestato.

Poco dopo fu arrestato anche Z, e la polizia gli disse che A aveva confessato e che una grave imputazione pesava su di lui (Z) per la sua partecipazione al reato. Z, rimasto attonito, negò recisamente di aver mai commesso alcun crimine. Venne allora posto a confronto con A, il quale, in tono confidenziale, disse la frase stabilita. Ciò causò un improvviso cambiamento in Z, quasi avesse subito uno shock, e immediatamente ricordò e confessò tutto, esattamente come gli era stato ordinato sotto ipnosi. Z fu incarcerato, in attesa di ulteriori indagini mentre A fu liberato.

Pochi giorni dopo l'arresto Z cominciò ad intuire che cosa potesse essergli successo, ma non riusciva ancora a comprendere pienamente quanto gli era stato fatto. Tutto cominciò quando uno dei carcerieri gli disse che A aveva affermato di aver agito sotto l'influenza ipnotica di Z.

Egli non riusciva a capire la ragione di tali affermazioni, poiché non aveva mai cercato di ipnotizzare nessuno. Nello stesso tempo incominciò a pensare ad alcuni particolari strani nei suoi incontri con A. Ricordò, per esempio, che la lancetta dell'orologio in camera sua era improvvisamente balzata avanti di alcune ore, che c'erano stati degli incontri durante i quali A aveva riempito il portafogli, e molti altri particolari inspiegabili. Si convinse perciò, poco alla volta, di essere stato la vittima di un criminale senza scrupoli e scrisse numerose lettere alle autorità e al suo difensore pregando che il caso fosse maggiormente chiarito. Fu esaminato anche da un dottore che aveva qualche esperienza di ipnosi.

Durante il processo, tuttavia, nessuno volle credergli, neppure il suo stesso difensore, poiché i fatti pretesi apparivano incredibili. Non sembrava possibile che un individuo rozzo e incolto co-

me A, avesse potuto ipnotizzare un soggetto intelligente ed educato come Z, e tantomeno ridurlo in uno stato di completa dipendenza e automatismo per scopi criminosi.

Z odiava ormai A a tal punto da essere certo di poterlo smascherare, affermando in sua presenza tutti i fatti di cui si era reso conto. Tuttavia non appena si trovò di fronte ad A, l'influenza di questi fu tale da confondergli le idee al punto che si mise a balbettare. Nessuno quindi gli prestò fede.

Il tribunale credette invece ad A poiché sembrava verosimile che egli, individuo rozzo e inesperto delle tecniche ipnotiche, fosse stato indotto da Z a collaborare nel compimento dei suoi piani criminosi.

Il tribunale non tenne neppure conto del fatto che era stato A a derubare Z, e condannò quest'ultimo a tredici mesi di reclusione. A ricevette la condanna ad otto mesi e la corona di martire per essere stato coinvolto in un simile affare.

Nel frattempo un nuovo pericolo minacciava Z. A aveva minacciato la famiglia di Z, dicendo che avrebbe portato alla luce la vecchia questione dell'incendio e la truffa all'assicurazione. Aveva anche cercato di ricattare per questo i famigliari di Z, ma essi erano convinti della sua innocenza. La famiglia riuscì a mettersi in contatto con un avvocato che conosceva Z e che era disposto a difenderlo. Egli fece in modo, quando il caso fu riaperto, che il giudice disponesse che A e Z non si trovassero in aula contemporaneamente e procurò anche che entrambi fossero sottoposti ad osservazione circa la loro condizione psichica. Z fu così invitato ad un ospedale psichiatrico, il cui direttore era convinto che nessuno può essere ipnotizzato contro la propria volontà per compiere atti antisociali.

Il caso dell'incendio fu chiuso per insufficienza di prove. Ancora una volta il tribunale credette ad A e i sospetti su Z aumentarono. Entrambi furono inviati agli istituti di pena per finire di scontare le rispettive pene, inflitte nel primo processo.

Nei due rapporti dello psichiatra della polizia A era descritto come un tipo con finalità precise, energico, pieno di risorse, un tipico ricattatore, brutale e deciso, mentre Z era considerato psi-

copatico e nevrotico, senza comprensibili moventi per i delitti commessi.

Su richiesta della difesa, eseguita la sentenza, fu interpellato per un esame il Dr. Kroner, che il legale sapeva esperto di ipnosi.

Il Dr. Kroner affermò nel proprio rapporto di aver iniziato il lavoro essendo convinto di trovarsi di fronte ad un individuo molto abile, che aveva studiato molto attentamente la sua parte, ma, con il procedere dell'esame, egli giunse alla ferma convinzione di trovarsi realmente di fronte ad un crimine commesso per suggestione ipnotica. Nel giugno-luglio del 1927 e nel settembre del 1929 tenne dodici sedute, in cui Z fu nuovamente ipnotizzato in presenza di sette periti, più o meno esperti di ipnosi, e di uno stenografo che verbalizzò gli esperimenti in un fascicolo di centosettantasei pagine dattiloscritte.

Il Dr. Kroner e il Dr. Kronfeld, un'autorità in fatto di ipnotismo, redassero due rapporti separati, sulla cui base la difesa di Z richiese al tribunale la riapertura del caso. La Corte d'Appello ammise che nuovi fatti erano venuti alla luce, ma rifiutò di riaprire il caso sostenendo che non ci si sarebbe potuti attendere una sentenza diversa. Quando il Dr. Kroner pubblicò il rapporto, il libro fu posto all'indice.

In Italia, nel gennaio del 1969, F. Granone fu incaricato dal G.I. presso il Tribunale di Torino di stabilire se E. F., di anni 73, che tra l'altro si definiva medium, fosse stata indotta da B. A., di anni 67, a scrivere ed a sottoscrivere vari documenti avendola ipnotizzata, commettendo così il reato di circonvenzione di incapace. In realtà la parte lesa asseriva più che altro di essere stata soggiogata mentalmente. Il perito ipnotizzò B. A., il quale a sua volta asseriva che la E. F. lo aveva ripetutamente soggiogato grazie al suo influsso «medianico», solo allo scopo di provarne la suscettibilità all'ipnosi.

Ipnottizzò poi la signora E. F. allo stesso scopo. Granone concluse dicendo che non si poteva stabilire se B. A. avesse effettivamente doti di ipnotizzatore, anche se tutto lasciava pensare che fosse poco dotato, ma che certamente era suscettibile all'ipnosi e definì il suo rapporto con E. F., come eventualmente di condiscendenza amorosa. Quest'ultima poi appariva in quel momento

facilmente ipnotizzatole, il che però, stante l'età, non consentiva illazioni circa la sua disponibilità all'ipnosi dieci anni prima, cioè al momento dei fatti (4).

4. Un caso molto più importante per la gravità del crimine commesso e per la metodologia usata sia per attuarlo che per studiarlo è il *caso di Copenaghen* riportato da Reiter (5).

Il 29 marzo 1951, a Copenaghen, fu catturato Palle Hardrup (d'ora in poi chiamato H.), che aveva perpetrato una rapina in una banca cittadina, uccidendo due impiegati.

Secondo la prima confessione il denaro sarebbe dovuto servire per la costituzione di un Partito Nazionale Comunista Danese (D.N.C.P.), che egli stesso aveva organizzato. H. aveva scelto a caso la banca e non aveva compiaci. H. era già stato precedentemente in carcere per crimini politici ed alcune persone, che erano state recluso con lui in quel periodo, dichiararono, in occasione delle indagini sulla rapina, che Schouw Nielsen, d'ora in poi chiamato N., era la chiave dei crimini di H. Il 30 marzo, interrogato dalla polizia, N. ammise solo di essere stato nella stessa cella di H. e di avere parlato con lui di « spiritualismo » e di riforme sociali e politiche.

Secondo N., H. sosteneva di essere destinato all'unificazione della Scandinavia. Fu anche trovato un notes con i dettagli dell'organizzazione di un partito politico totalitario; N. sostenne inoltre che H era stato spinto a delinquere dalla moglie, sposata nel 1950. Questa aveva progettato anche una rapina in un ufficio postale, di cui aveva eseguito un disegno. H. ammetteva tutto ciò. La moglie ammetteva di avere eseguito il disegno, ma di non averne conosciuto lo scopo.

In seguito, nella tarda primavera del 1951, H. disse di avere agito per ordine del suo *Spirito Guida* il quale gli aveva imposto di procurarsi del denaro per costituire il D.N.C.P., che avrebbe dovuto promuovere l'unione dei paesi scandinavi. Questo Spirito Guida, di cui non aveva mai parlato a nessuno, gli era apparso per la

(4) GRANONE F., Perizia medico-legale allo scopo di accertare eventuali succumbanze ipnotiche, in *Rass. Ipn. Med. Psicosom.*, 1970, 17.

(5) REITER P., *op. cit.*

prima volta in prigione nel febbraio del 1947. Da allora lo Spirito era divenuto l'arbitro della sua vita. Per suo volere andò a trovare N. quando uscì dal carcere, e persino si sposò permettendo a N. di organizzare il matrimonio.

Era stato proprio lo Spirito che, un paio di giorni prima del 29 marzo, gli aveva indicato in quale banca avrebbe dovuto compiere la rapina. H. negava di essere stato influenzato da qualcun'altro e tantomeno di essere stato ipnotizzato. In carcere aveva parlato con N. di religione, di yoga e di ipnotismo, ma N. non era mai riuscito ad ipnotizzarlo pur essendosi aiutato con l'etere.

Nel frattempo H. fu riconosciuto responsabile anche di una rapina effettuata nel 1950. H. negò, ma la moglie, nell'ottobre del 1951, dichiarò alla polizia di essere sicura che il marito fosse l'autore di quella rapina, poiché egli stesso l'aveva ammesso a suo tempo, confidandole che il denaro sarebbe stato speso per la resistenza contro l'occupazione del Paese. Comunque H. insisteva sempre nel sostenere che N. non aveva nulla a che fare con la rapina, poiché lui aveva agito da solo. Un certo giorno tuttavia ritrattò questa dichiarazione.

Nel frattempo fu visitato dal Dott. Max Schmidt, psichiatra della polizia, il quale, nel suo rapporto del dicembre 1951, dichiarò che certamente N. aveva avuto una funzione determinante nel creare in H. delle allucinazioni religiose riguardanti lo Spirito Guida e gli scopi a lui assegnati dai « poteri celesti ». Al tentativo di Schmidt di identificare N. con lo Spirito Guida, H. reagiva violentemente.

Nella perizia si diceva di non potersi stabilire se le allucinazioni di H. fossero di natura esclusivamente psicogena, oppure fossero state indotte a mezzo di ipnosi. H. veniva dichiarato malato di mente, sofferente di una schizofrenia parafrenica, sviluppata sulla base di una psicopatia schizoide e isteriforme. Il quadro clinico era anomalo e differiva da quelli conosciuti. N. aveva in qualche modo manipolato le allucinazioni, H. era giudicato « inadatto alla pena » e si consigliava, stante la pericolosità, di inviarlo in una clinica per psicopatici.

In quel periodo, durante il Natale del 1951, H. scrisse un memoriale in cui ammetteva di avere commesso la rapina del 1950,

e di avere compiuto quella del 1951 per ordine di N., da identificare con lo Spirito Guida. Dichiarava di non essere ancora libero dall'influenza di N. e raccontava che, nel periodo della carcerazione comune, per 18 mesi si erano dedicati allo yoga e all'ipnosi. In quel periodo poiché N. si dichiarava facilmente ipnotizzabile, talvolta H. faceva l'ipnotizzatore; eseguivano inoltre esercizi di respirazione e rilassamento. Una sera, mentre lui H. era in trance, gli apparve lo Spirito Guida, che gli disse che si sarebbe servito di N. per arrivare a lui. Lo Spirito « X » gli chiedeva di esercitarsi a compiere mentalmente ogni tipo di crimine, tra cui l'omicidio dei genitori e del fratello. N. lo esortò a non parlare a nessuno di X., che si sarebbe manifestato a lui anche senza trance.

All'uscita dal carcere H. si mise subito in contatto con N. che era stato pure scarcerato. Quando H. riprese a lavorare, X. gli disse che avrebbe dovuto dare tutto il salario a N., cosa che faceva regolarmente e che avrebbe dovuto anche rubare denaro a parenti ed amici, per imparare ad emanciparsi dai legami terreni.

In quel periodo i genitori, presso i quali viveva, si insospettirono e gli chiesero quali rapporti esistessero con N. Proprio in quei giorni X. gli disse che si sarebbe dovuto sposare ed N. gli indicò la ragazza adatta. Alcuni giorni prima che si sposassero X. disse ad H. che N. avrebbe dovuto avere rapporti sessuali con la sua futura moglie. Questo sacrificio sarebbe stato necessario per imparare ad essere indipendente dalle cose materiali, per poter raggiungere i suoi scopi celesti. H. entrò in crisi, ma alla fine accondiscese e si adoperò per convincere la fidanzata.

In quel periodo N. usava l'etere per ipnotizzare H.; in seguito usò il cloroformio. Le sedute riguardavano sempre rapine alle banche, studiate dettagliatamente. In un giorno di agosto N. mostrò ad H. la banca in cui X. voleva che la rapina fosse compiuta. Si fissò la data del 21 agosto. Quel giorno però H. ebbe una crisi e dovette ritentare due giorni dopo, il 23 H. compì la rapina esattamente come previsto e portò il denaro ad N. Durante i sei mesi successivi H. perse la cognizione del tempo e quel periodo gli sembrò solo un lungo giorno.

La preparazione della rapina successiva cominciò all'inizio del 1951 con la solita tecnica. La rapina doveva essere compiuta

perché, se avesse fallito, sarebbe stato dannato per sempre. Dopo la lettura di questo memoriale il Dott. Schmidt ebbe un colloquio con H. e stilò un nuovo rapporto, in cui disse che le dichiarazioni di H. avevano carattere di realtà e che la figura di X. era stata indotta da N., H. doveva considerarsi infermo di mente.

Per ordine della Corte H. fu inviato all'Ospedale psichiatrico di Copenaghen, per un esame del direttore, Dott. Reiter. Questi, esperto in ipnosi, compilò una perizia basata essenzialmente sulla situazione familiare di H., sul suo sviluppo durante l'infanzia, sulla storia della sua associazione al partito nazista, su un esame dello stato di mente di H. al momento del suo arresto nel 1945, e uno sulla situazione fino alla perizia del Dott. Schmidt. Per quest'ultima parte il rapporto di Reiter si basò su un resoconto autobiografico scritto da H., sulle interviste con la moglie e i genitori, e sull'esame di tutto il fascicolo processuale.

Sulla base di tutto ciò Reiter cercò di rispondere ai seguenti quesiti :

1) lo stato di schizofrenia paranoide rilevato dal Dott. Schmidt esisteva ancora o era venuto meno?

2) H. soffriva di un disturbo mentale prima di avere contatti con N., oppure tale condizione era stata indotta artificialmente da N., e, se così, come?

3) Era possibile che l'ipnosi fosse stata utilizzata per indurre H., a commettere atti antisociali anche contro le sue naturali inclinazioni?

Reiter tenne anche conto del fatto che H. aveva un fratello gemello monovulare che non dimostrava nessun disturbo psicologico, come risultò da alcuni colloqui e da alcuni test che gli furono fatti.

La madre diceva che i figli non gli avevano mai mentito e che non le risultavano problemi sessuali di H.

Lo stato mentale di H. appariva buono prima che conoscesse N., come risultava dagli esami psicologici eseguiti nel periodo in cui era in prigione per ragioni politiche.

Il suo atteggiamento nazista e anticomunista veniva attribuito a un « idealismo caratteriale ». I risultati dei test indicavano un'intelligenza moderata, gli stimoli fisici esterni si trasformavano in in-

tense emozioni interne. L'aggressività e il desiderio di avventura dominavano la sua mente cosciente. La sua immaginazione era più sviluppata della ragione. Il senso della realtà appariva straordinariamente povero e mancante di obbiettività. Dal Test T.A.T. risultava un'ambivalenza nei confronti della madre. Il quoziente di intelligenza era di 129, con eguaglianza tra il test verbale e quello di performance.

Questa prima fase del lavoro di Reiter durò 5 settimane. Nella seconda fase si propose di individuare il grado di ipnotizzabilità di H. La trance che appariva era molto leggera e, ad ogni tentativo di induzione, H. reagiva con manifestazioni fortemente nevrotiche (la tecnica usata era quella della levitazione della mano). Esistevano così due possibilità : o H. non era ipnotizzabile, oppure qualcuno, avendolo ipnotizzato, gli aveva imposto, con un comando post-ipnotico, di divenire insensibile ai tentativi di induzione di altri ipnotisti. Per superare queste difficoltà gli fu iniettata una piccola quantità di Evipan. La reazione fu drammatica: il suo respiro divenne corto e rapido, il polso salì a 120 in due minuti, il suo viso si contrasse in un'espressione di panico. Gridava: «No, no, mi lasci andare, non voglio farlo». Reiter gli chiese di aprire gli occhi e di guardare una lampada; in mezzo minuto entrò in una trance molto profonda, calmo e sereno. Al risveglio disse che dopo l'iniezione si era sentito come scisso in due persone. Non aveva alcun ricordo del periodo in cui era stato ipnotizzato. In seguito si diminuì la dose di Evipan, fino ad iniettare acqua distillata.

La trance avveniva in meno di un secondo. Vi erano allucinazioni positive e negative, e ad ogni seduta seguiva l'amnesia; H. entrava in trance con il semplice segnale di « E », che rappresentava l'iniziale del suo nome e che quindi non aveva un contenuto associativo preoccupante. Fu scelto questo segnale in contrapposizione a X., che era il segnale adottato da N. Più tardi Reiter lo abituò a comandi post-ipnotici, tra cui in particolare il 12 maggio 1953 uno diretto a dimostrare che H., poteva compiere atti antisociali imposti durante la trance. Il comando fu questo: fino al giorno 8 si sarebbe sentito tranquillo, poi avrebbe provato uno stato di nervosismo crescente e avrebbe trovato immangiabile il

pasto della sera. Si sarebbe perciò irritato con la guardia carceraria, usando le parole peggiori per insultarlo e avrebbe gettato per terra il piatto. Dopo questo fatto sarebbe stato calm'o e dispiaciuto, ma senza paura. Avrebbe avuto la sensazione che Reiter fosse vicino a lui. L'azione fu compiuta e H. ne fece un rapporto preciso, che fu confermato dagli agenti della prigione. È interessante notare come H. eseguì alla perfezione quanto gli era stato imposto, senza rendersi conto dell'origine esogena del suo nervosismo e della sua reazione al cibo.

Reiter fece anche degli esperimenti per creare delle suggestioni di chiusura nei confronti di altri ipnotisti. Fece poi provare ad un collega ed anche ad N. ad ipnotizzarlo, ma questi non vi riuscirono.

In quel periodo avvenne che, in un'udienza dibattimentale, N. si avvicinò ad H. e cercò di riguadagnare la propria influenza su di lui, parlandogli dello Spirito Guida e degli obblighi che aveva nei suoi confronti. Il risultato fu, che nella seduta successiva, Reiter aveva difficoltà nell'ipnotizzare H., il quale gli confessò di aver sognato X. che gli preannunciava la fine del mondo e la sua dannazione.

Reiter, per scoprire le eventuali menzogne di H., suggeriva in ipnosi che, qualora egli si fosse reso conto di mentire, avrebbe provato una sensazione di dolore e terrore, avrebbe tremato e sarebbe stato incapace di parlare. Per provare l'efficacia di questa suggestione gli fu suggerito di mentire. La reazione fu violenta, il suo polso arrivò a 132, la respirazione a 48, continuava a dire: «non posso parlare, non posso parlare».

Reiter gli diede poi l'ordine post-ipnotico di scrivere un racconto riguardante gli anni di guerra, fino alla rapina del 29 marzo 1951, aggiungendo che, se avesse cercato di scrivere cose non vere, avrebbe avuto un crampo al braccio, il quale si sarebbe rifiutato di scrivere e la calligrafia sarebbe divenuta illeggibile.

Queste suggestioni vennero date in ogni seduta, e H. scrisse un racconto di 180 pagine il quale, insieme alla regressione di età, permise di ricostruire accuratamente i fatti.

Reiter poté così evidenziare tutto il training ipnotico cui N. sottopose H., compresa l'induzione di una coazione ad H. a rima-

nera con N. quando questi fu allontanato dalla sua prigione, al punto che egli fece numerose richieste alle autorità per essere riunito ad N. La separazione durò 9 mesi, ma le allucinazioni di X. continuavano, in quanto erano praticamente sistematizzate. Reiter si rese conto che il matrimonio era stato voluto da N., attraverso X., per allontanarlo dai genitori, che cominciavano ad interferire nei suoi rapporti con H.

Una regressione al momento in cui N. in obbedienza ad X. si apprestava ad avere rapporti sessuali con la futura moglie di H., mostrò il conflitto che H. aveva dovuto superare : « Io fui completamente paralizzato in tutto il mio corpo. N. mi disse di restare calmo, che la cosa non mi riguardava, che aveva una missione da compiere. Disse che era il mio corpo che resisteva, che dovevo imparare a controllarlo, che egli mi avrebbe aiutato e mi avrebbe portato lontano dal mondo ». Reiter, sentendo che il polso era salito a 116, gli chiese che cosa provasse. H. rispose: «Sono disperato. Non può essere giusto, ma so che è giusto». H. disse che dopo questo episodio si era sentito calmo e senza ostilità nei confronti di N.

Nel giugno 1950, N. incominciò la preparazione alla prima rapina e, per ottenere il massimo grado di ipnosi, si servì anche di anestetici.

N. suggeriva ad H. le immagini di una rapina ad una banca in ogni dettaglio e, ad intervalli, in sedute speciali, H. si abituò ad uccidere nella fantasia. Il 23 agosto 1950 fu compiuta la prima rapina, ma non tutto era andato liscio, poiché un primo tentativo, effettuato due giorni prima, era fallito a causa di un conflitto tra il Super-Io originale di H. e quello indotto artificialmente con un'acuta crisi di panico che H. poi dimenticò, finché non la rivisse nella regressione ipnotica.

Per mezzo della regressione Reiter individuò la procedura di N. nel preparare questi eventi. Nel ricordo di H., N. diceva: «Tu sai che ti guiderò verso ciò che è giusto. Devi avere una fede cieca in me. Devi essere capace di farlo. Andrai in una banca con una pistola carica. Sarai spinto da un fermo e irremovibile desiderio di fare tutto ciò che puoi per prendere quel denaro. Il tuo Spirito

Guida sa che lo farai. Tu sei il solo che può farlo, il destino ti ha scelto ».

H. vive la scena, e si vede nella banca. Accanto a sé sente la presenza dello Spirito Guida, che lo rende tranquillo. Sa che l'unico freno sono i propri principi morali, ma si sforzerà di superarli. « Solo il mio codice morale mi frena, ma la moralità esiste solo nella coscienza di una persona. Egli mi dice di sparare all'impiegato, ed io lo faccio. Non ne sono molto contento, ma lo devo fare. Non mi piace affatto, ma nulla mi può accadere, perché il mio Spirito Guida è qui accanto a me e non c'è nulla di cui avere paura. Il mio corpo offre resistenza, ma devo superarla. È ovvio che devo poterlo fare. Perciò uscirò dalla banca e nasconderò il denaro nel luogo che mi ha indicato. Devo liberarmi da ciò che mi lega al mondo materiale. Devo essere libero, altrimenti non sarò mai in grado di governare il Paese ».

Reiter fece poi rivivere ad H., mediante regressione la rapina del 29 marzo 1951, in presenza di rappresentanti dell'ordine giudiziario e di periti psichiatri e psicologi.

«Reiter. — È il 29 marzo 1951, sei appena entrato nella banca, hai gettato la tua valigetta al cassiere, come ti senti?

H. — Sono piuttosto nervoso... è la resistenza fisica. Il corpo resiste alla volontà... è solo qualcosa che deve essere conquistato. Può essere conquistato, deve essere conquistato. Devo farlo. Sono solo uno strumento nelle mani di poteri più alti. Nessuno può uccidere una persona se Dio non lo permette. Questo è quanto sento molto fortemente. Se non fanno come dico, dovrò sparare, questo è l'ordine. Devo avere quel denaro.

Reiter. — X., è lì?

H. — Sì, è qui. C'è qualcuno dietro di me che fa qualcosa alla serratura della porta. Devo occuparmene subito. Non deve chiudermi dentro. Ma devo occuparmi anche dell'altro, non vuole mettere i soldi nella valigia. Improvvisamente fa un salto, cerca di levarsi. Sparo.

Reiter. — Hai sparato a due innocenti, due persone di cui non conoscevi nulla, come ti senti?

H. — Non è colpa mia!

Reiter. — Di chi è la colpa allora?

H. — Di Dio, Egli vuole che ciò accada. Io devo eseguire gli ordini, è mio dovere, non posso fare altrimenti.

Reiter. — Senti che X. ti sta letteralmente dirigendo?

H. — Sì, mi ha dato ordini piuttosto concreti.

Io devo sparare. Se non sono abbastanza forte da eseguire gli ordini di X., perderò la reincarnazione. Ogni cosa dipende da me!

Reiter. — Che differenza c'è tra X. e Dio?

H. — X. è il rappresentante di Dio, è il mio Spirito Guida. Egli me lo ha detto! »

Durante queste regressioni, più di 100, H. era in stato di profonda ipnosi, accertata per la presenza di catalessi e anestesia. Dopo ogni seduta c'era una spontanea perdita di memoria per tutto ciò che H. aveva vissuto in ipnosi. Rivivendo alcuni eventi, H. aveva violente reazioni affettive, talvolta era anche preso da panico e la genuinità di queste manifestazioni veniva provata registrando il ritmo di respirazione e le pulsazioni. Inoltre, prima di ogni regressione, gli venivano date suggestioni tali da trattenerlo da qualsiasi tentativo di mistificazione.

Durante queste sedute si manifestò chiaramente il conflitto tra la personalità originale di H. e le condizioni mentali indotte artificialmente per mezzo dell'ipnosi, conflitto che appare particolarmente evidente negli episodi, già citati, dei rapporti tra N. e la futura moglie di H. e del primo tentativo di rapina del 21 agosto 1950.

Reiter diede inoltre ad H. una suggestione continua tale che, tornando in cella, egli sentiva una forte urgenza di scrivere un racconto cronologico delle sue esperienze con N. Se questo materiale viene confrontato con il resto degli elementi accertati, soprattutto interrogando i compagni di prigionia di H. e di N. sembra verosimile che N., persino prima di conoscere H. avesse progettato alcuni piani fantastici, per compensare il proprio fallimento nella società, attraverso crimini insoliti.

Quando N. conobbe H., per una simpatia reciproca, da subito incominciarono i primi esperimenti ed i primi discorsi di misticismo, yoga e religioni orientali. Gradualmente il rapporto si intensificò, fino a che H. raggiunse uno stato di trance permanente, in cui

le sue condizioni mentali erano essenzialmente diverse da quelle normali. Inoltre N. si preoccupò di far sì che H. lo identificasse con il proprio Spirito Guida, suggerendogli l'idea che X. avesse scelto N. quale intermediario per impartire le proprie direttive. N. riuscì così ad imporre ad H. un nuovo Super-Io, che gli promise pace e sicurezza eterna per reincarnazione o, in alternativa, senso di colpa, frustrazioni e distruzione creando così in H. un sistema estremamente, sensibile di angoscia potenziale che poteva essere fatto scattare a volontà da N.

Questo Super-Io artificiale gradualmente soppiantò il Super-Io naturale di H., dandogli una nuova moralità ed una nuova fede nella provvidenza e nel destino. Inoltre questo nuovo apparato di dinamismi emozionali in H. era cementato da una forte omosessualità latente, che si rafforzò in seguito all'episodio dei rapporti tra N. e la futura moglie di H. tanto che questi diceva che, quando aveva un rapporto con la moglie, era come se « andasse a letto » con N.

Per provare la capacità di H. di superare le proprie motivazioni etiche, N. lo fece esercitare ad immaginarsi violazioni nei confronti della moralità corrente, del diritto di proprietà, del rispetto della vita altrui, ed in seguito gli suggerì, in ipnosi, fantasie di piccoli crimini, poi di furti, rapine, uccisioni fino al matricidio.

Infine N. disse ad H. che sarebbe stato dannato per sempre se avesse infranto queste due regole: non avrebbe mai dovuto parlare a nessuno di X. e particolarmente della connessione di N. con i crimini che H. avrebbe potuto commettere, e non avrebbe mai dovuto permettere che nessuno lo ipnotizzasse all'infuori di N. Il giudizio finale di Reiter su H. fu che questi aveva commesso i crimini in uno stato di mente anormale, simile all'insanità, senza una propria volontà. Sulla base della suggestionabilità prodotta artificialmente, H. era stato spinto da altri a commettere i crimini. Egli non era « adatto » alla pena. Al momento non era ancora guarito dalla sua malattia mentale indotta, sebbene stesse chiaramente progredendo. Presentava ancora una mancata tendenza alla psicosi ed il suo stato richiedeva uno speciale trattamento psichiatrico.

Ad N. ed H. fu data la possibilità di leggere la perizia di Reiter, il quale poi intervistò H. Durante l'intervista H. era nervoso, ansioso e depresso, poiché la lettura della relazione gli aveva improvvisamente rivelato gli esami psichici di Reiter, di cui non ricordava nulla. Un tentativo di ipnotizzarlo dimostrò in quel momento, che era divenuto meno suscettibile e due giorni dopo la suscettibilità ipnotica costruita da Reiter era completamente scomparsa, con il risultato di una violenta e drammatica reazione emotiva da parte di H.

Reiter trovò nelle reazioni di H. la conferma finale delle impressioni espresse nel responso e sottolineò l'importanza di ammettere H. al dipartimento psichiatrico dell'Ospedale Municipale di Copenaghen. La Corte non approvò questa proposta.

Dal dicembre 1952 al febbraio 1953, per ordine del tribunale, N. fu sottoposto ad osservazione sanitaria all'Ospedale Psichiatrico di Nikobing.

Non fu trovato né insano né mentalmente deficiente. Era di un'intelligenza normale, sebbene piuttosto mediocre. Fu descritto come debole, emotivamente instabile, incostante, super-immaginativo e piuttosto amorale, dunque « psicopatico ».

Il 17 febbraio 1954 il Consiglio di Medicina Forense dichiarò che H. non era mentalmente deficiente, bensì intelligente. Egli presentava un alto grado di psicopatia, essendo sensibile e molto suggestionabile. Al momento in cui aveva commesso i crimini era stato in condizione di anormalità mentale, comparabile all'insanita. Al momento dell'osservazione fatta dal Dott. Schmidt questo stato anormale era ancora presente. Sulla base dei rapporti presentati dai Dott. Schmidt e Reiter, il Consiglio affermò di non poter stabilire se ci fossero prove che N. avesse esercitato quella influenza su H., in quanto l'imputato era vigile e conscio nel momento in cui commetteva i crimini, potendoli ricordare in seguito. Inoltre mancavano prove assolute che i crimini fossero frutto di suggestioni post-ipnotiche, cioè fossero stati indotti in ipnosi perché si verificassero in un certo momento dopo il risveglio. D'altronde si riconosceva un graduale, profondo mutamento nella personalità di H., protrattosi fino ad uno stato di anormalità comparabile con l'insanita, in cui H. era motivato da idee e impulsi a cui non poteva

resistere estranei al suo Io normale. Il Consiglio perciò ritenne che, al momento, H. dovesse essere considerato pericoloso, e consigliò il ricovero in un Ospedale psichiatrico o, se necessario, in un carcere preventivo per psicopatici.

Riguardo ad N. il Consiglio dichiarò che non era insano e che non si poteva supporre che fosse affetto da insanità al tempo dei crimini. Non era nemmeno mentalmente deficiente e le sue capacità mentali rientravano nella normalità. Doveva essere considerato psicopatico per debolezza, mancanza di equilibrio emotivo, super-immaginazione, inclinazione a reazioni isteriche. In seguito erano subentrate anche arroganza, profonda amoralità, tendenze antisociali. Era evidente l'abuso di alcoolici per molti anni. Era per lo più inadatto alla pena. La decisione se fosse complice o addirittura istigatore delle rapine esulava, si disse, dalla sfera di competenza del Consiglio, ma nel caso che fosse giudicato colpevole, doveva essere considerato come un soggetto estremamente pericoloso.

In un rapporto supplementare del maggio 1954 il Consiglio dichiarò di considerare H. uno psicopatico, dal momento che i suoi sogni ad occhi aperti, le sue immaginazioni fantastiche, le ideologie estremiste, insieme ad una forte suggestionabilità, dovevano essere considerate indicative di una considerevole mancanza di equilibrio mentale. Le sue condizioni anormali al momento dei crimini dovevano essere attribuite a fattori psicogeni.

Il processo, iniziato nel giugno del 1954, si protrasse per 20 udienze. Il 17 luglio fu pronunciata la sentenza. H., imputato di rapina a mano armata, tentata rapina ed omicidio, fu riconosciuto colpevole, ma poiché al momento dei crimini fu considerato non responsabile delle proprie azioni a causa di insanità o di condizioni ad essa comparabili, la Giuria lo giudicò inadatto alla pena e sentenziò l'invio in un ricovero per psicopatici.

N., imputato di concorso in rapina, tentata rapina, omicidio, di avere istigato e organizzato i crimini commessi da H. e di avere ricevuto, in tutto in parte, il denaro rubato da H., fu giudicato colpevole di tutto ciò e condannato all'ergastolo.

N. ed H. fecero ricorso alla Corte Suprema. H. fu esaminato nuovamente dal Dott. Schmidt, il quale, nella sua relazione, dichia-

rò di avere trovato la condizione mentale di H., considerevolmente più normale di quella riscontrata nel primo esame. H. non costituiva più una minaccia per la società. Il lungo periodo di detenzione lo aveva portato ad una leggera condizione sub-paranoide, che rendeva necessario un breve trattamento in un ospedale psichiatrico. Il verdetto della Corte Suprema confermò comunque quello di 1° grado. Il caso però non era ancora chiuso. La difesa si appellò alla Corte d'Appello speciale, con la richiesta di riaprire il processo. Nelle more, del tutto inopinatamente H., senza consultarsi con i suoi difensori, scrisse una lettera alla difesa di N., in cui dichiarava di avere compiuto le due rapine soltanto per volontà propria, che N. si era solo prestato a ricevere il bottino della prima rapina e sosteneva di dover escludere l'ipnosi dal processo pur ammettendo di aver compiuto quegli atti criminosi in uno stato allucinatorio.

Furono stilati nuovi rapporti medici, che furono esaminati dal Consiglio di Medicina Forense e il 29 giugno 1957 la Corte d'Appello speciale diede il suo verdetto finale, respingendo la richiesta di riapertura del processo. Il tutto fu poi riesaminato dalla Commissione Europea dei diritti dell'uomo che riscontrò violazione dell'art. 6 della Convenzione in quanto N. fu riconosciuto colpevole di aver usato l'ipnosi e, sulla base del parere di Reiter, senza che ciò gli fosse mai stato contestato. (Cfr. *Ann. Conv. Eur. Dr. de l'homme*, 1958-9, 411).

Barber (6) e Orne (7) commentando questa casistica non sono d'accordo con Reiter quando afferma : « La verità è che furono usate varie influenze, fra le quali anche l'ipnosi, ma senza l'ipnosi tutte le altre sarebbero state vane ». Sostengono che il ruolo dell'ipnosi vada inquadrato nel rapporto psicologico molto stretto esistente tra ipnotista ed ipnotizzato e che, come nel caso di Copenaghen, l'ipnosi servì piuttosto a rinforzare ed espandere un sistema psicotico delirante ed a offrire al soggetto un alibi psicologico ragionevole per giustificare il proprio comportamento presso di sé e presso gli altri.

(6) BARBER T. X., *Antisocial and Criminal Acts Induced by Hypnosis: a Review of Experimental and Clinical Findings*, in *Arch. Gen. Psychiat.*, 1961, 301.

(7) ORNE M. T., *A Book Review of « Reiter P., Antisocial or Criminal Acts and Hypnosis: A Case Study »*, in *Arti. Bar. Ass. J.*, 1960, 81 ss.

5. Più recentemente Kline(8) ha descritto e commentato tre casi di ipnotisti da lui curati che si servirono dell'ipnosi per compiere atti criminosi ai danni dell'ipnotizzato. Per Kline in tutti e tre i casi l'ipnosi ebbe un ruolo importante nel provocare e permettere quei comportamenti anche se gli ipnotisti presentavano talune qualità personali peculiari.

Un medico di 56 anni si sottopose a psicoterapia a causa del suo crescente interesse ed ansietà, riguardanti il suo modo di utilizzare l'ipnosi e il rapporto ipnotico che egli instaurava per manipolare sessualmente le pazienti. Egli era riuscito in ciò per alcuni anni e, quando fu esaminato per la prima volta, era preoccupato solo del fatto che, in alcuni casi, erano sorte serie complicazioni quando si era venuto a sapere di questi rapporti. La sua ricerca di aiuto a questo proposito, non era estranea ad un certo senso di colpa e a considerazioni di carattere etico, ma era soprattutto motivata dal desiderio di evitare questo tipo di comportamento coercitivo, che costituiva minaccia di scandalo, di pratiche illecite e di imbarazzo.

La scelta delle donne per questo tipo di rapporto non rifletteva all'inizio alcun insolito interesse nei riguardi della paziente, ma il medico, senza alcuna effettiva parvenza di bisogno introduceva tuttavia l'ipnosi nel trattamento terapeutico. Dapprima egli se ne serviva ripetutamente ed ampiamente per sviluppare un rapporto ipnotico stretto e dipendente, ma soprattutto solido e rassicurante. In seguito iniziava ad introdurre, con cura e abilità, suggestioni atte a far sorgere nella paziente impulsi sessuali fortemente erotici, e ad indurre sogni che contenessero queste sensazioni. Gradualmente egli introduceva se stesso nei sogni, con un processo che spesso richiedeva due o tre mesi, e faceva sorgere nella paziente un forte desiderio di esteriorizzare i suoi impulsi sessuali e di ottenere la realizzazione del sogno.

Non sempre i suoi tentativi avevano successo, e generalmente egli non procedeva finché le reazioni della paziente ai sogni indotti, i sentimenti ed il comportamento conseguente non indi-

(8) KLINE M. V., The Production of Antisocial Behavior through Hypnosis: New Clinical Data, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypn.*, 1972, n. 2.

cavano la propensione ad accettare un rapporto sessuale con lui. Egli era soprattutto desideroso di instaurare rapporti che avessero per oggetto la fellazione e altre pratiche simili. Secondo il racconto del medico l'ipnosi si sviluppava spontaneamente durante tutto il rapporto con la paziente, venivano dette parole di stimolo per far sorgere stimoli erotici e per rievocare i sentimenti provati in sogno, infine dava suggestioni postipnotiche per manifestare gli stessi sentimenti al di fuori dei sogni.

In un caso egli riuscì a persuadere una paziente di 23 anni, sposata, ad assumere un incarico non retribuito nel suo studio, e con lei ebbe più tardi rapporti sessuali giornalieri. Questo caso in particolare costituì uno dei motivi che lo indussero a sottoporsi a terapia, poiché la giovane donna aveva incominciato a parlare nel sonno, raccontando con un certo piacere ma non senza conflitti, i rapporti sessuali che aveva quotidianamente, e dai quali sembrava appagata, ma, nello stesso tempo, confusa. Essa soprattutto si chiedeva perché stesse in quello studio e quale fosse la sua funzione, e non riusciva a comprendere che cosa realmente stesse accadendo. La confusione si accresceva ancor più nel sonno, così che la donna iniziava a parlare. Il marito registrò alcuni di questi discorsi e, discutendone in seguito con la moglie, si rese perfettamente conto di quanto stava succedendo.

Questo era solo uno dei tanti rapporti che il medico aveva instaurato in un periodo di alcuni anni. Egli disse che, in alcuni casi, le pazienti che aveva scelto apparivano piuttosto turbate e che, in funzione di ciò, doveva visitarle. Esse non sempre si prestavano passivamente a questo tipo di rapporti e gli appariva chiaro che non avrebbero accettato una relazione sessuale senza il forzato impulso derivante dallo stato ipnotico e senza le impellenti suggestioni che egli frequentemente induceva nelle pazienti. In alcuni casi aveva dovuto affidarle ad un collega psichiatra che le sottoponesse a terapia per i forti conflitti che in esse si erano prodotti per aver accondisceso a tali relazioni. In un caso vi era stato un tentativo di suicidio abbastanza grave da richiedere l'immediato ricovero della paziente. Durante la descrizione che egli faceva di questi casi, mai fece trasparire alcun senso di colpa, ma solo preoccupazioni per lo scandalo che sarebbe potuto scoppiare in

tseguito alle complicazioni sorte da questi rapporti. La sua richiesta di cura non era motivata dal desiderio di comprendere i motivi del suo comportamento, ma piuttosto dalla speranza di ottenere una magica scomparsa dell'incoercibile bisogno di instaurare tali relazioni. Soltanto quando questa richiesta fu respinta e le conseguenze di quanto faceva divennero particolarmente serie accettò di sottoporsi a terapia a condizioni diverse da quelle che egli in un primo tempo aveva posto. Egli era, in superficie, un estroverso, un uomo amichevole che sembrava esprimere grande interesse verso gli altri e premura per i loro bisogni e sentimenti. In effetti egli era soprattutto interessato a farsi accogliere favorevolmente e per questo motivo faceva molte cose che potessero facilmente essere considerate come indici di riguardo, di generosità e di interessamento verso le pazienti. In realtà egli non provava alcun sentimento di sincero affetto nei riguardi della maggior parte delle pazienti, ma piuttosto le considerava come semplici oggetti atti a valorizzare il proprio Io, sia per mezzo dei risultati terapeutici, sia con l'effettiva manipolazione del loro comportamento, in armonia con i suoi principi e giudizi. Egli stimolava la dipendenza, si rendeva disponibile in ogni occasione in modo più meccanico che realistico, e sotto ogni aspetto creava l'immagine di una persona benevolente, che tutto può e tutto dà. Appariva sempre nel pieno controllo di se stesso e in tutte le manifestazioni della sua vita professionale, personale e sociale certamente mancavano segni esteriori di una grossolana psicopatologia. L'ipnosi in questo caso si rilevava uno strumento particolarmente efficace per incoraggiare un comportamento sessuale illecito senza che l'adesione della donna fosse pienamente volontaria, ma essa faceva sorgere, nei soggetti implicati, il bisogno inconscio di un rapporto di tipo nevrotico, che permettesse la realizzazione di quei sentimenti comunemente provati in relazioni pienamente reciproche. Per Kline senza queste relazioni sviluppate con cura, senza l'intenso interesse personale, e senza quelle caratteristiche della personalità che lo rendevano effettivamente capace di manovrare un rapporto interpersonale, né l'ipnosi, né alcun altro tipo di approccio sarebbero potuti risultare così efficaci come quegli elementi, così abilmente sfruttati in tali situazioni. Perciò non solo l'ipnosi, ma anche il contestuale concorso

di elementi manipolativi che permettevano il progressivo sviluppo di una relazione ipnotica regressiva, condussero direttamente a quel comportamento sessuale che si è appena descritto.

La paziente implicata provava, riguardo a ciò, stati fortemente conflittuali, che iniziavano a manifestarsi con particolare gravità dopo un periodo di tempo relativamente breve. Nonostante ciò la continuazione del rapporto tendeva ad aumentare l'accondiscendenza, e a mascherare per un certo periodo, tale conflitto.

Nel secondo caso riferito da Kline un giovane di ventisei anni, laureato in psicologia, chiese di essere sottoposto a terapia a causa dei conflitti che in lui sorgevano in seguito ad aggressioni omosessuali effettuate su giovani adolescenti. Il paziente, durante quattro anni di analisi, aveva esaminato la propria personalità omosessuale e apparentemente era giunto ad accettarla. Durante questi anni di analisi e nel periodo seguente, all'oscuro del suo analista, aveva abilmente imparato ad ipnotizzare e, all'epoca in cui fu esaminato, era, per sua stessa affermazione, un abile ipnotista. Discutendone con il paziente, apparve chiaro che si trattava di un giovane che aveva studiato una vasta letteratura sull'ipnosi, aveva fatto in modo di potersi esercitare con un competente ipnotista dilettante, ed era effettivamente diventato piuttosto abile.

Anche in questo caso, come nel primo, il paziente aveva chiesto di essere curato non per un senso di colpa, bensì per le preoccupazioni che gli derivavano dal fatto di doversi esporre in modo sempre più aperto. Di solito pubblicava inserzioni su vari giornali, indicando la propria disponibilità come bambinaio. Quando i genitori rispondevano all'annuncio, egli si dichiarava disponibile solo nel caso di bambini al di sotto dei dieci anni. In genere egli cercava di instaurare rapporto molto intenso con i fanciulli, dimostrandosi brillante, amichevole e affascinante, e capace di penetrare e di utilizzare l'immaginazione della maggior parte di essi. Solo dopo aver ottenuto l'ammirazione del bambino e aver creato l'impressione sempre crescente di sé come di una figura in certo qual modo magica, per le molte cose che sapeva fare (era assai ingegnoso nello sviluppare un'area di interesse immaginativo), egli incominciava gradualmente a sottoporre il fanciullo a esperienze ipnotiche. Iniziava col far immaginare al bambino i programmi televisivi

preferiti, introducendolo in tali programmi, poi sfruttò queste immagini per produrre uno stato ipnotico sempre più profondo. Talvolta provava la profondità di questi stati e, quando accertò la possibilità di produrre amnesia, procedette, entro i confini dell'ipnosi, con atti di sessualità orale e anale. Questa procedura avveniva sempre in stato di ipnosi e, per mezzo di suggestioni verbali, veniva trasformata in esperienze di altro genere.

La causa immediata della richiesta di terapia fu, anche in questo caso, il desiderio di liberarsi da quest'impulso coercitivo che poteva creare uno scandalo. Un bambino, con cui aveva pienamente raggiunto i propri scopi, era diventato estremamente agitato, tanto che i genitori si erano dovuti rivolgere ad uno psichiatra. Il bambino, di otto anni, aveva ricordato molti dettagli dei suoi rapporti sessuali con il giovane ipnotizzatore, ed esisteva perciò una possibilità assai concreta di incriminazione.

Il giovane laureato era assai stimato nell'università, aveva ottenuto votazioni eccellenti, era socialmente approvato, e, a parte l'omosessualità, che sembrava aver accettato, appariva libero da altre forme psicopatologiche. Egli era riconosciuto come un « leader » sia dai compagni studenti, sia dagli insegnanti e, a parte questo unico problema e i conseguenti pericoli per la carriera, appariva essere un individuo autosufficiente e relativamente privo di preoccupazioni. Inoltre aveva una personalità fortemente egocentrica, vedeva gli altri come oggetti più che come persone, ma possedeva l'effettiva capacità, a prescindere dall'ipnosi, di convincerli circa la genuinità dell'interessamento che egli mostrava nei loro riguardi, ed era veramente assai abile nell'intrecciare nuovi rapporti. Estremamente loquace e animato, sapeva creare un'atmosfera di intimità e cordialità alquanto insolita. Infatti l'intimità e la cordialità che egli mostrava erano in realtà dovute al suo modo di considerare gli altri come individui meno dotati e meno astuti di lui. Egli riteneva di potere con la massima facilità ingannare chiunque e far sì che gli esseri inferiori lo considerassero come la figura più affascinante, dotata e brillante. Bisogna tenere presente che questo giovane era comunque in grado di manovrare e manipolare gli altri senza l'aiuto dell'ipnosi e sapeva realizzare molti dei suoi scopi senza di essa. Nelle sue mani, comunque, l'ipnosi costituì un

efficace strumento aggiuntivo per effettuare più rapidamente il genere di manipolazione sessuale che egli desiderava, alterando la percezione del soggetto in modo da proteggersi da una possibile esposizione. Che l'ipnosi avesse un ruolo nella produzione del comportamento trasgressivo appare oltremodo chiaro.

Nel terzo caso un ginecologo di trentasei anni chiese di essere curato a causa di un forte senso di panico e di colpa, dovuto all'uso deviante che egli faceva dell'ipnosi. Questo caso è per qualche aspetto diverso dai precedenti, sebbene i principi fondamentali siano gli stessi.

Questo paziente utilizzava l'ipnosi nella pratica medica, soprattutto per curare l'obesità femminile. Così egli soleva ipnotizzare le donne, sia collettivamente, sia singolarmente, e si era creato la fama di essere molto efficace nel controllo del peso, per la sua straordinaria abilità di ipnotista. Egli stesso dichiarò di essersi servito di suggestioni dirette e relativamente semplici, che comportavano ordini di non mangiare nulla, eccettuati quei cibi che egli stesso aveva prescritto come dieta. Egli proibiva di mangiare al di fuori quei pasti e insisteva sulla necessità di una completa obbedienza tramite approcci persuasivi e benevolmente dominanti. Portò anche alcuni nastri registrati che illustravano i suoi metodi. Egli teneva in genere parecchie sedute individuali, prima del trattamento di gruppo, e in certi casi otteneva stati ipnotici piuttosto profondi, spesso assai vicini al sonnambulismo. Preferiva non servirsi dell'ipnoterapia qualora il soggetto non si presentasse, dal punto di vista ipnotico, eccellente. Anche se si verificava un certo grado di amnesia preferiva escludere le pazienti dall'ipnoterapia, quantunque potesse curarne il peso con altri mezzi.

Durante la discussione apparve chiaro che egli otteneva soddisfazione dall'esperienza ipnotica, in particolare dalla capacità che aveva di raggiungere stati profondi. Egli si sentì potente quando fu capace di manipolare la memoria e la percezione dei soggetti e di ottenerne il comportamento voluto. Sentiva di rendere ad essi un grande servizio, mentre, nello stesso tempo, provava un senso di onnipotenza. Otteneva poco o niente nel tentare di servirsi dell'ipnosi come strumento terapeutico con le pazienti che raggiungevano stati ipnotici poco profondi, così selezionò un gruppo di

pazienti particolarmente adatte a questo tipo di tentativi terapeutici.

In un caso, che lo indusse poi a sottoporsi a cura, egli descrisse una paziente di ventisette anni che, sebbene raggiungesse lo stato sonnambolico, non obbediva alle suggestioni che egli le induceva circa il controllo dietetico. Quando le aveva ordinato di non mangiare fuori dei pasti, essa aveva piuttosto incominciato a mangiare più che mai fra un pasto e l'altro e non aveva seguito la dieta prescritta. Egli l'aveva vista solo sei volte, ma s'infuriò alquanto per il suo comportamento trasgressivo e non riuscì a vedere in queste manifestazioni la reale natura dei problemi psicologici della paziente. Non aveva intenzione di occuparsi di questi problemi o di provvedere perché altri se ne occupasse. Le spiegò che, dal momento che veniva nel suo studio e gli raccontava di aver fatto esattamente il contrario di quanto prescritto, o, al meglio, di non aver obbedito alle istruzioni, e sembrava indifferente a ciò, egli era molto dispiaciuto e riteneva che l'unico modo di costringerla ad eseguire le istruzioni era quello di farle provare una certa ansietà in caso di disobbedienza. Le disse che non era consapevole che il suo rifiuto di seguire le istruzioni terapeutiche risultava da una mancanza di sensibilità da parte sua, e che era per lei necessario eliminare tale mancanza. In seguito a ciò le suggerì, in una seduta ipnotica individuale, che, se non avesse seguito le prescritte istruzioni di non mangiare tra i pasti per l'intera settimana e non avesse osservato alla lettera le istruzioni dietetiche, sarebbe stata sopraffatta dall'incoercibile impulso di uccidere il proprio cane, un cucciolo che essa aveva descritto con grande effetto.

La paziente lasciò questa particolare seduta, che si era tenuta di sera, e consumò un notevole porzione di gelato. A ciò seguì uno stato di panico acuto, durante il quale soffocò il suo cucciolo e, avendo constatato che era morto, bevve una bottiglia di iodio e si tagliò i polsi. Le sue grida e il suo comportamento agitato avevano svegliato i vicini, che chiamarono la polizia e fecero portare d'urgenza la donna all'ospedale. La prontezza delle cure prestatele permise di salvarle la vita. In un primo tempo fu ritenuta psicotica e fu affidata ad uno psichiatra. Fu ricoverata in un ospedale di stato per tre mesi e poi dimessa per una terapia adatta

alla convalescenza. La diagnosi fu di schizofrenia paranoide (Kline ebbe l'opportunità di esaminare questa donna alcuni anni più tardi e concluse che la schizofrenia paranoide costituiva solo un episodio psicotico in una personalità fondamentalmente nevrotica).

Il ginecologo era oppresso da quanto aveva fatto poiché, in effetti, disse che non era nelle sue intenzioni provocare l'uccisione del cane, ma piuttosto voleva solo rendere la paziente consapevole del fatto che, se non avesse seguito le istruzioni ipnotiche datele nel suo stesso interesse, avrebbe provato ansietà. Egli aveva errato nel considerare le dinamiche sottostanti alla personalità della donna e le possibili conseguenze del conflitto indotto.

Orne nel commentare questi tre casi sottolinea come sia difficile chiarire il vero ruolo dell'ipnosi nel produrre gli eventi (9). Ricorda che è noto come un rapporto terapeutico possa facilmente trasformarsi in un rapporto sessuale, sia per la disponibilità di alcune pazienti, sia per la mancanza di scrupoli da parte del medico, che può far leva sulla corrente emozionale (transfert) che si stabilisce con il paziente. Per Orne non è sorprendente il fatto che una paziente si offra di lavorare gratis per il suo medico e cerchi di rendersi sessualmente disponibile, né che contemporaneamente trovi il modo di farlo sapere a suo marito. Non c'è dubbio che l'ipnosi ebbe un ruolo importante nei fatti, ma osserva Orne, non si può dire che sia stata condizione necessaria per il loro verificarsi. In effetti per l'autore non c'è alcun elemento importante che indichi come la distorsione della percezione e della memoria o l'eccitazione di fantasie erotiche abbia facilitato in modo significativo il comportamento della paziente. Nel caso dello studente l'ipnosi per Orne può essere considerata uno strumento aggiunto per ottenere i risultati voluti. Nell'ultimo caso la paziente era « ambivalente » nei confronti del medico, voleva provocarlo non tenendo conto di proposito delle sue istruzioni. L'ira del medico provocò una reazione violenta ma non del tutto sorprendente. Questi casi indicano che l'ipnosi può giocare un ruolo importante nel favorire un certo

(9) ORNE M. T., Can a Hypnotized Subject Be Compelled to Carry Out Otherwise Unacceptable Behavior? A Discussion, in *Int. J. of din. Exp. Hypnosis*, 1972, 2.

svolgimento dei fatti, ma non dimostrano per Orne che sia condizione necessaria, perché sussistono altri elementi che in sé sono sufficienti a spiegare gli eventi.

6. Dopo aver esaminato la casistica sperimentale, quella criminologica e numerose opinioni di specialisti vediamo di trarre delle conclusioni.

Il fatto che taluni esperimenti escludano la possibilità di compiere e far compiere crimini per mezzo dell'ipnosi non è evidentemente probante a fronte del fatto che molti esperimenti dimostrano il contrario.

La casistica criminologica poi mostra che l'ipnosi è stata utilizzata per compiere dei crimini. Chi tende a sminuire l'importanza del ruolo dell'ipnosi in questi casi tende a dimostrare che gli eventi potevano prodursi anche senza l'uso dell'ipnosi. Questo argomento però non mi sembra risolutivo perché non fa venir meno il fatto che l'ipnosi fu concretamente utilizzata. A mio modo di vedere tutto si fonda sugli atteggiamenti, sulle aspettative e sulle motivazioni del soggetto ipnotizzato. Se questo si aspetta che l'ipnosi lo renda un automa nelle mani dell'ipnotista è probabile che si comporti come tale. Delle azioni che compirà in questo stato egli si sentirà più o meno responsabile a seconda di taluni processi che, nella psicologia sociale, vengono chiamati di « attribuzione » (10). Come si è già ricordato se l'ipnosi è considerata uno stato psichico particolare che rende succube il soggetto, egli si sentirà più o meno responsabile a seconda del grado di coinvolgimento che questa relazione comporterà. Non è poi da escludere che l'ipnosi costituisca per un soggetto un alibi per esternare desideri repressi. Appare utile anche distinguere comportamenti congegnali al soggetto e che egli potrebbe facilmente giustificare, da comportamenti inaccettabili e ripugnanti. Tra questi due estremi, comportamento accettabile e ripugnante, esiste un'area di comportamento in cui l'individuo è ambivalente. Vi possono essere comportamenti « attraenti » per il soggetto la cui esecuzione allo stato di piena consapevolezza può far sorgere sensi di colpa. In tale situa-

(10) JONES E. E. e al., *op. cit.*

zione, quando il soggetto è ambivalente verso un'azione, anche una piccolissima differenza nell'equilibrio psichico può portare ad un notevole cambiamento nel comportamento; può darsi che l'ipnosi possa provocare questa piccola differenza.

D'altronde, lo si è visto, il grado di coinvolgimento interpersonale dell'ipnotizzato può andare da un minimo in cui il senso di realtà è mantenuto intatto e in cui l'attribuzione di autodeterminazione è massima ad un grado massimo in cui il soggetto esperisce come perduto sia il senso di realtà che il senso autodeterminazione. In quest'ambito si muovono la « coscienza » e la « volontà » dell'ipnotizzato.

Una sentenza della Cassazione (sez. I, 19 novembre 1973, rie. Andreucci, non pubblicata) ha lucidamente indicato il principio per il quale la suggestione (allo stato vigile ma il ragionamento è analogicamente applicabile all'ipnosi) può essere di vario grado e che la valutazione del magistrato della responsabilità del suggestionato va fatta caso per caso. Si legge nella motivazione della sentenza:

« Si può per altro rilevare, in linea di diritto, che non può essere sufficiente la esistenza, eventualmente ritenuta, del dedotto fenomeno psicologico dell'incube e del succube, per giustificare la conclusione che quest'ultimo deve essere prosciolto dall'imputazione che gli sia contestata per reato commesso secondo la volontà dell'incube. In tale fenomeno psicologico, caratterizzato dalla presenza di una energia psichica più forte e dominante, che si impone ad una energia più debole (nell'ambito del particolare clima di rapporto che lega la coppia), la posizione psicologica del succube è condizionata dalla suggestione (eterosuggestione, in veglia) esercitata dal soggetto dominante, la quale, peraltro, quando agisca su un soggetto normale, capace di intendere e di volere — anche se non dotato di volontà e coscienza superiori — pur presentandolo, come succube non lo trasforma inevitabilmente, in un mero strumento dell'altrui volontà, privandolo della capacità di intendere e di autodeterminarsi; tale effetto la suggestione può raggiungere, eccezionalmente, quando per la intensità raggiunta, da accertare di caso in caso, secondo le specifiche peculiarità di specie — in relazione al modo e alla durata d'esplicazione, alla personalità del suggestionato, alla natura del rapporto che lega i due soggetti e per cui uno ha assunto posizione di prevalenza — sia tale da alterare profondamente, sino ad annientarla, la volontà del succube, rendendola completamente inerte e consenziente all'esplicazione suggestiva.

La suggestione, cioè, presenta una estesa gamma quantitativa e qualitativa di effetti sulla psiche dell'individuo, nel senso che il suggestionato, pur avendo agito sotto la forza psichica della volontà altrui, può aver mantenuto coscienza e volontà autonoma (al più appena è insensibilmente intaccata) sì da dover esser considerato imputabile, ovvero può aver agito con capacità d'intendere e di volere totalmente soppressa, sì da dover essere considerato non imputabile, ovvero, ancora, come stadi intermedi, tra tali due ipotesi estreme, la sua capacità di intendere e di volere, può essere stata, più o meno notevolmente intaccata. Appunto perché i suoi effetti incidono sulla capacità di intendere e di volere, potendone alterare od escludere la efficienza, la suggestione potrebbe inquadrarsi nel più lato concetto di infermità mentale, in quanto tale espressione, usata dagli artt. 88 e 89 c.p., va intesa come qualsiasi condizione patologica, anche transitoria, clinicamente valutabile, che si concreti in una sintomatologia psichica tale da escludere, totalmente la capacità di intendere o di volere ovvero da scemarla grandemente.

La suggestione, pertanto, qualora, nella singola concreta ipotesi, raggiunga tale intensità di effetti, esclude o diminuisce l'imputabilità, per l'esistenza di un vizio totale ovvero parziale di mente; e la generica espressione "il succube va esente da pena" talora usata in dottrina e richiamata nel motivo, va intesa con riferimento non alla mancanza del-

! la colpevolezza ma bensì alla mancanza di imputabilità, per
incapacità

J di intendere e di volere, che, peraltro nella specie, con ineccepibile motivazione, è rimasta esclusa, non essendovi prova alcuna di un qualsiasi rapporto di suggestione e di una posizione di succube, con qualsiasi effetto, dell'imputato ».

È chiaro che dire che una persona può commettere un crimine in ipnosi non vuoi dire che l'ipnosi sia il solo agente causale dell'evento.

D'altra parte è veramente sorprendente che molti ipnotisti neghino la possibilità di utilizzare l'ipnosi a questo scopo quando poi affermano ad altro proposito che gli interventi terapeutici in ipnosi siano più efficaci che nello stato psichico ordinario.

Mi rendo conto che l'affermare che l'ipnosi possa giocare un ruolo nella commissione di crimini può favorire la legittimazione in taluni comportamenti criminosi di chi sia, o pretenda di essere ipnotizzato, e che in altri ciò potrebbe favorire un'aspettativa che, come profezia che si autodetermina, può facilitare l'attività dell'ipnotista criminale. Ciò non toglie che non è possibile negare che

ciò, se avviene concretamente attraverso un'attività puramente suggestiva, non possa avvenire tramite l'ipnosi, che secondo molti, è in grado di provocare vere alterazioni esperienziali.

7. Resta da vedere in base alla problematica esaminata, dato che taluni ritengono che il soggetto potrebbe essere indotto all'atto criminoso anche senza ipnosi, quale ruolo causale in senso giuridico possa esserle attribuito.

Per la teoria della « conditio sine qua non » (11) comunemente accolta, per imputare il nesso di causalità, cioè il rapporto che deve sussistere tra l'azione dell'uomo e l'evento, si deve considerare causa ogni singola condizione dell'evento e cioè ogni antecedente senza il quale il risultato non si sarebbe avverato. È perciò sufficiente che l'uomo abbia realizzato una condizione qualsiasi dell'evento, un antecedente indispensabile per il verificarsi del risultato, perché si abbia il rapporto di causalità. Secondo questa teoria il nesso causale non è escluso neppure dal concorso di circostanze di qualsiasi tipo estranee all'agente sia concomitanti, sia preesistenti o sopravvenute, neppure se dipendono dall'azione di una terza persona. Non può neppure escludersi allora che nei casi esaminati in questo capitolo l'ipnosi abbia avuto una funzione causale. A questa teoria è stato rimproverato di estendere eccessivamente il concetto di causa, considerazione per alcuni non determinante, perché per la responsabilità penale oltre al nesso di causalità occorre il concorso del dolo o della colpa dell'agente.

Ma a parte il fatto che il diritto penale in diversi casi ammette la responsabilità indipendentemente dal concorso del dolo o della colpa (es. i reati aggravati dall'evento), se si accoglie per esempio l'opinione del Pioletti(12) secondo cui l'ipnotizzato dovrebbe sempre rispondere per colpa del reato commesso durante lo stato ipnotico per il fatto stesso di aver consentito di farsi porre in trance, in nessun caso si potrebbe negare l'esistenza del nesso tra

(11) Per una visione d'insieme delle teorie classiche sulla causalità cfr. ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale: parte generale*, Giuffrè, Milano, 1975, 182 ss.

(12) PIOLETTI U., *Ipnatismo*, in *Nov. Dig. it.*, Utet, Torino, 1963, 38.

la sua azione ed il reato commesso, quando il reato commesso sia previsto come colposo.

Per un'altra teoria, quella della «causalità adeguata», perché esista il nesso occorre che l'uomo abbia determinato l'evento con un'azione adeguata, ed è tale l'azione che è in genere idonea a determinare l'effetto (13). Occorre cioè una idoneità astratta da determinare con un giudizio *ex ante* in base all'esperienza di casi simili.

Principale conseguenza di questa teoria è che non si considerano causati dall'uomo gli effetti che al momento dell'azione si presentavano improbabili, cioè gli effetti straordinari o atipici dell'azione stessa. Orbene, a seguito degli studi presentati in questo e nei capitoli precedenti, non sembra sostenibile che l'ipnosi sia inadeguata a far compiere atti criminosi.

Più recentemente è stata avanzata una teoria della causalità che meglio si addice al dettagliato esame degli studi fin qui presentati. Stella (14) evidenzia la concezione prevalente di causa nel pensiero scientifico moderno, detta « nomologico-funzionale » : un evento deve reputarsi effetto di un altro evento quando tra essi esiste un rapporto di successione costante, ossia quando dato l'uno, l'altro segue in modo ineccepibile. Egli sostiene che certamente la determinazione del nesso di condizionamento non può essere affidata al libero apprezzamento del giudice, ma sottintende un rinvio al concetto di spiegazione mediante leggi scientifiche. Il nesso di causalità *ex art. 40 c.p.* è per Stella un requisito di fattispecie, ma un requisito non indeterminabile perché il suo contenuto può e deve di volta in volta essere stabilito attraverso il riferimento a quelle leggi di natura che consentono di spiegare l'evento. **Questo** principio vale sia quando si tratta di indagare sul rapporto causale tra eventi del mondo fisico, sia per i ed. influssi psichici, dove resta valida l'affermazione che un antecedente è causale solo se è *conditio sine qua non* e che il nesso di condizionamento non può essere accertato senza l'aiuto di generalizzazioni. **Quelle adottate** per la spiegazione delle azioni umane avranno forma statistica in-

(13) ANTOLIESEI F., *op. cit.*

(14) STELLA F., *Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale*, Giuffrè, Milano, 1975, 101.

vece che universale ma, dice Stella, per il diritto penale è causale anche la spiegazione basata su leggi statistiche. In sintesi l'autore afferma che : « L'evento lesivo può essere oggettivamente addebitato all'agente quando si può dire che l'asserzione "senza il comportamento dell'agente l'evento non si sarebbe verificato" è altamente probabile o razionalmente credibile in base alle leggi scientifiche». È evidente che secondo diverse teorie illustrate ed i risultati di molti esperimenti non si può negare che l'ipnosi, possa avere una parte nel causare determinati comportamenti criminosi anche se non si può parlare dell'esistenza di leggi scientifiche unanimi.

8. L'esame della casistica sperimentale e criminologica porta infine a negare in questa ipotesi l'applicabilità dell'art. 49, e. II, c.p., che dice : « La punibilità è altresì esclusa quando, per la inidoneità dell'azione o l'inesistenza dell'oggetto di essa, è impossibile l'evento dannoso o pericoloso ». Nella fattispecie l'inidoneità dell'azione va stabilita con un giudizio *ex ante* ed in base al caso concreto, tenendo conto delle circostanze in cui il fatto si svolge; non bisogna dimenticare che se una parte degli sperimentatori tende a minimizzare l'importanza del fattore ipnosi nella produzione degli eventi per dimostrare che si potevano verificare anche senza, in effetti l'ipnosi è stata utilizzata realmente per commettere dei crimini e perciò non si può sostenere si tratti di reato impossibile (15).

9. Circa la responsabilità dell'ipnotizzatore, Tranchina (16) sostiene che questi è autore immediato, non mediato, del reato compiuto dall'ipnotizzato perché, come dice Bettiol : « È immedesimato

(15) A proposito della suggestione la Cassazione (sez. I, 30 settembre 197x, PM in e. Braibanti) ha precisato : « La previsione, come circostanza attenuante comune, della suggestione collettiva suscitatrice di uno stato emotivo, indice di minore pericolosità del colpevole (art. 62 n. 3 c.p.) non esclude che la suggestione, per la sua intensità, possa in altre fattispecie rivelarsi come mezzo che rende inesistente l'altrui consenso, ossia, quale attività psicogene che, attraverso una lenta ed inesistente opera persuasiva, fiacchi la volontà della vittima, al punto da renderla succube del reo. Il che può verificarsi nell'omicidio dell'apparente consentente (art. 579 n. 3 c.p.) e disvela come, nel sistema giuridico, la suggestione sia, anche in fattispecie diverse dal plagio, considerata in modo espresso quale attività idonea a rendere illecitamente inerte l'altrui volere ».

(16) TRANCHINA G., Ipnatismo, in *Enciclopedia del diritto*, XXII, Giuffrè, Milano.

nell'azione di colui che esplica la violenza» (17). In materia analoga la Cassazione ha stabilito d'altronde che (18) se l'errore è determinato dall'altrui inganno, del fatto commesso dalla persona ingannata deve rispondere chi l'ha ingannata e ne risponde non come di un fatto altrui ma di un fatto proprio, cioè come autore immediato di quel medesimo fatto, compiuto solo nel profilo meramente materiale dal soggetto ingannato che in realtà opera come strumento dell'altro.

Altro discorso è poi quello della concreta probabilità che la ipnosi possa essere utilizzata in modo criminoso. Mi sembra a questo proposito utile riportare alcune parole di Granone(19): «Sul terreno medico-legale, anche se da un punto di vista più teorico che pratico, questa eventualità non deve rigettarsi come vorrebbero coloro che ammettendola, temono di compromettere il buon nome dell'ipnotismo. Le difficoltà della sua attuazione pratica, sono, per buona sorte, notevoli e richiedono da una parte un criminale che sia contemporaneamente un assai esperto ipnotizzatore e dall'altra un soggetto succubo, che raggiunga gradi profondi di suggestionabilità e di ipnosi sonnambolica, come non è tanto facile incontrare. D'altro canto gli ipnotisti esperti sanno che l'amnesia derivante dall'ipnosi non è sempre assoluta; emergono spesso all'improvviso sprazzi di ricordi e questi, denunciati, possono far crollare il delitto meglio architettato con l'ipnotismo » (20).

Dopo che il presente capitolo era già pronto in bozza di stampa è stato pubblicato il resoconto stenografico del processo a carico di un ipnotista dilettante che in Australia era stato denunciato, e aveva in seguito confessato, di aver compiuto attività sessuali

(17) BETTIOL G., *Diritto Penale*, Cedam, Padova, 1969, 216.

(18) Cass. sez. V, 22 novembre 1973, VERDI, *Giust. peti.*, 1974, II, 389.

(19) GRANONE F., *Trattato*, cit.

(20) Come dice ORNE M., *Can Hypnotized Subject...*, cit., « Se l'attività di ipnotista è accuratamente vagliata, il pericolo di una attività criminosa dovrebbe essere molto ridotto. L'ipnotista dovrà vagliare e correggere se si verificano segni di problemi psicologici personali nella sua attività, per esempio: *a)* se usa l'ipnosi indiscriminatamente con tutti i suoi pazienti; *b)* se trae piacere nella induzione della ipnosi ed è poco interessato alla sua utilizzazione; *e)* se cerca di approfondire al massimo lo stato di trance dei suoi pazienti; *d)* se esperisce l'induzione di ipnosi come battaglia di volontà; *e)* se preferisce l'ipnotizzare persone che trova attraenti.

ai danni di tre donne che si erano presentate a lui come pazienti, mentre erano in ipnosi. Le donne affermavano che pur rendendosi conto della situazione non riuscivano a resistere perché erano ipnotizzate. L'imputato, la sua difesa e i suoi periti, sostenevano che non era possibile compiere atti sessuali in ipnosi se non con la partecipazione delle donne (21). L'esame delle disposizioni, per la natura stessa del contraddittorio, impedisce di scegliere tra le due posizioni, anche se è evidente il ruolo della ipnosi in questa vicenda soprattutto perché i rapporti sessuali avvenivano nella prima seduta e con grave turbamento successivo delle donne.

(21) PERRY C, Hypnotic Coercition and Compliance to it: a Review of Evidence Presented in a Legai Case, in *Int. J. din. Exp. Hypn.*, 1979, 187.



CAPITOLO XVII
APPLICAZIONI FORENSI DELL'IPNOSI

« Vi sono molte più cose in cielo e in terra, Orazio, di
quante non ne possa sognare la tua filosofia».

WILLIAM SHAKESPEARE (*Amletó*)

SOMMARIO: 1. Introduzione. — 2. Raggio di applicazione. — 3. Identificazione della simulazione di malattie. — 4. Identificazione di menzogne e controllo della verità. — 5. Ottenimento di confessioni. — 6. Superamento delle amnesie. — 7. Precisazione delle testimonianze. — 8. Indagini sul dolo. — 9. Investigazioni su crimini perpetrati per influenza ipnotica. — 10. L'opinione della dottrina giuridica italiana. — 11. Il punto di vista dell'Autore. — 12. Le risoluzioni adottate dalla Society for Clinical and Experimental Hypnosis, dal Department of Justice e da l'FBI. — 13. Applicazioni nella perizia psichiatrica diretta a stabilire la capacità di intendere e volere. — 14. Ipnoterapia e ipnoanalisi in criminologia. — 15. Terapie con l'ipnosi in vittimologia.

1. Se l'utilizzazione dell'ipnosi in medicina e psichiatria è guardata con sospetto, nella psicologia giuridica e nella psichiatria forense viene ignorata completamente. Ciò è dovuto anche alla inesatta conoscenza del fenomeno, al fatto che non si conoscono le sue possibili applicazioni in questo campo, e a difficoltà sorgenti dalla procedura penale.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto, è noto come il rispetto per i diritti dell'imputato, il quale non giura e non può essere costretto a rilasciare alcuna dichiarazione confessoria, incombendo su chi l'accusa l'onere di provarne la responsabilità, suggerisca una ovvia cautela per quanto concerne il suo esame psicologico e il suo interrogatorio in stato di ipnosi.

Infatti, anche se l'attuale Codice di Procedura Penale non contiene riferimenti espliciti all'utilizzazione dell'ipnosi come mezzo probatorio, la dottrina prevalente — come vedremo più avanti —

si dichiara assolutamente contraria all'uso dell'ipnosi sia nell'interrogatorio dell'imputato, sia in quello dei testimoni. Questo orientamento della dottrina ha trovato conferma nel progetto preliminare del nuovo Codice di Procedura Penale, dove l'art. 180, intitolato alla libertà morale della persona, recita: «Non possono essere utilizzati, neppure col consenso della persona interessata, metodi o tecniche idonei ad influire sulla libertà di autodeterminazione ovvero ad alterare la capacità di ricordare o valutare i fatti ». Questo articolo riprende una disposizione in tema di interrogatorio dell'imputato, l'art. 78, II e, c.p.p., dove si ribadisce il divieto di utilizzare qualsiasi metodo idoneo ad influire sulla libertà di autodeterminazione dell'individuo. È evidente l'intenzione del legislatore di salvaguardare la libertà morale del cittadino nei confronti di mezzi ritenuti coercitivi della libertà, privilegiando l'interesse individuale alla salvaguardia della libertà morale, rispetto a quello pubblicistico dell'accertamento della verità. La motivazione addotta a sostegno dei due articoli nella Relazione che accompagna il Progetto preliminare del Codice così motiva però: «...L'accento cade soprattutto su narcoanalisi, lie-detector, ipnosi e siero della verità, che, a giudizio della Commissione, vanno banditi dalla sede processuale *per la scarsa attendibilità* che viene loro generalmente riconosciuta ». Ecco dunque che si ripropone il tema della attendibilità delle notizie ottenute tramite ipnosi che appare un problema evidentemente diverso da quello della libertà morale dell'imputato.

D'altronde le possibili applicazioni dell'ipnosi in campo forense non sono solo volte ad evidenziare la responsabilità di un indiziato, ma a rendere più precisi i ricordi dei testimoni, e anche a valutare l'imputabilità dell'imputato. Per questo, tenendo presenti i risultati concreti ottenuti in altri Paesi grazie all'uso dell'ipnosi, ritengo comunque opportuno mostrare i possibili usi delle tecniche ipnotiche in questo campo. Independentemente dalla loro compatibilità col nostro sistema processual-penalistico, qui mi interessa esporre quali sono le possibilità che il mezzo offre, in modo che nel decidere se privilegiare le garanzie dell'imputato e del testimone, anche consenzienti all'ipnosi, alla ricerca della verità, si possa prendere posizione con cognizione di causa.

2. In campo forense l'ipnosi è stata utilizzata per i seguenti scopi:

- A) scoprire eventuali simulazioni di malattie;
- B) identificare le menzogne e controllare la verità;
- C) ottenere confessioni;
- D) suscitare ricordi di avvenimenti passati coperti da amnesia;
- E) migliorare il ricordo di avvenimenti passati;
- F) indagare sulla volontà criminosa;
- G) investigare sull'eventualità che un crimine sia stato perpetrato su istigazione di un ipnotista criminale;
- H) diagnosticare la capacità di intendere e di volere dell'imputato;
- I) quale strumento di indagine e di terapia in criminologia;
- L) come mezzo terapeutico in vittimologia.

Arons(1), Bryan(2), e Teitelbaum (3) hanno, tra gli altri, illustrato nelle loro opere le battaglie procedurali, nella giurisprudenza americana, relative all'ammissibilità dell'utilizzazione dell'ipnosi a scopi forensi. Prima che anche la giurisprudenza italiana possa pronunciarsi in proposito, è opportuno che sia informata su ciò che l'ipnosi può offrire per l'amministrazione della giustizia. Scopo di questo lavoro è di presentare con qualche commento la casistica relativa.

3. È noto come, a fini risarcitori o per evitare il servizio militare, taluni soggetti simulino malattie di vario tipo: difetti della vista, paralisi, demenza, ecc. Dorcus (4), mediante ipnosi, è riuscito ad *identificare la simulazione* di daltonismo da parte di un mari-

fi) ARONS H., *Hypnosis in Criminal Investigation*, Thomas, Springfield (IH.), 1967.

(2) BRYAN M., *Legal Aspects of Hypnosis*, Thomas, Springfield (IH.), 1962.

(3) TEITELBAUM M., *Hypnosis Induction Technics*, Thomas, Springfield (IH.), 1965, cfr. anche BREO D. L., Hypnosis in the Courtroom, in *Am. Med. News*, 1978.

(4) DORCUS R. M., *The Use of Hypnosis as a Diagnostic Tool in Hypnosis and its Therapeutic Applications*, McGraw-Hill, New York, 1956.

naio che, in una causa civile, come attore, pretendeva un risarcimento, in quanto, a suo dire, un colpo ricevuto sulla testa durante la navigazione gli aveva provocato questo tipo di disturbo che lo menomava dal punto di vista professionale. In ipnosi, contrariamente che nella veglia, egli riusciva a leggere le tavole colorate che normalmente vengono usate come test di daltonia. Alla fine il marinaio confessava la simulazione.

Lo stesso Autore racconta di aver potuto identificare una simulazione di paralisi alle gambe, inducendo il soggetto a muoverle mentre era in trance. In questo caso si poteva escludere un'isteria di conversione in quanto, ad un esame successivo, compiuto senza che il soggetto se ne accorgesse, ci si rese conto di come, in assenza di persone, egli fosse solito passeggiare per la stanza dell'ospedale.

4. Anche l'ipnosi, come il poligrafo o i vari « sieri della verità », è stata adottata per *identificare le menzogne* dei soggetti. È chiaro che tali falsità delle dichiarazioni devono essere coscienti, poiché, se così non fosse, l'ipnosi non potrebbe essere di alcuna utilità, visto che, come diceva Freud, non esiste un « segno di realtà nell'inconscio » : a quel livello agire e desiderare di agire ha lo stesso significato, tanto che l'individuo può sentirsi in colpa per il solo fatto di avere fantasticato una certa azione.

Chi ha commesso un atto che provoca un grave senso di colpa, può reprimere questa esperienza a tal punto che ricordi o stimoli associati a questa non provocano le risposte emotive consuete (5). Viceversa si è rilevato che un individuo eccessivamente ansioso anche se non realmente colpevole di un crimine può dare una risposta fuorviante al poligrafo. Germann (6) nel tentativo di dimostrare che l'ipnosi non può inficiare i risultati ottenuti con il poligrafo, indusse amnesia in soggetti colpevoli per ridurre il senso di colpa e l'ansietà. I risultati ottenuti non confermarono però le sue conclusioni, perché su quindici soggetti esaminati il poligrafo indi-

(5) BOESEN H., CHUNG C, YANG C. Y., A Lie Detector Experiment, in *J. of Criminal Law and Criminology*, 1948, 532; FLOCH M., Limitations of the Lie Detector, in *J. of Crim. Law and Criminology*, 1950, 651.

(6) GERMANN A. C., Hypnosis as Related to the Sdentine Deception by Polygraph Examination: A Pilot Study, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1961, 309.

viduò chi mentiva in soli otto casi, mentre negli altri sette non potè dare una risposta sicura.

Un altro esperimento fu compiuto da alcuni ricercatori (7) per investigare sull'efficacia dell'ipnosi nell'inficiare la validità dei risultati ottenuti con il poligrafo. Furono scelti sei studenti in base alla loro capacità ad entrare in una ipnosi profonda, e furono divisi a caso in due gruppi. Il gruppo sperimentale fu istruito ad entrare in un ufficio vuoto e a prendere delle banconote di diverso valore da un cassetto. Ogni studente fu poi ipnotizzato per creare amnesia su questo atto e per eliminare il senso di colpa associato a questa esperienza. Al secondo gruppo, benché gli studenti non avessero preso il denaro, fu detto mentre erano in trance che in effetti avevano rubato del denaro e che avrebbero provato un grande senso di colpa nel ricordarlo. Inoltre gli studenti furono istruiti a negare la loro colpa se sottoposti al test del poligrafo.

L'esperto del poligrafo giudicò colpevoli i tre studenti che in ipnosi erano stati indotti a credere di aver rubato il denaro. Per i tre studenti che realmente avevano preso il denaro non fu in grado di affermare con sicurezza se erano o no colpevoli del fatto. Quando gli autori dell'esperimento sollecitarono una risposta più precisa, egli affermò che gli studenti probabilmente avevano preso i soldi, anche se non ne era certo al punto da poterlo provare.

In questo caso infatti non solo i soggetti innocenti furono considerati colpevoli, ma i colpevoli non poterono essere considerati tali con certezza. È concepibile secondo gli autori che un fenomeno del genere possa ricorrere anche in soggetti che non sono stati ipnotizzati.

Recentemente (8) le discordanze tra una risposta ideomotoria in trance e le risultanze del lie detector sono state evidenziate in un caso concreto. Una ragazza aveva partecipato col suo ragazzo all'omicidio di due persone per questioni di droga. La versione da lei data alla Polizia, presentandosi spontaneamente, era che il suo

(7) WEINSTEIN E., ABRAMS S., GIBBONS D., The Validity of the Poligraph with Hypnotically Induced Repression and Guilt, in *Amer. J. Psychiat.*, 1970, 143.

(8) MUTTER C, Regressive Hypnosis and the Polygraph: A Case Study, in *Am. J. of Clinical Exp. Hypnosis*, 1979, 47. Questo caso è interessante anche perché descrive accuratamente la tecnica ipnotica utilizzata per scoprire eventuali menzogne.

ragazzo, fuggito dopo i fatti, aveva ucciso il trafficante — senza previo accordo con lei — nonché una ragazza che era nella casa, la cui presenza era stata segnalata al suo *ragazza* dall'indiziata stessa. Il procuratore distrettuale le aveva promesso l'impunità se avesse potuto dimostrargli la sua estraneità agli omicidi. Si sottomise così ad un esame poligrafico, da cui risultò che l'indiziata era colpevole dell'omicidio della ragazza. Successivamente però, associando una risposta ideomotoria (il dito si sarebbe sollevato automaticamente quando avesse mentito) alla risposta al poligrafo, se ne dedusse che l'indiziata si sentiva colpevole dell'omicidio della ragazza, ma non lo aveva compiuto.

Floch(9) afferma che un atto, giudicato disdicevole da chi lo compie, può essere represso fino al punto che colpa ed ansietà associate con l'atto non possono essere scoperte dal poligrafo. E lo stesso fenomeno si riscontra anche nell'ipnosi dove, se la menzogna non è a livello cosciente, non può essere individuata e viceversa un soggetto che ha solo immaginato di aver compiuto certi atti può riferirli in ipnosi come se li avesse effettivamente compiuti.

L'ipnosi, oltre che per le menzogne raccontate per difendersi, per incolpare, ecc, può essere utilizzata anche per evidenziare taluni casi di pseudologia fantastica, in cui il racconto di una falsità serve da un lato a scaricare la tensione psichica derivante dalle richieste dalla fantasia, dall'altro a proteggersi dalla effettiva realizzazione. Il comportamento pseudologico si riduce a questa formula inconscia : « Se è possibile che qualcuno creda questa cosa non vera, come vera, allora è possibile che i pensieri veri che mi disturbano non siano veri ». Ciò perché, a questo livello psicologico, asserire qualcosa di falso significa negare qualcosa di vero. È chiaro che se la pseudologia fantastica ha una base fortemente isterica, è possibile che l'individuo non sia cosciente del proprio mentire; in questi casi non mi sembra che l'ipnosi possa essere di alcun aiuto.

Attraverso suggestioni in trance o post-ipnotiche, si possono creare delle reazioni, distinguibili dallo sperimentatore, ogni volta che il soggetto mente coscientemente. Per esempio gli si può dire

(9) FLOCH M., *op. cit.*

che, ogni volta che si accorgerà di mentire, la sua mano si chiuderà automaticamente a pugno. La possibilità di condizionare in questo senso è facilmente sperimentabile da chiunque, anche senza arrivare a livelli profondi di trance.

Ad un soggetto cui si dia un pendolo da tenere e si dica che ogni volta che egli pensi che la risposta ad una certa domanda sia «sì» il pendolo si debba muovere in direzione Nord-Sud, e che ogni volta che egli pensi che la risposta sia «no» il pendolo si debba muovere in direzione Est-Ovest, si può facilmente aggiungere una suggestione per la quale, in caso di tentativo di menzogna, il pendolo cominci a girare in cerchio. In molti casi questo sistema permette di evidenziare la menzogna.

In altra occasione (10) ho cercato di mostrare come talune false accuse da parte di donne, di avere subito aggressioni sessuali, possano derivare da una pseudologia fantastica, in cui proiettano il loro desiderio di avere rapporti sessuali con l'altro. Arons (11) descrive come riuscì ad accertare, tramite ipnosi, che un'accusa di tal genere era calunniosa. L'ipnotista veniva consultato da un medico amico, accusato da una donna di quarantacinque anni, che egli aveva in cura, di comportamento seduttivo nei suoi confronti mentre ella si trovava in stato di ipnosi. Il medico tuttavia garantiva la propria innocenza. L'ipnotista consultato ascoltò la registrazione delle due sedute iniziali, dopo le quali il medico, sicuro della stabilità emotiva della paziente, non aveva più effettuato registrazioni. L'accusato assicurava che ogni seduta si era svolta con la massima correttezza professionale e sottolineava di essersi comportato con la paziente in modo formale, rifiutando anche di chiamarla per nome quando ciò gli era stato domandato dalla paziente stessa, declinando inoltre gentilmente alcuni inviti mondani da lei rivoltigli.

Arons ricorse quindi ad una seduta ipnotica, presente l'avvocato nello studio del medico. La donna sembrava ansiosa di essere

(10) GULOTTA G., Le vittime di aggressioni sessuali, in ERMENTINI A., GULOTTA G., *Psicologia, psicopatologia e delitto*, Giuffrè, Milano, 1971, 217.

(11) ARONS H., *op. cit.*; cfr. anche COLLISON D. R., A Case of Alleged Rape under Hypnosis, in *Australian J. of Clin. Hypnosis*, 1977, 73, che riguarda una sentenza di condanna a 15 anni inflitta ad un ipnotista accusato da una donna di averla sedotta in ipnosi. In appello la Corte annullò la condanna.

ipnotizzata per provare l'autenticità della sua storia. L'ipnotista eseguì test di vario genere (il soggetto era in posizione eretta, ma rilassata, gli occhi chiusi ed eseguiva movimenti di tipo ideomotorio richiesti): la donna si dimostrò particolarmente suggestionabile. Completati i preliminari, l'ipnotista si preparò a deipnotizzare il soggetto suggerendogli prima: «lei non si ricorderà di nulla di ciò che è accaduto durante la seduta, ma il suo dito indice si contrarrà quando io toccherò il suo posto, o quando conterò fino a tre, o quando mentirà ».

L'interrogatorio della paziente allo stato di veglia non si differenziò dai precedenti interrogatori : le risposte vennero date con lo stesso candore e la stessa prontezza. Tuttavia, ogni volta che la risposta aveva a che vedere con le presunte aggressioni sessuali, il suo dito indice si contraeva violentemente.

Schneck(12) ha anche utilizzato l'ipnosi per controllare la veridicità della ritrattazione di una confessione. Il suo paziente, uno studente che era stato espulso dall'università per aver confessato un furto di denaro a danno dei colleghi, ritrattò in seguito tale confessione sostenendo che era falsa. L'indagine psicologica, in ipnosi, mostrò come questa falsa confessione fosse stata fatta, da un lato quale segno di ostilità verso il padre, allo scopo di farlo soffrire, dall'altro per tacitare inconsci sensi di colpa di origine edipica, infine per rendersi utile e generoso nei confronti di qualcuno (il vero responsabile).

Arons racconta di un caso molto significativo di utilizzazione dell'ipnosi per controllare la veridicità di una testimonianza, che valse ad escludere gravi responsabilità per due individui.

L. Beaudry venne ucciso il mattino di Pasqua del 1951 con quattro colpi di rivoltella, mentre si trovava seduto alla scrivania della sua stazione di servizio. La moglie ed un amico, in un primo tempo sospettati, vennero rilasciati per mancanza di prove: il caso giaceva insoluto. Nel 1957 venticinque individui sospetti vennero sottoposti ad interrogatori con la macchina della verità. Due di essi, un uomo e una donna, furono tratti in causa, ma ulteriori test a loro riguardo risultarono inconcludenti: la donna, sottoposta al po-

(12) SCHNECK J., Hypnoanalytic Study of a False Confession, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1967, 11.

ligrafo, si sentì male e l'uomo, apparentemente cooperativo, asseriva di aver ottenuto talune informazioni che aveva rilasciato, per esempio circa il punto di convergenza di tre strade in cui la stazione di servizio si trovava (e l'uomo negava di esservi mai stato), tramite « visioni » e sogni. Entrambi comunque negavano alcun rapporto con l'azione delittuosa. Il 27 marzo 1960 l'indiziato in una seduta in narcosi, risultò colpevole dell'uccisione, ma, durante il successivo interrogatorio negò tale responsabilità. Nel dicembre del 1961 si consultò un ipnotista, il quale, ascoltando la registrazione dell'interrogatorio in narcosi, rilevando dei dettagli ambigui e poco convincenti, accettò di ipnotizzare ed interrogare il soggetto, il quale si dimostrava però, con grande sorpresa di tutti, « non cooperativo». Si sottopose allora ad interrogatorio la donna, la quale però dichiarò di essere soggetta da qualche settimana a costanti attacchi d'asma; le sue crisi risultarono infatti così violente da impedire qual-siasi forma di dialogo. Le si propose di lasciarsi ipnotizzare, ma, nonostante il suo consenso e la sua collaborazione, nessuna tecnica di rilassamento raggiunse lo scopo. Ad un certo punto però la donna smise spontaneamente di tossire, l'ipnotista le disse che era l'effetto ritardato delle precedenti incomplete induzioni; la donna fu così facilmente ipnotizzata ed in questo stato rispose ad un interrogatorio molto articolato che pose in chiara luce la sua più completa innocenza e di conseguenza anche quella dell'uomo con lei indiziato.

5. A parte le perplessità tecniche esposte da Orne(13), e le indubbe difficoltà procedurali cui si è accennato, l'ipnosi, afferma Arons(14), può essere utilizzata per *ottenere confessioni* in materia criminale, come negli esempi che seguono.

L'8 maggio 1963 fu trovato, nei boschi presso Teaneck, il corpo mutilato e privo di vita di un bambino di sette anni. Gli indizi convergevano sulla madre, che cadeva in molte contraddizioni, in un primo tempo non sospettata: il conducente di un autobus dichiarò di averla vista in prossimità del luogo di rinvenimento del

(13) ORNE T., The Potential Use of Hypnosis in Interrogation, in BINDERMAN A., ZIMMER H., *The Manipulation of Human Behavior*, Wiley, New York, 1961, 169.

(14) ARONS H., *op. cit.*

cadavere; il rapporto di un ospedale psichiatrico attestava che era rimasta internata per quattro anni durante l'adolescenza; un altro figlio minore dell'indiziata era morto soffocato in un sacco di plastica. La donna fu sottoposta a due sedute in ipnosi alla presenza del suo difensore.

Nella prima seduta l'ipnotista mise a suo agio il soggetto, dissipandone l'ansia e l'apprensione per mezzo di una tecnica di rilassamento. Nella seconda seduta l'indiziata, in ipnosi, cadde in uno stato di agitazione e di evidente iperemotività dichiarando di «voler sapere». Così, con l'aiuto dell'ipnotista, i fatti vennero alla luce. La donna aveva ucciso il figlio accidentalmente, durante una passeggiata nei boschi. Aveva sollevato una grossa pietra con l'intenzione di procurarsi un sedile che però le era sfuggita di mano, colpendo il figlio sul capo. Fuggita in un primo tempo dal luogo dell'incidente, vi era ritornata in seguito, armata di coltello, con il quale aveva mutilato il corpo del bambino, per far credere che fosse opera di un maniaco, forse in preda ad un grave senso di colpa per aver ricollegato questo nuovo incidente con la morte del primo figlio. La donna decise poi di confermare il tutto alla polizia che ritrovò il macigno e ricostruì la dinamica del delitto così come da lei confessato.

Il secondo caso riguarda invece l'omicidio di una donna, Ruth Downing, uccisa a coltellate il 2 febbraio 1956. L'imputato W. G. in stato di completa amnesia, appariva ansioso di cooperare, così venne affidato all'ipnotista Dott. Acroy. Questi avendo posto il soggetto in profondo stato di trance, lo fece regredire fino al giorno del delitto. Tuttavia, dopo aver riferito alcuni dettagli riguardanti l'incontro avuto con la vittima in un bar, il paziente cadde in uno stato catalettico. Venne allora interrogato in condizioni di veglia, senza che gli fossero state indotte suggestioni post-ipnotiche. Il soggetto confermò i particolari forniti in ipnosi e confessò poi di aver ucciso la vittima, in un luogo solitario, poiché essa si rifiutava di commettere un atto sessuale contro natura che egli le aveva richiesto.

La procedura ipnotica in questo caso venne accettata processualmente in quanto l'ipnosi era servita solamente allo scopo di risolvere l'amnesia tanto che l'indiziato aveva fornito la propria con-

fessione essendo nel pieno possesso delle proprie facoltà, non essendo soggetto ad alcun tipo di suggestione post-ipnotica rivolta ad ottenere la confessione stessa. La sentenza lo dichiarò poi non imputabile.

Field e Dworkin(15) si sono chiesti se è possibile che un soggetto ipnotizzato riesca a nascondere delle informazioni a chi lo interroga, se ci sono tecniche e modi di interrogare più efficaci di altri e se il grado di ipnotizzabilità di un soggetto è in diretta correlazione con la sua incapacità a resistere all'interrogatorio in trance. Si sono chiesti in definitiva quanto è valida l'informazione ottenuta con l'ipnosi.

A questo fine hanno condotto un esperimento su 35 studenti volontari che non avevano mai partecipato a sedute di ipnosi. Gli studenti furono divisi in due gruppi: 26 furono assegnati ad un gruppo sperimentale e 9 ad un gruppo di controllo. I soggetti di quest'ultimo gruppo si limitarono a leggere le tecniche di interrogatorio e ad indovinare come avrebbero risposto se fossero stati interrogati in ipnosi. Gli altri 26 soggetti scelsero un numero che dovevano ricordare con l'ordine di non rivelarlo assolutamente all'ipnotista ma di collaborare per tutto il resto e di lasciarsi ipnotizzare.

L'ipnotista usò tre metodi diversi per scoprire il numero celato:

1) metodo del « discorso automatico » : al soggetto fu detto di immaginare che il numero si stesse muovendo nella sua bocca e che l'avrebbe pronunciato anche suo malgrado appena avesse raggiunto le labbra;

2) metodo della scoperta della menzogna: al soggetto fu detto che avrebbe fatto un movimento rivelatore, del tutto automatico ed involontario, quando l'ipnotista avesse detto il numero giusto;

3) metodo dell'imposizione del senso di colpa: al soggetto fu ricordato che da bambino aveva fatto cose cattive e che per questo si sentiva in colpa, ma che si sarebbe sentito sollevato dopo aver rivelato il numero.

(15) FIELD P. B., DWORKIN S. F., Strategies of Hypnotic Interrogation, in *J. of Psychology*, 1967, 47 s.

Il 23% dei soggetti, cioè 6 su 26, rivelò il numero, gli altri riuscirono a tenerlo nascosto con successo.

Varie conclusioni furono tratte da questo esperimento. La prima è che tra le tre tecniche usate la più difficile a cui resistere era quella della scoperta della menzogna, la più facile quella dell'imposizione del senso di colpa. Per gli autori una possibile spiegazione di questi risultati è che la tecnica della scoperta della menzogna fa uso di risposte involontarie ed automatiche, mentre le altre tecniche coinvolgono dei processi volontari e consapevoli. Perciò tecniche non appropriate non superano le resistenze per quanto sia profonda l'ipnosi o suscettibile il soggetto.

Bisogna anche ricordare che 5 dei 26 soggetti cercarono di ingannare l'ipnotista dando delle risposte sbagliate, di solito con il metodo della scoperta della menzogna, ed ebbero tutti successo nell'ingannarlo soprattutto quando sembravano riluttanti a rivelare l'informazione. Altra conclusione è che l'interrogatorio in trance può superare la volontà conscia di resistere, ma soprattutto in soggetti profondamente ipnotizzati.

Infatti i 6 soggetti che rivelarono l'informazione avevano in base alla scala Stanford, punti più alti di sensibilità ipnotica, rispetto agli altri che non rivelarono l'informazione. Gli autori fanno presente che in situazioni giudiziarie i testimoni e le persone sospette non vengono certamente scelte in base al grado di ipnotizzabilità ed inoltre possono avere molti motivi per opporre resistenza, perciò nelle investigazioni criminali sarebbe essenziale valutare la possibilità di resistenza e di inganno da parte dei soggetti, il grado di ipnotizzabilità e la profondità della trance.

Altro dato interessante risultato dall'esperimento fu che l'89% dei soggetti di controllo, che avevano solo letto gli interrogatori, era sicuro che avrebbe rivelato il numero se fosse stato interrogato in ipnosi. Previsione completamente errata se confrontata con i risultati ottenuti con il gruppo sperimentale, ma indicativa del fatto che la maggior parte della gente sopravvaluta la potenza dell'ipnosi e sottovaluta la capacità di resistere dei soggetti ipnotizzati.

Perciò, come suggeriscono Estabrooks(16) e Orne(17), dato

(16) ESTABROOKS G. H., *op. cit.*

(17) ORNE T., da ult. *cit.*

che la maggior parte dei soggetti non sa quanto facilmente sarebbe in grado di resistere, è molto probabile che una minaccia di interrogatorio in ipnosi sia più efficace della sua reale utilizzazione.

Quasi sempre l'ipnosi non offre da sola uno strumento definitivo per accertare i fatti. In un caso di omicidio Kroger ipnotizzò una ragazza di 17 anni che sembrava fosse stata testimone dell'uccisione di una ragazza di 15 anni (18). Quest'ultima fu trovata morta in un ruscello pugnalata e la Polizia non trovò nessun indizio. La testimone acconsentì a farsi ipnotizzare sia per superare l'amnesia, sia per avere un alibi per il luogo dove si trovava. Fu così regredita al giorno del crimine e fu capace di ricordare gli avvenimenti, ora per ora, fino al momento del crimine. Disse allora che aveva avuto un litigio con la vittima per un ragazzo e descrisse la scena in cui avevano tentato di ferirsi a vicenda con un coltello, dando molti altri dettagli e la posizione approssimativa dell'arma. In seguito la ragazza ritrattò la sua deposizione e Margolin e Sinoway, i suoi avvocati, sostennero che questa era una « confessione indotta ipnoticamente ». L'impressione di Kroger è invece che la dichiarazione della ragazza possa essere stata una « confessione volontaria in cui l'ipnosi fornisce semplicemente l'occasione per la dichiarazione ».

Orne(19) riguardo a questi casi sostiene che l'ipnosi non può essere attendibile per ottenere la verità da persone riluttanti. Anche se è possibile ipnotizzare qualcuno senza la sua volontà, è provato che questi può mentire intenzionalmente. È anche riconosciuto che dei soggetti, pur avendo accettato l'ipnosi volontariamente possono ricordare versioni distorte dei fatti realmente accaduti, accompagnando questi ricordi con segni esteriori di convinzione che possono ingannare gli altri.

In un altro caso molto recente l'ipnosi fu usata per « aiutare » la memoria dell'imputata a ricostruire l'effettivo svolgimento dei

(18) KROGER W. S., *Clinical and Experimental Hypnosis*, Lippincott Company, 1977, 112 s.; MARGOLIN E., SINOWAY R. M., Hypnotically Induced False Confession to Murder: Preliminary Questions Regarding Consent, Admissibility in Evidence and Other Legal Issues, in *Forum*, 1976, 3, la.

(19) ORNE M. T., *ibid.*

fatti (20). Il mattino dell'11 ottobre 1975 il marito di B. G., da cui viveva separata, uscì barcollando da casa e cadde morto nel cortile antistante. Un amico della donna, Bill Smith, affermò di essersi trovato quella mattina nei paraggi della casa di B. G. e di aver visto il marito irrompere in casa. Secondo la sua deposizione anch'egli entrò e si mise a lottare con l'uomo mentre B. G., andata in un'altra stanza, tornò con un revolver e sparò al marito. La donna confermò completamente questa versione dei fatti, ma gli inquirenti rimasero scettici circa la sua confessione e le dichiarazioni del suo amico. Uno psichiatra che esaminò la donna diagnosticò che B. G. soffriva di nevrosi isterica e suggerì di sottoporla a trattamento ipnotico. I suoi avvocati la condussero dal Dott. Scott che accettò di ipnotizzarla e riuscì ad ottenere una buona trance ipnotica.

Alla donna furono poste tre domande:

1) chi sparò a tuo marito? Risposta: «il suo amico Bill Smith»;

2) cosa avevi in mano quando sentisti il colpo di pistola? Risposta: « niente »;

3) perché hai detto di aver sparato a tuo marito? Risposta: «per paura ».

B. G. disse che subito dopo aver udito il colpo della pistola Smith urlò: «Perché hai sparato a...? (nome del marito) perché gli hai sparato? ».

Gli avvocati notarono che dopo il trattamento ipnotico la donna, che per mesi aveva dichiarato di aver ucciso il marito, cominciò a manifestare dei dubbi di averlo fatto. Gli avvocati di B. G. ottennero che il Dott. Scott ipnotizzasse l'imputata anche in aula, essendo convinti che i giurati erano in grado di valutare una sessione ipnotica; il giudice di prima grado però non fu d'accordo. Infatti permise alla giuria di rimanere in aula quando il Dott. Scott venne introdotto e qualificato come perito, ma proprio prima dell'induzione ipnotica dell'imputata il giudice chiese che la giuria lasciasse l'aula. Gli avvocati della difesa facendo ipnotizzare B. G. compivano un'« offerta di prova » (che è una procedura con cui l'accusato

(20) SCOTT E. M., Hypnosis in the Courtroom, in *Am. J. of Clinical Hypnosis*, 1977, 3.

prepara del materiale per la Corte d'Appello che servirà eventualmente per verificare la decisione del giudizio di primo grado). Alla donna furono poste in aula le stesse tre domande e si ebbero le stesse risposte avute in precedenza. I suoi avvocati fecero rilevare che questo caso differiva dagli altri in cui l'ipnosi non era stata ammessa come mezzo di difesa, perché la memoria dell'imputata era stata recuperata solo parzialmente con l'ipnosi. Il Dott. Scott sottolineava inoltre che egli non aveva stimolato né la fantasia della donna né la sua immaginazione, ma tramite l'ipnosi si era limitato ad eliminare l'inibizione dovuta alla paura. La donna fu dichiarata innocente dalla giuria; gli avvocati furono dell'opinione che il sapere dell'utilizzazione dell'ipnosi in aula ebbe rilievo nel risultato anche se la giuria non aveva assistito all'interrogatorio in trance.

Nel settembre del 1976 Kroger (21) fu chiamato come perito davanti al Gran Giurì Federale, per dare il suo parere su di un omicidio avvenuto in una prigione. Egli usò l'ipnosi per superare l'amnesia provocata dalla paura utilizzando varie tecniche, come la regressione d'età e la distorsione temporale. Il soggetto era stato obbligato da un altro detenuto, capo di una banda all'interno della prigione, ad uccidere il suo migliore amico che non aveva pagato della droga. Egli però non ebbe il coraggio di ucciderlo, anzi lo ferì solo superficialmente e poi fuggì, ma altri prigionieri presenti lo finirono con 13 coltellate. Per la paura l'uomo si ricordava solo di qualcuno dei detenuti presenti ma non di tutti. Sottoposto ad ipnosi ricordò i nomi di tutti i presenti e la registrazione delle sue dichiarazioni fu ascoltata dal Gran Giurì ed insieme ad altre prove servì per incriminare e condannare tutti gli altri assassini.

Processualmente dunque, sia pure con molta cautela ed eccezioni, l'ipnosi è stata più volte utilizzata dalla magistratura americana (22).

(21) KROGER W. S., *op. cit.*

(22) L'esame più completo della casistica giudiziaria in tema di utilizzazione processuale dell'ipnosi si trova in WORTHINGTON T., The Use in Court of Hypnotically Enhanced Testimony, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 402, e in WARNER K., The Use of Hypnosis in the Defense of Criminal Cases, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 417; OLINGER (OLINGER L. fi., The Use of Hypnosis as an Aid to Psychodiagnosis, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1967, 84) ha usato l'ipnosi per superare l'amnesia con delle persone coinvolte in un incidente stra-

6. L'amnesia e altri scompensi della memoria costituiscono un grave problema per la investigazione giudiziaria. Scarsa memoria e amnesia non sono la stessa cosa: la prima può essere dovuta ad elementi individuali e caratteristici, l'amnesia è invece un disordine psicologico, che può verificarsi anche in soggetti dotati di ottima memoria. Essa è spesso dovuta a « shock » risici o emozionali, a volte è prodotta dall'abuso di bevande alcoliche o di sostanze stupefacenti, a volte ancora si verifica in varie forme di psicopatologia. L'ipnosi è stata utilizzata come strumento per *migliorare la memoria e superare l'amnesia*.

I casi che seguono ne offrono una dimostrazione (23).

Il primo caso riguarda una rapina, effettuata nell'estate del 1959 a Summerville N.Y. Un bambino, che era stato testimone del crimine, venne interrogato dalla polizia, alla quale fornì solo alcuni dettagli riguardanti la persona del rapinatore e le prime due cifre della targa dell'auto usata da questi per fuggire. Il bambino venne sottoposto ad ipnosi con l'intento di ottenere l'intero numero della targa. Risultò suggestionabile ed eseguì istantaneamente gli ordini impartitigli dall'ipnotista. Questi cercò così, con tecniche svariate, di allentare la tensione che riteneva causa della confusione mentale del ragazzo.

Il risultato venne raggiunto gradualmente, ottenendo una normale velocità verbale del soggetto, che fornì, a questo punto, nuovi particolari circa la persona del rapinatore, ed evitando, per il momento, domande riguardanti le cifre della targa dimenticate. Infine l'ipnotista decise di tentare un esperimento di tipo allucinatorio: chiese al ragazzo di immaginare una lavagna, coperta in parte da una pezza di stoffa, e, al suo segnale, di togliere questo ostacolo immaginario che gli impediva la visione di tutta la lavagna: in quel momento il soggetto doveva dire che cosa vedeva sulla parte di lavagna precedentemente coperta: l'esperimento riuscì ed

dale nella causa Kline e Selby v. Ford Motor Company (523 F 2nd 1067, 9th Circuit, Sept. 22, 1975). La Corte che doveva decidere se l'ipnosi fosse o meno ammissibile decretò che: «Anche se come mezzo per "aiutare" la memoria è insolito, agli effetti legali questa situazione non è diversa da quella in cui un teste afferma di ricordare degli eventi, che prima non riusciva a ricordare, dopo la lettura di un certo documento ». (23) ARONS H., *op. cit.*

il ragazzo « lesse » sulla lavagna il numero completo della targa, le cui prime due cifre corrispondevano a quelle già riferite alla polizia. Il giorno seguente l'auto usata del rapinatore venne identificata.

Anche Dorcus(24) racconta come con l'aiuto dell'ipnosi sia riuscito ad ottenere deposizioni più dettagliate da testimoni parzialmente amnesici. Uno di questi casi riguarda una rapina ad una banca. Una donna stava guidando su una strada con molto traffico quando improvvisamente una macchina tentò di immettersi nel traffico tagliandole la strada; lei però non lasciò libero il passaggio e venne insultata dal conducente dell'altra auto. La donna annotò mentalmente la targa dell'auto decisa a esporre i fatti alla polizia, cosa che poi non fece. Quando qualche giorno dopo lesse della rapina, si ricordò dello strano comportamento di quell'uomo e si presentò alla polizia per riferire ciò che era successo, ma non riuscì più a ricordare né il numero di targa, né la descrizione dell'auto. In ipnosi la donna ricordò sia la targa sia altri dettagli utili per l'identificazione dei rapinatori.

In un altro caso l'ipnosi fu utilizzata con un ragazzo sospettato di omicidio. Egli si sottomise volontariamente sia al test del poligrafo che all'ipnosi per riuscire a ricordare qualcosa che potesse chiarire il caso.

Dopo qualche ora si ottennero delle informazioni circa il colore di un autocarro e i rapporti tra il ragazzo ed il conducente di un autocarro, che furono utilizzate dalla polizia per risolvere il caso (25).

Un altro caso riguarda una rapina, effettuata il 19 marzo 1962 in un supermercato del New Jersey, e anche allora si cercò con l'ipnosi di ottenere l'esatto numero di targa dell'auto dei banditi.

(24) DORCUS R. M., Recali Under Hypnosis of Amnesic Events, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1960, 57 s. Per un'utilizzazione dell'ipnosi allo scopo di superare un'amnesia da incidente stradale cfr. SPAGGIARI G., Riabilitazione della memoria e riordinamento della scrittura in pazienti con amnesia post-traumatica risolta mediante ipnosi terapia, in MOSCONI G., WEILBACHER R. (a cura di), *op. cit.*, 195.

(25) L'ipnosi come mezzo per ottenere testimonianze più precise è stata utilizzata anche in Australia: nel 1973, infatti, in un caso di incendio doloso una testimonianza avvenuta in ipnosi è stata presentata alla Corte Suprema di quel paese. Cfr. GRANT G., Hypnosis in Criminal Investigation, in *Australian J. of Clin. Hypnosis*, 1977, 65.

Il derubato, un giovane di trentanni, riferendo i dettagli del crimine, ricordava che i due rapinatori erano uomini di colore e che avevano avuto difficoltà nell'awiare il motore della loro auto, cosa che gli aveva permesso di leggere il numero della targa. Nella sua affannosa corsa verso il posto di polizia egli si era ripetuto mentalmente di continuo il numero letto e lo aveva poi riferito all'ufficiale che aveva raccolto la denuncia. Il numero riferito non risultò però corrispondente ad alcuna targa.

Venne allora richiesto l'intervento di un ipnotista in un nuovo interrogatorio; dalla sessione emersero nuovi elementi: la pistola puntata contro il soggetto e «tenuta in modo strano», il modo di muoversi «agitato» del soggetto stesso nella sua corsa verso il commissariato, il colore dell'auto, l'aspetto fisico dei banditi...

Tuttavia nemmeno l'ipnosi poté in questo caso eliminare la confusione esistente circa il numero della targa e si concluse quindi che il soggetto aveva letto male il numero. Pur non avendo quindi raggiunto lo scopo, l'ipnosi tuttavia si dimostrò anche in questo caso, di grande utilità, avendo consentito al soggetto di ricordare molti dettagli assai utili al proseguimento delle indagini. In particolare si poté accertare che effettivamente uno dei rapinatori impugnava la pistola in «modo strano», poiché egli stesso, arrestato il 27 marzo, dichiarò di essersi servito di un'arma giocattolo che teneva parzialmente celata nel palmo della mano.

In una rapina compiuta in un bar, con l'ipnosi si ottenne che un testimone, la cameriera, ricordasse particolari circa la tessera di una associazione che il rapinatore, da lei riconosciuto, le aveva mostrato giorni prima quando era andato nel bar come cliente.

L'ipnosi è stata utile in un caso all'avvocato difensore per superare l'amnesia del suo assistito, imputato di omicidio premeditato, col risultato di riuscire a ricostruire esattamente le modalità del fatto ottenendo in sentenza una degradazione della imputazione. (Cornell v. Superior Court of S. Diego 52 Cal. e 2nd. 99, May 1958).

P. Le Clair Conrey era imputato d'aver ucciso Maria Martin ma non riusciva a ricordare nulla di ciò che era successo la notte

del delitto essendo stato ubriaco. Gli elementi evidenti per l'inchiesta erano:

1) il corpo di Maria Martin trovato in un terreno solitario, in una fossa profonda circa 12 pollici;

2) il suo vestito era arrotolato sopra i fianchi, le mutande erano a circa dieci piedi dal corpo; le scarpe grosse e pesanti erano ancora ai piedi;

3) la donna portava i bigodini; un bicchiere di cocktail rotto giaceva a circa cinque piedi;

4) una ferita grave sul mento della vittima e graffi sulle parti inferiori del corpo, insieme a tracce di ruote; le stesse tracce proseguivano fino all'uscita del terreno solitario.

Successivamente le ruote vennero identificate come quelle dell'auto appartenente a P.L. Conrey, auto sopra cui all'esterno, dopo un esame, vennero trovati dei capelli ed un pezzo di cranio appartenenti alla vittima. Agli inquirenti Conrey dichiarò al dibattimento di avere ricevuto l'assegno del suo stipendio e, dopo averlo incassato, di essere andato in un bar a bere. I suoi ricordi circa quella sera si arrestavano alle ore due, per riprendere all'indomani allorquando si trovò in una strada, nella sua auto mal parcheggiata, subito prima di decidere di andare a casa a dormire.

Per ottenere che Conrey venisse ipnotizzato ebbe luogo una vera battaglia legale, con esito positivo, tra l'avvocato difensore ed il Procuratore Distrettuale. Al termine della prima seduta, Conrey si dichiarò scettico nei confronti dell'ipnosi che definiva una «bagatella». Durante la seconda seduta si stabilì un buon rapporto, tanto che il soggetto espone i fatti accaduti con il metodo della scrittura automatica (tre sedute di scrittura, 15 pagine di materiale). L'intera difesa venne basata su questo materiale, da cui emerse che la Martin incontrò occasionalmente Conrey, che si ferì accidentalmente e gravemente cadendo con un bicchiere da cocktail che aveva in mano nel quale aveva messo le proprie mutandine mentre usciva per urinare, in un terreno solitario in cui i due si erano recati in auto, in stato di ubriachezza. Mentre la donna giaceva ferita ed incosciente in una fossa poco profonda vicina all'auto, l'uomo si risvegliò dal sonno, in cui era caduto appena fermata l'auto e, credendo che la donna se ne fosse andata, mise in moto

e ripartì senza accorgersi di passar sopra al corpo di M. M., svenuta e giacente nella fossa. Indagini successive dimostrarono l'attendibilità di questa versione, tanto che l'imputato fu condannato a cinque anni per « omicidio di secondo grado » (26) (27).

In un caso più recente (28) la polizia richiese l'aiuto del Dr. Reiser per utilizzare l'ipnosi in indagini su un omicidio. Questo caso era diverso da altri perché la donna aveva bevuto e si era drogata prima che il crimine fosse commesso. La testimone era tesa ed ansiosa, quando iniziò la seduta dichiarò di non sapere niente dell'ipnosi, ma ribadì la sua volontà di essere ipnotizzata per poter collaborare all'indagine. Per riuscire a stabilire un rapporto con lei e per disperdere dubbi e paure, le fu spiegato cosa fosse l'ipnosi e quali fossero i suoi effetti. Le fu detto anche che la mente umana è come una macchina da presa che registra ogni avvenimento e lo « deposita » nella memoria, ma può « richiamarlo » in ipnosi. Dopo di che la donna fu ipnotizzata. Reiser le chiese se guardava abitualmente la televisione e alla sua risposta affermativa le chiese di immaginare di essere seduta sulla sua poltrona preferita a guardare un film su ciò che era accaduto la notte dell'omicidio. La donna cominciò a parlare lentamente dicendo ciò che lei ed il suo amico avevano fatto finché qualcuno aveva suonato alla porta ed era entrato. A questo punto le fu suggerito che alla televisione stavano inquadrando un primo piano dell'uomo. La donna descrisse un uomo alto, magro coi baffi e barba, di circa vent'anni, e diede altri dettagli sul suo aspetto e sul suo abbigliamento. Inoltre disse che la vittima si era comportata come se conoscesse bene il ragazzo e che infatti lo aveva seguito subito fuori di casa. Dopo di che lei aveva sentito degli spari e chiamato la polizia. Con i dettagli forniti dalla donna il disegnatore della polizia riuscì a fare un dettagliato identikit e la seduta fu sospesa. Successivamente l'uomo fu identificato e la descrizione data dalla donna gli si adattava perfettamente. Risultò in seguito che quest'uomo non aveva sparato alla vittima ma l'aveva solo attirata fuori di casa dove due compiaci

(26) ARONS H., *op. cit.*

(27) BRYAN M., *op. cit.*

(28) REISER M., Hypnosis as an Aid in a Homicide Investigation, in *Am. J. of Clinical Hypnosis*, 1974, 84 .

lo aspettavano per rapinarlo, ed era uno di questi che aveva sparato.

In un altro caso (Regina W. Pitt del 1967) (29) una donna imputata di aver tentato di uccidere suo marito che aveva completa amnesia sui fatti, fu ipnotizzata davanti alla giuria (è questo l'unico caso in cui l'ipnosi sia stata usata direttamente davanti ai giudici popolari) con l'istruzione postipnotica di ricordare al suo risveglio tutti gli eventi relativi al crimine. La cross examination successiva consentì di escludere la premeditazione.

In un'altra occasione (People versus Shelley, 1973) (30) un imputato di due omicidi presentava totale amnesia non solo sui fatti, ma anche sulla successiva confessione resa alla Polizia. Attraverso l'ipnosi non fu possibile vincere l'amnesia circa l'omicidio, ma con la rivivificazione ipnotica l'imputato drammaticamente, transidentificandosi nei poliziotti che lo interrogavano, riproduceva il clima dell'interrogatorio come particolarmente violento e coercitivo. Il risultato fu un « plea bargain » particolarmente favorevole all'imputato.

7. Come già è stato accennato, l'ipnosi può essere positivamente impiegata anche per ottenere una *maggior precisione e quantità di dettagli da parte dei testimoni* di un crimine che spesso sono per varie ragioni imprecisi (31).

Attualmente la testimonianza giudiziale si basa su una serie di « come se » che ne costituiscono il supporto. Il giudice valuta la deposizione del teste oculare « come se » fosse in grado di valutare la distanza e la direzione degli oggetti, « come se » fosse in grado di valutare le emozioni altrui... e sulla base di questi « come se » fonda il suo convincimento. L'evoluzione del processo penale non può però solo tendere ad un raffinamento delle norme che lo regolano mantenendole disancorate dalla realtà fenomenologica, ma deve anche fondarsi su ciò che le scienze del comportamento gli possono offrire perché esso risulti efficace nel valutare la condotta

(29) È riferito da HANLEY F., Hypnosis in the Courtroom, in *Canad. Psych. Ass. J.*, 1969, 351.

(30) Citato da WARNER K. E., *op. cit.*

(31) GULOTTA G., Appunti in tema di psicologia della testimonianza, in *Archivio Penale*, 1973, 249.

umana. Gli aspetti principali della questione ineriscono, da un lato alla credibilità dei testi e dall'altro alla loro accuratezza. Per quanto riguarda la *credibilità*, escludendo i problemi relativi alla falsa testimonianza, alla eventualità di smascherare con metodi psicologici e agli effetti della malattia mentale sulla capacità di testimoniare, gli esperimenti più interessanti riguardano i bambini, spesso unici testimoni di fatti gravemente criminosi. Per quanto riguarda la *accuratezza*, la testimonianza dipende dal modo in cui l'individuo, I) ha percepito l'avvenimento, II) lo ha conservato nella memoria, III) è in grado di evocarlo, IV) vuole comunicarlo, V) è in grado di riprodurre una percezione psichica precedente (32).

Indubbiamente rilevante risulta, a questo proposito, l'esperimento eseguito da W. J. Bryan, direttore dell'Istituto Americano di Ipnosi di Los Angeles(33). Si tratta dell'organizzazione di una finta rapina, in occasione di un pranzo ufficiale, al quale partecipavano circa centocinquanta studenti iscritti ad un seminario di ipnosi. Solo il « rapinatore » e « la vittima » erano a conoscenza della finzione. Mentre uno degli oratori stava pronunciando il suo discorso, si udì uno sparo : un uomo giovane, occhiali neri, pistola alla mano era in piedi di fronte ad uno dei tavoli e ordinava ad una delle studentesse di consegnarli la borsetta. La ragazza si alzava, ma l'uomo, apparentemente non soddisfatto dalla sua prontezza, le sparava. La ragazza cadeva a terra e l'uomo fuggiva nella stessa direzione da cui era venuto.

A questo punto il Dott. Bryan prendeva il microfono e rassicurava i presenti mettendoli al corrente della finzione, mentre la «vittima» si rialzava da terra. Venivano poi selezionati, tra coloro che dichiaravano di «aver visto tutto», quattro testimoni, tre uomini e una donna. Essi vennero interrogati da quattro magistrati, in base ad un questionario preparato in precedenza da Bryan e suddiviso in quattro voci principali:

- 1) descrizione dell'assalitore;
- 2) azioni svolte prima della rapina;
- 3) azioni svolte durante la rapina;
- 4) azioni svolte dopo la rapina.

(32) GULOTTA G., *op. loc. cit.*

(33) BRYAN W. J., *op. cit.*

Ciascuna di queste voci fu ulteriormente suddivisa in una serie di domande, alle quali il soggetto doveva rispondere con precisione, mentre l'ultima fu così formulata: «Non c'è nulla, di ciò che lei ha osservato, che non le sia stato chiesto? ».

Eseguiti gli interrogatori, subentrarono quattro ipnotisti, tra cui Bryan, i quali, avendo posto i soggetti in stato di ipnosi, si servirono di varie tecniche ipnotiche, soprattutto quella della regressione di età, allo scopo di ottenere una maggior precisione nelle informazioni richieste ai quattro «testimoni».

Vennero quindi comparati i risultati delle interviste eseguite a livello di veglia con quelli delle interviste eseguite in ipnosi e ne risultò un aumento significativo dell'abilità di ricordare dettagli nel secondo caso, ma i risultati, nel loro insieme, non raggiunsero le aspettative. L'errore principale stava per Bryan nel fatto di aver eseguito le interviste in ipnosi subito dopo quelle eseguite in stato di veglia, di modo che le risposte date ai magistrati erano ancora presenti nella mente al momento dell'intervento degli ipnotisti.

Anche la regressione di età si dimostrò pressoché inutile per la mancanza di un sufficiente intervallo di tempo tra le due interviste. Comunque, come si è detto, nella seconda intervista si verificò un sensibile ampliamento dei dettagli, che sta ad indicare come l'uso dell'ipnosi, allo scopo di precisare delle testimonianze, possa essere giustificato. Nella ripetizione di questo esperimento a New Orleans si verificò un fatto insolito: una donna, offertasi come testimone, non riuscì a ricordare più nulla al momento dell'interrogatorio da parte del giudice sebbene non più di un'ora prima avesse dichiarato di aver visto tutto.

Affidata a Bryan, la donna svelò, in ipnosi, la ragione di ciò: da ragazza, in un night club in cui si era recata contro la volontà del padre, aveva assistito ad una rapina. Per tenere nascosta la sua presenza nel locale notturno, si era rifiutata di testimoniare. I medesimi sentimenti di colpevolezza le impedivano ora di rispondere all'interrogatorio e le procuravano l'amnesia sull'accaduto.

Un esperimento simile è stato condotto da Burch del dipartimento di criminologia dell'università di Los Angeles (34). Lo sco-

(34) BURCH G. W., *Hypnosis, an Aid to Police Interrogations*, Tesi presen-

po del lavoro era di verificare se dei soggetti, sottoposti ad una situazione ansiogena o traumatica riuscivano a ricordare meglio in ipnosi o nello stato normale. Il campione era composto da 23 studenti universitari dai 20 ai 27 anni che non avevano mai partecipato a sedute ipnotiche. La situazione a cui furono esposti era una lite tra marito e moglie perché, secondo il marito, la donna passava troppo tempo in università invece di stare a casa. Nel corridoio fuori dalla classe dove si trovavano gli studenti si sentì l'uomo usare un linguaggio volgare mentre la donna cercava di fargli abbassare il tono di voce. La discussione peggiorò quando passarono davanti alla classe, finché la donna gridò e si precipitò nella classe tentando di liberarsi dal marito, ma questi la seguì, la spinse contro la lavagna e continuò ad insultarla. A questo punto intervennero degli studenti ad immobilizzare l'uomo ed allora furono avvertiti che la lite non era reale. La scena durò in totale un minuto e dieci secondi, la scena dentro la classe 40 secondi. La settimana seguente fu distribuito a 18 studenti un questionario con 13 domande, poi gli studenti furono divisi in tre gruppi di controllo ed uno sperimentale. Il gruppo 1 e quello di controllo furono interrogati con un questionario due volte a distanza di tre settimane una dall'altra, i gruppi 2 e 3 furono interrogati una sola volta. Nella seconda occasione 7 studenti del gruppo sperimentale furono ipnotizzati con delle istruzioni registrate e poi si controllò ogni soggetto personalmente. I soggetti del gruppo sperimentale erano stati ipnotizzati in precedenza con la Scala Stanford Forma A per valutare la loro suscettibilità all'ipnosi. Burch nota che in questo esperimento vi sono molte variabili da considerare, ad esempio, l'abilità di percezione del soggetto, il metodo usato nel condurre l'esperimento, l'atmosfera della classe dove si era svolta la scena e, forse più importante di tutte, l'esposizione ad una situazione traumatica ed ansiogena. Le ipotesi di partenza erano: 1) il ricordo è migliore in ipnosi che nel normale stato di veglia se il materiale da ricordare è prodotto da una situazione ansiogena o traumatica; 2) in questi casi è migliore il ricordo nel normale stato di veglia; 3) non ci sono differenze rilevanti tra i due tipi di ricordo. L'analisi

tata al Dipartimento di Criminologia dell'Università di Long Beach, California, giugno 1974.

statistica dei risultati ottenuti con i questionari confermò la terza ipotesi, anche se le informazioni ottenute in ipnosi erano fornite con più ordine e spesso citando testualmente le parole dei soggetti. Inoltre la descrizione sull'uomo risultò migliore di quella della donna, forse perché fu percepito emotivamente come la figura centrale. Il ricercatore conclude che occorre tener conto di tutte le variabili citate prima nel valutare i risultati dell'esperimento ed occorre ricordare che, anche se l'ipnosi può essere un valido aiuto nelle indagini di polizia come è avvenuto in molti casi, non può essere utilizzata indiscriminatamente con ogni soggetto, ed il materiale ottenuto deve in seguito essere verificato perché può essere falsato.

Risultati diversi sono stati ottenuti in un altro esperimento (35) condotto all'università di Cleveland, durante una lezione tenuta per degli agenti di polizia a cui era presente anche il Dott. Gerber, Coroner della provincia. Mentre il Dottor Lavendula stava tenendo lezione, le due stenografe sedute vicino a lui cominciarono a litigare violentemente : una accusava l'altra di averle rubato dei soldi. Improvvisamente la seconda ragazza colpì la prima che si strinse il fianco e si accasciò sul divano. Prima che gli studenti si potessero muovere Gerber li avvertì che si trattava di un esperimento per verificare se con l'aiuto dell'ipnosi la loro memoria sarebbe migliorata. Cinque agenti di polizia si offrirono volontari per l'esperimento. Per prima cosa dovettero scrivere tutto ciò che avevano visto come per un normale rapporto di routine. Poi furono ipnotizzati e rilasciarono le loro dichiarazioni in ipnosi. Finalmente furono deipnotizzati e dovettero scrivere un nuovo rapporto. Confrontando i due rapporti si notò che i poliziotti nel secondo rapporto avevano fornito molti particolari nuovi sull'oggetto con cui la ragazza aveva colpito l'altra, sull'aspetto delle due stenografe, sulle frasi che si erano dette ed uno disse anche esattamente che il litigio era durato circa 10 secondi.

La possibilità di perfezionare il ricordo attraverso l'ipnosi è stata applicata giudiziariamente nello stato del Michigan. E. R. Clark venne accusato di aver ucciso Davis Lipton durante una rapina effettuata presso lo spaccio di quest'ultimo. Altre tre persone

(35) BARMANN G. J., Solving Crimes by Hypnosis, in *Popular Mechanics*, aprile 1960, 106.

vennero imputate di concorso. Il suo avvocato, Aubender, convinto dell'innocenza del cliente, si rivolse all'ipnotista Hymanlewis per chiarire l'alibi piuttosto confuso. La corte permise all'avvocato di fare ipnotizzare il suo assistito con ordinanza del 21 dicembre 1960.

Le tre sedute, svoltesi in carcere ebbero questi risultati:

— 1^a seduta: Clark era un eccellente soggetto, raggiungeva una trance di tipo medio ma nessun nuovo dettaglio venne in luce;

— 2^a seduta: Clark venne fatto regredire all'età di 12 anni, quindi riportato al presente. Chiestogli di fare da « reporter » della rapina, egli protestò con veemenza di non esservi stato presente;

— 3^a ed ultima seduta: vennero usate varie tecniche ma senza nuovi risultati. Svegliando Clark l'ipnotista diede la suggestione post-ipnotica di richiamare alla mente, dopo sveglia, i dettagli da riferire. Dieci minuti dopo il suo risveglio Clark citò il nome di una persona implicata nel caso che, successivamente rintracciata dagli investigatori, scagionò due dei sospetti fornendo un alibi molto chiaro e confermato dalla polizia.

L'avvocato era più che mai convinto dell'innocenza di Clark tuttavia senza successo in quanto al processo la terza sospettata, una donna, accusò Clark della rapina e dell'omicidio.

I tre vennero dichiarati colpevoli. L'avvocato ottenne in seguito, dalla donna una confessione di falsa testimonianza, cui seguì però una ritrattazione.

Infine per puro caso venne arrestato B. C. per un altro reato e questi confessò, tra l'altro, la rapina e l'uccisione di Lipton. Clark venne così scarcerato dopo nove mesi, innocente (36).

L'ipnosi è stata usata anche a favore delle vittime di delitti. Nel caso *State v. Harding* (5 Md., Appellate 230, 246 A 2nd, 203, 1968) una ragazza violentata e ferita non riusciva a ricordare molti particolari (37). Con l'ipnosi le lacune mnemoniche furono superate e la Corte ritenne ammissibile la testimonianza ottenuta in ipnosi ed anzi affermò: « La moderna scienza medica rico-

(36) ARONS H., *op. cit.*

(37) KROGER W. S., *op. cit.*

nosce che l'ipnosi può aiutare il ricordo, anche se i fatti possono essere contaminati dall'immaginazione (38).

Sempre per la precisazione delle testimonianze della vittima l'ipnosi fu usata in un caso recente, *People v. Peters* (4th Criminal 5996, March 1974) in cui un agente di polizia era stato aggredito e non riusciva a ricordare dettagli che permettessero di arrestare il colpevole. Gli elementi forniti in ipnosi permisero di arrestare la persona sospetta. In questo caso la Corte non si pronunciò direttamente sulla questione dell'ipnosi, ma prese decisioni tali da porsi come precedente per altri casi: l'ipnosi fu riconosciuta, anche se implicitamente, come un mezzo per scoprire la verità (39).

Reiser (40) riporta un altro caso in cui due agenti di polizia furono aggrediti ed uno dei due ferito gravemente da un uomo già sospettato per altri reati. L'agente di polizia ferito, anche se era in gravi condizioni, fu in grado di dare una descrizione dell'uomo ma, in ipnosi diede dettagli molto più precisi sui lineamenti, gli occhi ed il viso dell'uomo.

Quando alcuni mesi dopo il colpevole fu arrestato, si notò che tra le due descrizioni, una ottenuta senza l'uso dell'ipnosi e l'altra con, la seconda era molto più precisa e completa.

Anche Schafer(41) ha utilizzato l'ipnosi per ottenere dichiarazioni più precise e dettagliate da parte di testimoni o di vittime di reati. Insieme con il Dott. Rubio ha trattato diversi casi in cui la polizia o la magistratura richiesero l'uso dell'ipnosi per questo scopo.

(38) Al convegno della Società Italiana di psicologia Scientifica della fine ottobre 1979 SEMERARI C. e DELL'ORBO M. C. hanno presentato un lavoro dedicato a *Considerazioni su un caso di regressione ipnotica ottenuta su un paziente ristretto in O.P.C.*, in cui durante la psicoterapia in ipnosi di un detenuto imputato per l'omicidio volontario del marito della sua amante, questi, che aveva al risveglio amnesia spontanea, raccontava con molti dettagli la scena dell'omicidio in modo contrastante con quanto sosteneva in sede processuale. È chiaro che è difficile poter dire quale delle due versioni fosse quella vera. Certo è che il mezzo utilizzato produceva una forte dissonanza nelle versioni.

(39) KROGER W. S., *op. cit.*

(40) REISER M., *Hypnosis as an Aid in Homicide Investigation*, cit.

(41) SCHAFFER W. D., RUBIO R., *Hypnosis to Aid the Recall of Witnesses* in *Int. J. of Clin. Exp. Hypn.*, 1978.

In 10 casi su 14 esaminati nel periodo di circa un anno gli autori ottennero, tramite l'ipnosi, un sostanziale contributo di informazioni. In tutti questi casi l'ipnosi servì per aiutare i soggetti a ricordare particolari che in stato di veglia non riuscivano a ricordare, per esempio i numeri di targa delle macchine oppure addirittura un dettagliato identikit del colpevole.

In un caso di omicidio, in cui la vittima era una bambina, una signora e sua figlia si ricordavano di aver visto una bambina che somigliava a quella uccisa salire su un furgone, ma non riuscivano a ricordare niente altro che potesse aiutare la polizia. Sottoposte ad ipnosi furono in grado di riferire vari particolari sia sulla bambina che sul furgone ed inoltre la donna poté ricostruire l'identikit della persona che era alla guida del furgone.

L'ipnosi fu usata ancora per identificare il colpevole di una rapina in un negozio il quale, facendosi scudo con la moglie del proprietario, era riuscito a fuggire dopo aver ucciso un poliziotto. Grazie alle testimonianze dei numerosi testi presenti i sospetti si erano ristretti a due persone, ma solo in ipnosi i testimoni diedero una descrizione tale da permettere di identificare il vero colpevole, che poi confessò.

In un altro caso Schafer utilizzò l'ipnosi con un conducente di taxi che era stato testimone di un incidente stradale in cui era rimasto ucciso un uomo. Il tassista non riusciva a ricordare alcun dettaglio né della prima macchina che aveva investito l'uomo né della seconda che l'aveva colpito di nuovo. In ipnosi riuscì però ad allucinare la scena dell'incidente e a descrivere sia le due macchine, sia i guidatori e a fornire anche i numeri di targa. Anche questo autore raccomanda però particolari controlli per riscontrare distorsioni o menzogne nelle dichiarazioni dei testi. Viene riportato tra gli altri, infatti, il caso di un ragazzo che affermava di aver visto un ladro che usciva dalla casa di un suo vicino con un pacco in mano, ed anzi sosteneva di averlo seguito e di aver preso il numero di targa della macchina che però non riusciva a ricordare. Neppure in ipnosi fu in grado di ricordarlo, pur essendo entrato in un buon stato ipnotico. Schafer ne trasse l'impressione che il ragazzo avesse visto effettivamente il ladro uscire dalla casa ma che non l'avesse seguito e che mentiva per darsi importanza.

Schafer e Rubio sulla base della loro esperienza (42) raccomandano di non usare l'ipnosi con gli imputati per due ragioni: essi potrebbero falsare i fatti mentre sono in trance in modo o da scagionare se stessi o, come è possibile, facendosi ritenere colpevoli, anche perché talvolta possono ritenersi moralmente colpevoli anche se tali non sono.

Il giudice inoltre potrebbe essere influenzato emotivamente in modo tale da credere che ogni comportamento o reazione in stato di ipnosi sia assolutamente veritiera; e questo nel caso di un imputato che rilasci dichiarazioni che non possono essere riscontrate obiettivamente, può condurre ad errori giudiziari.

Per gli autori l'utilizzazione ideale dell'ipnosi in ambiente forense si ha proprio quando l'ipnosi viene usata su testimoni o vittime di reati ottenendo delle informazioni avvalorate da altre già sicure e che conducono logicamente ad altre non ottenute con l'ipnosi.

Naturalmente bisogna avere alcune precauzioni: i testimoni, le vittime sono soggetti utili solo se cooperano volontariamente; l'esperto di ipnosi deve essere privo di pregiudizi, deve evitare di valutare gli aspetti giuridici del materiale rivelato in ipnosi; tutte le sessioni di ipnosi dovrebbero essere registrate su videotape e conservate per dare la possibilità ad altri esperti di valutare le tecniche usate e la attendibilità dei risultati ottenuti.

Putnam (43) ha dimostrato sperimentalmente la necessità di valutare con estrema cautela i risultati mnestici ottenuti tramite ipnosi. Essendo provato che il modo stesso di formulare la domanda può incidere sulla risposta (44), (ed è per questo che il nostro Codice di procedura penale, all'articolo 349, vieta le domande cosiddette « suggestive ») questo ricercatore ha diviso dei soggetti cui era stato mostrato il film di un incidente stradale, in due gruppi, di cui uno solo ipnotico. Ad entrambi poi le domande, dirette a stabilire

(42) SCHAFFER W. D., RUBIO R., *Precedence and Suggested Rules in Criminal Investigation*, presentato al congresso della Society for Clin. and Exper. Hypnosis, dicembre 1973.

(43) PUTNAM W., *Hypnosis and Distortions in Eyewitness Memory*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 437.

(44) HILGARD E. R., LOFTUS E., *Effective Interrogation of the Eyewitness*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 342.

per esempio se c'era il segno di « stop » e se c'era un passeggero sull'automobile, furono formulate in modo suggestivo (per esempio — in assenza del passeggero — «Ha visto il passeggero?», in luogo di « Ha visto un passeggero? »). Il risultato fu che i soggetti ipnotizzati compirono più errori a seguito delle domande che suggerivano una risposta erronea, di quelli in condizioni di veglia normale.

Come già accennato, l'ipnosi, a mio giudizio, è comunque utile per neutralizzare quegli aspetti dell'affettività che possono incidere sui processi della memoria.

Questa deduzione si trae anche dall'esame di recenti utilizzazioni dell'ipnosi nel campo dell'investigazione. Block (45) ha descritto una serie di casi in cui il ruolo dell'ipnosi nella ricerca di responsabili di atti criminosi si è rivelata utilissima. Per esempio, per l'identificazione dei terroristi che fecero esplodere delle bombe in Israele nel 1973, nel bus che andava da Nahariya ad Haifa: l'autista riferì in ipnosi particolari su un viaggiatore sospetto (che non ricordava allo stato di veglia) che permisero di arrestare i terroristi.

Dettagliatamente descritta è poi l'esperienza di Kroger che con Richard Doucé(46), un agente dell'FBI laureato in psicologia, ha esaminato in ipnosi, tra il 1976 e il 1979, 53 testimoni o vittime di crimini in età tra i sette e i sessantacinque anni, ed in relazione a ventitré casi giudiziari, con esclusione dunque di ogni indagine su persone sospette, indiziate o imputate. Oltre ai due autori citati spesso interveniva un agente dell'FBI, esperto in costruzione di identikit e fotokit.

L'agente psicologo conduceva di solito il colloquio precedente all'induzione ipnotica e l'interrogatorio vero e proprio durante l'ipnosi. In questa seconda fase interveniva con domande dirette anche l'agente che doveva ricostruire la fisionomia del colpevole. Con questo metodo si sono ottenuti risultati che l'FBI ha ritenuto estremamente utili, tanto che si raggiunsero nel 60% dei casi nuove informazioni (non necessariamente accurate) o nuove direzioni di in-

(45) BLOCK E., *Hypnosis in Criminal Investigation*, McKay, New York, 1976.

(46) KROGER W. S., DOUCÉ R. G., *Hypnosis in Criminal Investigation*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 358.

vestigazione. In uno dei casi più clamorosi, per esempio, (People V. Woods e al. Alameda Co., Cai., 1977) attraverso l'ipnosi si riuscì a far ricordare all'autista di un bus scolastico particolari della targa della vettura guidata dai rapitori di 26 bambini che si trovavano su questo bus. I tre rapitori furono identificati, catturati e condannati all'ergastolo.

Alcuni casi che provano come, sempre a proposito di precisazione delle testimonianze, l'ipnosi sia stata positivamente impiegata anche in un campo non criminale: quello dell'investigazione sugli incidenti aerei. L'accertamento dei fatti in questo campo può porre in luce elementi assai rilevanti, quali errori di progettazione o costruzione del velivolo, errori di manovra, fattori fisici e bio-psichici.

Se vi sono superstiti l'investigazione è evidentemente facilitata, ma anche in questo caso chi la esegue può trovarsi ostacolato dall'amnesia dei superstiti circa gli avvenimenti verificatisi al momento dell'incidente, amnesia che può essere sia organica che psicogena, oppure può essere una combinazione di entrambe. Nei casi che seguono l'ipnosi fu usata su soggetti sopravvissuti ad incidenti aerei, per determinare se l'amnesia in essi prodottasi dovesse costituire motivo sufficiente per esonerarli da ulteriori doveri di volo. Oltre a questo risultato primario, l'impiego dell'ipnosi permise di ottenere una rilevante quantità di dati sulle cause degli incidenti verificatisi (47).

In un caso l'ipnosi fu impiegata per ottenere il ricordo dei fatti avvenuti durante un periodo di circa quindici minuti, coperto da amnesia, prima e durante la caduta di un nuovo tipo di velivolo. Già altri incidenti si erano verificati con questo tipo di aereo, ma le circostanze non erano apparse chiare.

Prima dell'induzione dello stato di trance vennero attentamente raccolti tutti i dettagli del volo, prestando particolare attenzione all'ultimo dettaglio ricordato prima dell'incidente ed al primo ricordato dopo.

Ottenuta una profonda trance, venne chiesto al soggetto di contare i mesi all'indietro, per giungere fino al mese dell'incidente,

(47) ARON» H., *op. cit.*

e poi di contare progressivamente i giorni, fino a quello dell'incidente. Quindi gli fu chiesto di rivivere il giorno del volo e di raccontarlo con il massimo dei dettagli. Dapprima gli fu permesso di raccontare spontaneamente, poi fu nuovamente riportato indietro nel tempo ed interrogato su punti specifici, sia tecnici, sia emotivi. Gradualmente venne così riempito il periodo di quindici minuti coperto da amnesia e si poté verificare come nulla di insolito fosse accaduto durante tale periodo fino al momento dell'incidente, quando il velivolo, affidato al pilota automatico, si era improvvisamente inclinato, iniziando la caduta in modo ormai non più controllabile.

In un altro caso un aereo, pilotato da un allievo e dal suo istruttore, cadde al suolo mentre cercava di effettuare un atterraggio « alla cieca », guidato dal radar. Entrambi i piloti riportarono solo lievi ferite. Gli osservatori a terra riferirono che l'atterraggio era stato normale fino al momento dell'impatto, quando l'aereo, dopo aver eseguito una brusca S, toccò il suolo con un angolo di circa 45°, avendo perso improvvisamente quota. L'istruttore presentava un'amnesia per gli ultimi dieci minuti precedenti l'incidente, e l'intervista in ipnosi non riuscì a riempire questo vuoto di memoria, che, anche da un esame neurologico, restava inspiegato. L'allievo presentava invece amnesia solo per l'ultimo minuto di volo (in cui l'aereo aveva eseguito la S ed era caduto). Con l'impiego di una tecnica simile a quella esposta nel caso precedente, lo si mise in grado di ricordare alcuni fatti rilevanti: egli ricordò di aver ricevuto l'istruzione, errata, di virare a destra di 10°. Accortosi dell'errore, che lo portava ancora più lontano dalla giusta rotta, effettuava una correzione a sinistra di circa 20°: in quel momento l'aereo perdeva improvvisamente quota e cadeva al suolo, a causa della perdita eccessiva di velocità dovuta alle due virate. L'istruttore, nel frattempo, non aveva fatto nulla per cercare di rilevare i comandi e correggere l'errore che egli stesso aveva causato.

Anche Raginsky racconta come tramite l'ipnosi poté ricostruire in che cosa era consistito l'errore di manovra che un pilota aveva compiuto durante un volo in cui aveva distrutto l'aeroplano, mentre vari colloqui con psichiatri nei due anni precedenti non

erano riusciti a raggiungere questo scopo (48). L'incidente aveva lasciato sconcertate le autorità e, prima che fosse usata l'ipnosi, la spiegazione più accreditata era che il pilota era molto stanco e non era stato abbastanza attento.

In realtà, la ragione per cui l'aereo era sceso verso l'aeroporto a quota troppo bassa e si era schiantato contro degli alberi, era, come risultò dalle sessioni ipnotiche in regressione di età, che il pilota non aveva compreso il funzionamento di un nuovo tipo di altimetro, ma era troppo orgoglioso per ammetterlo, ed inoltre grazie all'ipnosi si scoprì che il pilota inconsciamente aveva paura dell'altitudine, perciò l'ipnotista gli suggerì che non volasse più. Il consiglio non fu accettato ed il pilota trovò un altro posto in un'altra compagnia aerea. Alcuni mesi dopo un aereo con 80 passeggeri a bordo, pilotato dallo stesso uomo, si schiantò nel Nord America.

Dopo questo caso le Linee Aeree Civili decisero di usare l'ipnosi nell'investigazione di tutti i futuri incidenti aerei.

8. Con l'esposizione dei casi che seguono mi propongo di dimostrare come l'ipnosi possa anche essere adottata quale strumento atto ad *esaminare l'elemento psicologico del reato* (49).

Il 14 settembre 1962 Arthur S. Nebb, trentotto anni, entrò nella casa della moglie, dalla quale viveva separato, e uccise un uomo che era con la moglie, il signor Stepp, di venticinque anni, e ferì la moglie: venne imputato di omicidio di primo grado, cioè premeditato (50).

Prima del processo Nebb venne per tre volte ipnotizzato dal Dott. T. R. Huxtable, psichiatra dello Stato, il quale, sulla base delle informazioni ottenute, si convinse che nel crimine non c'era stata premeditazione. I difensori chiesero quindi che venisse permesso al Dott. Huxtable di ipnotizzare nuovamente Nebb davanti al giudice. Il giudice Joseph M. Harter concesse la procedura, riservandosi però di decidere se tale mezzo fosse ammissibile come prova.

La seduta si tenne l'8 giugno. Nebb espose dettagliatamente

(48) RAGINSKY B., Hypnotic Recali of Aircrash Cause, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1967, I.

(49) ARONS H., *op. cit.*

(50) TEITELBAUM M., *op. cit.*

gli eventi della notte fatale: egli era andato a casa della moglie per portare in dono un orologio alla figlia Cannila; questa era appena uscita con il fidanzato Nelson Stepp, cugino della vittima, per comprare delle bibite. Mentre si avvicinava alla casa, Nebb aveva visto la moglie in piedi nel soggiorno, poi un individuo che, dopo averla accarezzata, l'abbracciava e la baciava; i due, tenendosi per mano, erano andati nella camera da letto e si erano spogliati.

Nebb era allora tornato a casa di Jesse Oliver, un amico con cui viveva dal giorno della separazione, e gli aveva chiesto di chiamare il suo avvocato e di raggiungerlo a casa della moglie. Poiché la macchina di Oliver, della quale si era servito in precedenza, non funzionava bene, aveva preso il proprio autocarro. Appena partito, la pistola che egli usava tenere sotto il sedile era scivolata fuori, ed aveva così deciso di portarla con sé per tenere sotto controllo la moglie e l'amante fino all'arrivo dei testimoni, dunque senza alcuna intenzione iniziale di sparare e ferire nessuno (51).

9. Come si è già visto nel capitolo precedente, l'ipnosi può essere utilizzata efficacemente per *smascherare l'uso criminoso della stessa*. Si rinvia pertanto a quanto detto in quell'occasione ove si sono mostrate le numerose tecniche adottate per far luce nei complessi rapporti tra H. e N.

In quello stesso capitolo poi sono descritti i casi in cui l'ipnosi è utilizzata per esaminare se un ipnotista abbia profittato della trance per compiere atti sessuali sull'ipnotizzato.

10. L'utilizzazione processuale dell'ipnosi adottata, sia pure nei limiti indicati, in ordinamenti stranieri appare nel nostro Paese estremamente problematica. *La dottrina giuridica infatti è nella sua maggioranza contraria all'uso dell'ipnosi* anche per la ipotesi che l'imputato presti il consenso alla sua utilizzazione.

Manzini (52) sostiene che sono inammissibili le prove ottenute

(51) KROGER W. S. (*op. cit.*), riferisce di un altro caso, *People v. Modesto* (59 Cai. 2nd, 722, June 1963) in cui l'ipnosi fu usata per stabilire la situazione psicologica di un uomo accusato di furto, violenza e dell'assassinio di due bambine di nove e dodici anni.

(52) MANZINI V., *Trattato di Diritto Penale*, a cura di Nuvolone P., Pisapia G. D., Utet, Torino, 1970, voi. 7, 247.

con quei mezzi come l'ipnosi che producono alterazioni dello stato psichico o fisico della persona, però le ammette se l'interessato presta il suo consenso.

A proposito della prova cosiddetta « innominata » Corderò (53) si domanda se i procedimenti probatori previsti dalla legge compongono un numero chiuso, perché in questo caso non se ne potrebbero ammettere altri. L'autore fa presente che non ogni strumento non previsto dalla legge è ammissibile solo che risulti utile al processo; una cosa è stabilire se una prova sia ammissibile, un'altra chiedersi se sia veritiera la conoscenza ottenuta. Sarebbe arbitrario, dice Corderò, dedurre l'ammissibilità del mezzo di indagine dalla verosimiglianza dei risultati. Gli strumenti di ricerca apprestati dalla scienza superano il limite del soma: non è da escludere in assoluto che una sollecitazione chimica riesca ad ottenere il vero ricordo di una esperienza vissuta : questo però è irrilevante ai fini di stabilire il valore della prova ottenuta con procedimenti narcoanalitici. Per l'autore non si deve dare troppa importanza al fatto che esperimenti del genere sono leciti quando l'imputato vi consente ed il consenso è efficacemente prestato in ragione della disponibilità del relativo interesse. In ogni caso prima di postulare un « diritto dell'imputato agli esperimenti sul proprio corpo » o sulla propria psiche, bisogna assodare se queste operazioni rientrano tra quelle in cui la legge ammette che sia costituita la prova. Bisogna verificare se l'uso dell'ipnosi, del lie-detector e della nareoanalisi sia compatibile con i principi a cui si ispira il regime della prova. Per l'autore anche se il nostro Codice non contiene riferimenti espliciti a questo problema la soluzione dovrebbe essere negativa in base alle disposizioni previste per l'interrogatorio dell'imputato. Dice testualmente l'Autore: «...se tutto si riducesse al "nemo tenetur se detegere", il consenso dell'interessato sarebbe sufficiente a rimuovere il divieto di ricerche che mettono a nudo la mente dell'inquisito; senonchè da tracce non equivoche si desume l'esistenza di un limite insuperabile ». La legge esclude l'uso della coercizione nei confronti dell'imputato e la ammette in misura tassativamente dosata per il testimone; l'unico strumento

(53) CORDERÒ F., *Tre studi sulle prove penali*, Giuffrè, Milano, 1965, 65 8., 167 s.

di cui è consentito valersi è l'interrogatorio che lascia la scelta all'interlocutore circa il « se » ed il « come » della risposta : è manifesta la rinuncia a forzare il diaframma del mondo psichico. Ciò che Corderò dice per la narcoanalisi vale per il lie-detector e per l'ipnosi : diversi i mezzi, identico il fine : si cerca una risposta che sfugga ai poteri di controllo del soggetto. Anche alla testimonianza Corderò applica gli stessi principi: è ottenuta con l'uso indebito di mezzi di coercizione, è perciò irrilevante ai fini del processo e quindi tale da non poter essere valutata neppure se trovasse conferma in ulteriori acquisizioni. In questo caso invece la giurisprudenza nord americana ritiene che operi una « convalida » della prova originariamente inammissibile.

Anche per Taormina⁽⁵⁴⁾ (a proposito della narcoanalisi, ma gli stessi principi si possono applicare all'ipnosi) sul piano del diritto positivo è certo che la narcoanalisi per fini investigativi esigerebbe il consenso dell'interessato per non ricadere nei reati previsti dagli artt. 610 e 613 c.p. (55) ed in caso di pericolo per l'incolumità personale del consenziente verrebbe in rilievo l'art. 728 c.p. senza l'applicabilità dell'esimente di cui al comma 2, non potendosi ricondurre il fine investigativo allo scopo scientifico. La questione si dovrebbe restringere perciò all'ipotesi del consenso senza pericolo per l'incolumità personale. Il problema è se l'esigenza, pubblicitica ed individuale nello stesso tempo, dell'accertamento della verità possa determinare la soccombenza della libertà morale. L'Autore fa presente l'art. 366 c.p.p. (56) che implica la capacità di intendere e volere dell'imputato interrogato e non si comprende perciò come ex art. 367 c.p.p. (57) un imputato sottoposto a narcoana-

(54) TAORMINA C, voce Narcoanalisi, in *Enc. del Diritto*, Giuffrè, Milano, XXVII, 1977, 489. Contrario è anche VASSALLI G., I metodi di ricerca della verità e la loro incidenza sulla integrità della persona umana, in *Riv. Pen.*, 1972, I, 393.

(55) Art. 610 c.p.: «Chiunque mediante suggestione ipnotica o in veglia o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei, in stato di incapacità di intendere o volere, è punito con la reclusione fino a un anno ».

(56) Art. 366 c.p.p.: «Prima di procedere all'interrogatorio il giudice invita l'imputato a dichiarare le proprie generalità, ammonendolo delle conseguenze a cui si espone chi si rifiuta di dare le proprie generalità o le da false... ».

(57) Art. 367 c.p.p.: «Il giudice contesta in forma chiara e precisa all'impu-

lisi possa recepire in forma chiara e precisa i termini della contestazione ed il valore degli elementi di prova a suo carico e ribattere indicando le prove a discolpa.

Perciò la disciplina dell'interrogatorio dell'imputato dimostra che, pur di fronte all'alto interesse dell'accertamento della verità, il principio di intangibilità della libertà morale non è derogabile. Considerazioni analoghe valgono per la testimonianza: le uniche forme di coercizione consentite sono l'accompagnamento, l'obbligo di dire la verità e l'arresto del teste falso e reticente. Questo dimostra che la struttura del nostro procedimento probatorio non si concilia con l'ipnosi e la narcoanalisi, tenendo anche presente che ai sensi dell'art. 349 c.p.p. è proibito porre al teste domande suggestive, fenomeno certamente di minor portata rispetto all'interrogatorio in ipnosi.

Sulla rilevanza delle prove ottenute con questo procedimento l'Autore è d'accordo con Corderò (58) nel considerarle prove illecite perché il nostro ordinamento, vi sia o meno il consenso del soggetto interessato, non tollera alcuna compromissione della libertà morale. Inoltre anche le prove acquisite per derivazione dalle dichiarazioni ottenute tramite questi mezzi sarebbero inficiate dalla illiceità della narcoanalisi e dell'ipnosi e perciò non sarebbero utilizzabili ai fini del processo a meno che si possa stabilire con certezza che la loro forza probante è autonoma. Questo criterio deve valere, per Taormina, sia per le prove favorevoli che per quelle contrarie all'imputato; tra le prove della responsabilità e quelle dell'innocenza non possono istituirsi graduazioni di valore per il principio dell'equivalenza che sta a fondamento del processo penale. Anche Grevi (59) ribadisce il principio, sancito nell'art. 78 c.p.p., del « diritto al silenzio » previsto per l'imputato. L'interrogatorio deve essere essenzialmente un mezzo di difesa e solo in via indiretta una fonte di prove, e tra i due interessi in gioco, quello pubblicistico dell'accertamento della verità e l'altro della salvaguardia

tato il fatto che gli è attribuito, gli fa noti gli elementi di prova esistenti contro di lui, e, se non può derivarne pregiudizio all'istruzione, gliene comunica le fonti. Invita quindi l'imputato a discolparsi e a indicare le prove in suo favore... ».

(58) CORDERÒ F., *op. cit.*

(59) GREVI V., *Nemo tenetur se detegere*, Giuffrè, Milano, 1972, 67 s.

della libertà morale dell'imputato, prevale quest'ultimo. Per Grevi il principio « nemo tenetur se detegere » deriva dal processo di tipo accusatorio ed infatti assume rilievo in specie nell'ordinamento inglese e statunitense.

In conclusione nessuno degli Autori esaminati è propenso ad ammettere l'uso dell'ipnosi nell'interrogatorio dell'imputato, considerandola come un mezzo che sopprime la libertà psichica e morale del soggetto e questo addirittura nell'ipotesi che l'imputato abbia dato il suo consenso. Ma proprio nell'ordinamento statunitense, ricordato da Grevi, l'ipnosi viene talvolta ammessa non solo per ottenere dichiarazioni dagli imputati o dai testimoni di fatti criminosi, ma anche come mezzo per aiutare l'imputato a ricordare meglio i fatti o addirittura a superare amnesie. È vero che questa procedura non è ammessa da molto, e che alcuni sono contrari all'uso dell'ipnosi nell'interrogatorio dell'imputato, ma per motivi diversi. Per esempio Schafer(60) sostiene che un giudizio sulle dichiarazioni rilasciate dall'imputato in ipnosi è troppo complesso dovendosi tener conto di molti fattori difficilmente controllabili e che inoltre la Giuria potrebbe essere troppo influenzata, sia positivamente che negativamente, dalle dichiarazioni ottenute con l'ipnosi indipendentemente dal loro significato oggettivo.

11. Volendo estrapolare da questa congerie di fatti ed opinioni alcune indicazioni pratiche, la *mia opinione* è che l'ipnosi non debba essere utilizzata sugli indiziati di reato neanche col loro consenso e allo scopo di favorire la loro difesa. Ciò se non altro per non costituire delle presunzioni, che potrebbero incidere sul libero convincimento del Magistrato, nei confronti di coloro che, sospettati, indiziati o imputati, non prestino il loro consenso al trattamento ipnotico. D'altronde è provato che l'indiziato ipnotizzato può mentire. In un caso (State V. Papp, C.P., Summit Co. Ohio, 1978) Orne(61) è riuscito a dimostrare che l'imputato che si dichiarava amnesico sui fatti, e durante l'ipnosi raccontava avveni-

vo) SCHAFER D. W., RUBIO R., Precedence and Suggested Rules in Criminal Investigation, *cit.*

(61) ORNE M>. T., The Use and Misuse of Hypnosis in Court, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 311.

menti che lo scagionavano, si comportava in un modo tipico del soggetto che simula l'ipnosi. Nel caso di Nebb, descritto più sopra a proposito delle indagini sul dolo, questi in ipnosi aveva dichiarato di aver detto al testimone Jesse Oliver in riferimento alla propria moglie e al suo amante : « Li ho scoperti », mentre invece il teste riferì che Nebb aveva detto : « Li devo uccidere! ». Solo quando fu messo a confronto di questa dichiarazione del teste, più grave per lui, ammise, allo stato di veglia, di aver pronunciato quella frase (62).

Una eccezione è forse ammissibile nei confronti di indiziati o imputati amnesici, ciò non tanto a fini investigativi, quanto per il diritto di ciascuno di essere curato da una malattia. Sarebbe veramente paradossale che a un cittadino, solo perché indiziato o imputato, fosse vietato, ovviamente per sua libera scelta, di curarsi della propria amnesia: e l'ipnosi, largamente usata nelle nevrosi traumatiche di guerra, ha dimostrato di essere un mezzo efficace a questo scopo.

Discorso diverso occorre fare per le vittime e per i testimoni, sempre che l'esame avvenga con il loro consenso e non in trance durante la deposizione giurata (ma per esempio ammissibilmente con l'istruzione postipnotica di ricordare al meglio gli avvenimenti). Ma tutto questo con infinite precauzioni e solo in casi particolarmente selezionati (63).

Intanto vanno distinti i casi in cui dal testimone in ipnosi si vogliono conoscere fatti sconosciuti in cui le possibilità di suggestionarlo, anche involontariamente, sono minori, dai casi in cui c'è un sospettato già identificato e si cercano dall'ipnotizzato dettagli eventualmente utili alla sua incriminazione; in queste ipotesi è evidente che la possibilità di guidare, anche involontariamente, il teste è maggiore. Da questi è da tenere infine distinto il caso in cui il testimone dia delle versioni contraddittorie e si cerchi con l'ipnosi di conoscere la « verità ».

Anche in questa ipotesi la possibile involontaria spinta del teste nella direzione preferita dall'investigatore deve essere accuratamente vagliata.

(62) WARNER K. E., *op. cit.*

(63) ORNE M. T., *ibid.*

Contrariamente a quanto si ritiene infatti, la memoria non rappresenta un processo per così dire fotografico degli avvenimenti, ma un processo costruttivo, anzi ricostruttivo, per cui le informazioni che seguono l'evento possono essere integrate nella rappresentazione mnestica dell'evento stesso (64).

Gli esperimenti di Putnam più sopra citati, ne sono un chiaro esempio (65). D'altra parte si è visto più volte in questo volume come la realtà del fenomeno della rivivificazione e della regressione d'età siano molto discusse e per taluni soltanto un role-enactment, (cfr. per es. Cap. VII par. 13) e come l'ipnosi comporti una logica, appunto la « logica della trance » priva di senso critico. Cosicché lo stesso processo ipnotico rende accettabili per il soggetto fatti che allo stato di veglia considera illogici o contraddittori e che d'altra parte, proprio per l'esistenza dello stato ipnotico, vengono considerati con minor senso di responsabilità. Per questo le risultanze ipnotiche devono essere considerate accettabili *solo ed in quanto* siano confermate da risultanze obiettivamente verificate.

Le pseudomemorie derivanti dalla investigazione ipnotica sono apparse rilevanti in un caso del 1975 (United States, v. Andreus, General Court Martial, Navy, Phila. 1975) in cui, mentre due marinai stavano lavorando in ufficio, apparve in una porta una persona che, armata di pistola sparò alla testa di uno di loro, fortunatamente ferendolo solo ad un orecchio, fuggendo poi immediatamente. Quando la Polizia mostrò ai due alcune foto di possibili autori del fatto, la vittima non riconobbe nessuno, mentre il testimone ne riconobbe uno. Quando la vittima vide l'indiziato personalmente dichiarò che gli assomigliava ma non era lui, mentre il testimone identificò nell'imputato l'aggressore. La vittima fu ipnotizzata per facilitare il suo ricordo: durante la prima sessione non identificò l'imputato nell'aggressore, ma nella seconda sessione ipnotica identificò l'imputato come l'aggressore, così come aveva fatto il testimone. Orne(66) deponendo al processo quale esperto di ipnosi, definì insostenibile il risultato ottenuto in ipnosi, in quanto,

(64) BRANSFORD J. D., BARCLAY J. R., FRANKS J. J., Sentence Memory: A Constructive Versus Interpretive Approach, in *Cognit. Psych.*, 1972, 193.

(65) PUTNAM W. H., *op. cit.*

(66) ORNE M. T., *ibid.*

per il contesto stesso, l'ipnosi poteva indurre pseudo memorie o confabulazioni. Il giudice ritenne dunque valide le dichiarazioni della vittima precedenti all'ipnosi. Settimane più tardi, dopo questo fatto due marinai, fino allora in viaggio, corroborarono l'alibi dell'imputato, escludendo così la sua responsabilità per i fatti. Orne fa notare che ancora un anno dopo questi fatti la vittima insisteva che l'imputato era colui che aveva cercato di ucciderlo.

La possibilità di simulare anche in ipnosi è stata accettata drammaticamente in un caso molto recente (State v. Douglas, Union Co., N.Y., 1978). Una donna aveva denunciato alla Polizia il fatto che due negri, introducendosi nella sua automobile, pistola in pugno, l'avevano portata in un luogo deserto per violentarla. Qui, reagendo al tentativo, poiché gridò di essere incinta, li indusse a desistere dalla violenza carnale. I due le rubarono l'automobile e del denaro, minacciandola ove avesse riferito i fatti alla Polizia. Alla Polizia identificò senza esitazione uno degli aggressori ed un altro come somigliante. Successivamente ricevette numerosi biglietti minatori. Durante una successiva sessione ipnotica identificò con certezza anche il secondo individuo che allo stato di veglia aveva dichiarato come semplicemente somigliante. Se non che un esame della calligrafia sui biglietti minatori portò ad accertare che erano vergati dalla stessa «vittima», e alla fine la donna confessò che aveva inventato tutto per attirare su di sé l'attenzione del marito che voleva divorziare.

12. La International Society of Hypnosis di fronte all'uso sempre più vasto dell'ipnosi in campo investigativo (basti pensare che solo nel Dipartimento di Polizia di Los Angeles, dal 1975 al 1979 sono state preparate all'ipnosi 300 persone, la più parte agenti di Polizia, ma anche qualche avvocato ed un giudice) ha adottato due *risoluzioni*, una nell'ottobre 1978 e una nell'agosto del 1979 (67), in cui « vede con allarme la tendenza di agenti della Polizia, con un training minimo in ipnosi e senza una vasta competenza professionale » ad usare l'ipnosi per « facilitare presumibilmente il ricordo di testimoni e vittime circa gli accadimenti in relazione a qualche

(67) Cfr. in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 452, 453.

crimine ». Segnalando il pericolo della creazione, anche involontaria, di pseudomemorie la Società si oppone all'uso da parte della Polizia di questa tecnica, suggerendo che tali attività debbano eventualmente essere effettuate con l'aiuto di psichiatri e psicologi, esperti nell'uso forense dell'ipnosi, che costoro siano sempre presenti durante l'interrogatorio e che delle sedute sia sempre fatta una completa videoregistrazione. Queste risoluzioni sono nello stesso ordine di idee espresse da Orne, presidente della Società, in un parere prò ventate consegnato in un recente processo (Quaglino v. California, 99 S. Ct. 599, 1978) (68). Queste sono state anche recepite dalle direttive imposte all'FBI dal Dipartimento della Giustizia (69) che utilizza l'ipnosi per lo più in indagini in rapine, rapimenti, estorsioni, ed anche in crimini cosiddetti dei « colletti bianchi » quando si tratti di ricostruire la sequenza di rapporti complessi.

13. La difficoltà più grave nell'espletamento della *perizia psichiatrica* deriva dal fatto che quasi sempre l'indagine richiesta dal giudice non si riferisce solo allo stato psichico del periziato al momento della perizia, ma principalmente ad uno stato psichico pregresso che è quello del momento dell'atto criminoso. Lo psichiatra forense si trova dunque di fronte alla necessità di giudicare uno stato mentale presente, passato e futuro (la pericolosità). Il problema non si pone quando il periziato presenta al momento della perizia un quadro psicopatologico così sistematizzato e cristallizzato, che mostri in tutta evidenza che la sua origine doveva essere necessariamente precedente al momento del crimine e che tale stato si manterrà ancora per parecchio tempo.

Poiché però la perdita di autonomia che inficia l'imputabilità può essere di natura transeunte, spesso il perito si trova nella difficoltà di dover ricercare l'esistenza di uno stato psicopatologico dall'esame di una persona, che appare nell'attualità in pieno possesso della sua autonomia psicologica.

È per questa difficoltà che gli psichiatri forensi di solito sono portati a considerare che al momento del « fatto » fosse non impu-

(68) ORNE M. T., *ibid.*

(69) AULT R. L., FBI Guidelines for Use of Hypnosis, in *Int. J. din. Exp. Hypn.*, 1979, 449.

tabile chi nell'attualità della perizia appare « non sano di mente » ; viceversa sono propensi a ritenere che fosse pienamente imputabile al momento del fatto chi lo sia al momento della perizia. Nei casi molto dubbi si rifugiano nel limbo della seminfermità.

Queste diagnosi, che derivano dalla difficoltà di studiare uno stato psicopatologico pregresso, sono però evidentemente fallaci e di comodo.

D'altra parte lo psichiatra orientato psicoanaliticamente non può fidarsi troppo di quella « finestra sul passato » che è di transfert, in quanto, contrariamente a quanto accade nella terapia psicoanalitica, diciamo privata, il periziato non sceglie di sua spontanea volontà di subire un esame psichiatrico. La perizia infatti è ordinata dal giudice e, anche quando è lo stesso imputato che la richiede, rimane fermo il fatto che, nella maggior parte dei casi, l'ambiente in cui si svolge la perizia e, talvolta il desiderio del periziato di essere dichiarato infermo di mente, alterano notevolmente il rapporto emozionale tra il soggetto e l'analista. Pertanto il rapporto diviene così spurio e privo di attendibilità diciamo, probatoria (70).

Per risolvere questo ed altri problemi della perizia psichiatrica relativi alla ricostruzione e alla interpretazione, l'ipnosi potrebbe rappresentare una soluzione, anche se è la più trascurata. E mi riferisco qui, nel parlare di ipnosi, all'ipnoanalisi quale strumento della semeiotica psichiatrica e non alla sua eventuale utilizzazione per conoscere la « verità » storica. Con il consenso dell'imputato non esiste dunque alcuna preclusione processuale.

Il settore dell'ipnoanalisi che più da vicino ci interessa è chiamato ipnodiagnostica, e consiste nell'applicazione di tecniche diagnostiche mentre l'esaminato è in stato di ipnosi, tra cui soprattutto la regressione d'età, che permette di riprodurre lo stato psicologico dell'individuo mentre delinqueva, con l'opportunità di valutarlo come se si trattasse di una situazione attuale. Alla utilizzazione della narcoanalisi e quindi dell'ipnosi in sede peritale è sostanzialmente contrario Vassalli (71) perché il perito potrebbe venire a

(70) Ho discusso ampiamente questi problemi in *Psicoanalisi e responsabilità penale*, cit.

(71) cfr. VASSALLI G., *op. cit.*

conoscenza di fatti pregiudizievole all'imputato e non potrebbe fare a meno di riferirli al giudice. Egli riconosce però la rigidità di questa posizione. Come si potrebbe d'altronde vietare l'uso di un mezzo diagnostico necessario, secondo il perito, per rispondere al quesito propostogli dal giudice?

Un esempio dell'applicazione dell'ipnosi per investigare sull'imputabilità è quello del caso di Copenaghen riferito ad altro proposito.

Un altro, non meno drammatico, è riferito da Bryan (72) che esaminò come consulente degli avvocati difensori, un giovane di 28 anni (*People v. Bush* 56 Cai. 2nd 868 1961) H.A.B. che tra il 1960 e il 1961 strangolò tre donne e fu preso dalla Polizia mentre tentava di strangolarne una quarta.

L'imputato fu esaminato da tre periti separatamente.

Per lo psicologo che lo vide per un totale di sei ore, H. A. B. appariva distaccato dalla vita estraneo ad ogni cosa. La diagnosi anche a seguito di vari tests somministrati, fu di personalità con struttura schizoide che nel travaglio per adattarsi alle esigenze della vita si trovava sulla soglia di un processo schizo-paranoide. Lo psicologo non riscontrava comunque una franca patologia. Il quoziente intellettuale risultava essere di 91. La vagina, i polmoni e la trachea erano risposte frequenti al Rorschach, circa il 40% : alla quarta tavola rispondeva di vedere inizialmente una vagina, poi una pelle d'orso, poi una testa di serpente, sintetizzava alla fine dicendo di vedere un orso femmina che era stato scuoiato per fare una coperta. Al colloquio si riscontrava una forte influenza esercitata dalla sua immagine distorta dal corpo, decisamente manifesta per la zona genitale e respiratoria.

Riguardo all'apparato genitale maschile presentava una confusione anatomica fra testicoli e le parti intestine interne. Il suo concetto di tubi nel pene e di tubi in gola (trachea) mostrava chiaramente una diffusa indistinta sessualità riferita impropriamente a parti del corpo. La sua nozione dell'apparato respiratorio comprendeva un sistema di « valvole di aspirazione » che controllavano la espansione e lo « sgonfiamento » dei polmoni, un'operazione che descriveva a lungo. Ciò simboleggiava la tumescenza e detumescen-

(72) BRYAN M., *Legai Aspects of Hypnosis*, cit.

za del pene. Lo psicologo deduceva da ciò la matrice emotiva dei suoi delitti.

Lo psichiatra esaminò l'imputato per circa dieci ore ed intervistò per altrettanto tempo i suoi parenti e conoscenti; anche attraverso varia documentazione riuscì a ricostruire la vita anteatta del reo. La madre era epilettica ed incapace di governare la casa e di educare i figli. Il padre, diceva, fosse stato sposato dieci volte senza mai ottenere un divorzio, usava per tenerlo buono, quando era piccolo, somministrargli del gin. I genitori morirono quando H. A. B. aveva sei anni e questo fu, dopo varie peripezie, adottato da una coppia, il signor B. e la signora M. B. Quest'ultima che gli fungeva da matrigna, era anche sua sorellastra essendo stata figlia di un primo matrimonio del padre dell'imputato. Poiché gli adottanti erano molto occupati egli era affidato ad una governante e ad una zia M. che fu una delle sue vittime, alla quale il bambino era molto legato. Le altre due donne uccise successivamente invece sembravano in apparenza prive di importanza per il paziente. S. P. era un'inquilina di casa di M. B. e E. M., una vecchia signora che una volta era stata gentile con lui.

A scuola il suo rendimento era scarso per mancanza di interesse allo studio. A 18 anni partì per la guerra in Corea. Raccontava che in guerra rideva dei suoi compagni in quanto loro avevano paura, mentre a lui non importava niente di vivere o morire. Per farsi rimpatriare commise a bella posta delle piccole infrazioni, fu incarcerato poi inviato in patria perché indesiderabile. Da sempre cercava la compagnia di ragazze più vecchie di lui, questo probabilmente perché era alla ricerca di protezione materna e di affetto piuttosto che di una relazione fra pari. Si masturbava spesso e quando lo faceva fantasticava di violentare una ragazza.

L'imputato disse allo psichiatra che spesso per molti anni aveva avuto pensieri omicidi, soprattutto negli week-end quando era solo e depresso. Pensava di uccidere persone verso le quali nutriva rancore, disse che aveva pensato di uccidere anche la signora M. B., ma al momento non gli veniva in mente di avere mai pensato di uccidere la zia M. o le altre due donne. Non una delle vittime, tranne la zia, avevano provocato in lui del risentimento. Inoltre non capiva perché le persone lo considerassero un assassino

spinto da motivi sessuali, dato che egli aveva pensato di uccidere persone di ambo i sessi e a lui sembrava giusto un caso che avesse ucciso tre vecchie signore. Un'altra cosa che lo lasciava perplesso era il perché le avesse strangolate, quando aveva sempre pensato di uccidere con un fucile. Egli diceva che quando uno usava il fucile non aveva bisogno di essere forte. Per lui chi era forte era molto considerato, mentre chi era debole era poco considerato e mal visto. Poco prima del primo omicidio, il giovane era stato invitato da un masochista, incontrato in un bar, in cambio di dieci dollari, a picchiarlo. H. A. B. aveva consentito, e mentre lo picchiava, alla vista del sangue si era eccitato sessualmente fino a raggiungere l'orgasmo.

Il primo omicidio avvenne di domenica. Andò a fare visita alla signora E. M. e mentre guardava con lei la televisione pensò di ucciderla. Ma tale impulso fu trattenuto, finché questa nell'alzarsi non gli voltò le spalle. Allora l'impulso di strangolarla fu più forte di lui. Le si avvicinò e la prese per la gola con l'avambraccio sinistro, strinse finché non fu senza vita. Mentre la uccideva provava verso di lei una collera furibonda. Dopo l'omicidio si chiese perché l'avesse fatto e per evitare di essere scoperto simulò un omicidio a scopo sessuale, strappandole i vestiti. Per lui la vita poi continuò come prima, bevendo, masturbandosi e covando fantasie omicide.

Anche il secondo omicidio avvenne ancora di domenica, dopo che con la vittima S. P. aveva avuto un rapporto sessuale. Si intratteneva con la donna dopo che era andato al cinema a vedere il film «Psycho», e nel momento in cui questa alzandosi gli voltò le spalle, le si avvicinò e la strangolò con l'avambraccio sinistro, come aveva fatto con la prima vittima, e come con la prima, aveva già pensato di strangolarla anche nei momenti subito precedenti, ma aveva dominato l'impulso fino a che questa non si voltò.

Questa volta tentò di nascondere il cadavere. Il lunedì cercò aiuto presso il suo amico S. e poiché rifiutò andò alla zia M. per parlarne.

Ma la zia, che come la prima vittima stava guardando la televisione, gli disse che era stanca e che non aveva voglia di parlare. Questa, finita la trasmissione, si alzò rifiutandosi di dargli retta

e per caso gli voltò le spalle. H. A. B. la strinse al collo col suo braccio sinistro, prima di strangolarla le ripeté che doveva parlarle, Mentre la zia si dibatteva e così serrò la presa fino ad ucciderla. Spense la luce e rimase a dormire nella casa stessa della zia.

Sempre per simulare un omicidio a sfondo sessuale, la mattina dopo le stracciò le mutande.

Andando con l'automobile della zia verso il suo posto di lavoro, incontrò una collega di lavoro, la signorina M. P. La invitò a bere un caffè dirigendosi in macchina verso il bar. Ad un certo punto spense il motore e mentre lei gli voltava la nuca tentò di strangolarla. Questa si divincolò e gridando attirò l'attenzione di alcuni passanti che, intervenuti, lo fecero arrestare.

La diagnosi dello psichiatra fu: personalità schizoide, cronica, tendente all'isolamento, caratterizzata da una prepotente fantasia, grave mancanza di conoscenza di se stesso e degli altri, ingenuità, tendenza alla masturbazione piuttosto che al rapporto sessuale, patologicamente bugiardo, dedito all'alcool, impulsivo e con una debole tolleranza alle frustrazioni.

Sul piano psicodinamico lo psichiatra notava che il suo sentimento negativo verso le donne dipendeva proprio dal fatto che esse parlavano d'amore e non lo davano e verso gli uomini dal fatto che avrebbero dovuto guidarlo e non lo facevano. I suoi pensieri di morte erano frutto della sua indifferenza verso la vita per cui la morte non era una cosa così importante dato che non voleva vivere.

Gli omicidi erano compiuti quando l'imputato si trovava solo con una donna che rappresentava, dato tra l'altro il divario di età, sua madre, e quando la donna gli voltava le spalle (ciò rappresentava simbolicamente il rifiuto da parte della madre di lui).

Lo psichiatra concludeva che l'imputato doveva considerarsi non imputabile in quanto i suoi crimini apparivano del tutto irrazionali e totalmente dominati dall'emotività senza che questo potesse rendersi conto del significato delle sue azioni.

Con l'ipnotista Bryan si espresse con le stesse parole nel descrivere il momento in cui l'impulso diventava irresistibile : « Si alzò e mi volse le spalle, allora mi avvicinai e con l'avambraccio sinistro la strinsi al collo».

Nei colloqui con Bryan risultò che, pur non ricordando le malattie avute, qualunque cosa gli capitasse riguardava sempre il suo lato sinistro, e infatti le uniche cicatrici che aveva, erano a sinistra, e che le volte che ebbe mal di testa fu sempre dalla parte sinistra, così le uniche due operazioni di ernia, tutte e due a sinistra e la bruciatura che si causò egli stesso con una sigaretta per trovare la sua capacità di resistere al dolore con l'autoipnosi, fu al braccio sinistro. Gli fu chiesto se non gli era mai capitato di essere impotente, rispose di sì, che una volta gli capitò. Aggiunse che di solito preferiva i preliminari che il rapporto vero e proprio, in quanto questo gli appariva troppo violento.

Successivamente l'ipnotista lo indusse in uno stato di ipnosi e gli fece un test di associazione di parole.

Fra queste associazioni le più interessanti furono (la prima è la parola stimolo e la seconda la risposta di H. A. B.):

Ansietà - *omicidio*; ipnosi - *verità*; girarti le spalle - *omicidio*; psiche - *omicidio*; odore - *morte*; latte - *seno*; strangolare - *morte*; paura di... - *omicidio*; penitenziario - *pace*.

Successivamente lo fece regredire di età al tempo in cui vide il film « Psycho » e il sangue che si vedeva in quel film gli ricordò E. M., una delle donne che aveva ucciso.

L'ipnotista gli chiese che cosa provava di fronte agli omicidi del film. Rispose : « Odio per mia madre, soltanto la morte di mia madre, e poi il coltello e poi quell'altro grido lanciato, ma la morte significa pace. Sembrano come uniti tutti insieme in qualche luogo, ma non capisco. Morte, strangolare, sangue, pace, madre, odio, e il mio lato sinistro nell'oscurità».

Nell'incontro successivo, sempre in ipnosi, il paziente raccontò tutti gli incidenti che gli capitavano e tutti sempre nella parte sinistra del corpo. Da ciò era arrivato ad identificare la parte sinistra come il suo lato cattivo, mentre quello destro era quello buono. Attraverso regressioni di età il paziente visse vari episodi e tutti e tre gli omicidi. Mentre riviveva l'uccisione di S. P. quasi strangolava il suo avvocato Robert Stanley che era presente. La cosa accadde perché, mentre il giovane raccontava, gli fu detto che il suo avvocato era S. P., che era con lei e che le luci erano spente. L'avvocato, come aveva fatto S. P., voltò le spalle all'imputato;

questi allora gli si avvicinò e tentò di strangolarlo. Occorse l'intervento dell'ipnotista per fermarlo.

Con la creazione di questo conflitto sperimentale Bryan si proponeva di constatare la validità di talune delle sue ipotesi circa i fattori scatenanti dell'omicidio:

a) La vittima rappresentava per l'imputato la madre;

b) erano soli;

e) le luci erano sempre spente, o se non le luci qualche illuminazione (come la televisione; anche il motore spento come nell'ultimo tentativo può considerarsi come una fonte di energia che viene meno);

d) la vittima gli voltava le spalle e lui l'afferrava con il braccio sinistro;

e) dopo l'omicidio cercava di dare una motivazione manifestamente sessuale allo stesso.

In un colloquio allo stato di veglia raccontava che desiderava sfuggire, isolarsi, che odiava i compagni di scuola che lo avevano sempre preso in giro perché troppo magro; da loro e da tutti voleva fuggire. L'ipnotista allora gli chiese da chi volesse fuggire in particolare; il paziente esitò, l'ipnotista pose di nuovo la domanda ma ora disse che lo chiedeva alla parte più profonda della mente del giovane, questi rispose: «Da mia madre». «Perché?», chiese l'ipnotista. «All'improvviso ho paura», rispose. Non seppe dire di che cosa avesse paura, ma che il sentimento che provava in quel momento era di distruggere qualcuno. Dopo che il giovane ebbe finito di parlare gli chiese come si sentiva, rispose che aveva mal di testa alla parte sinistra. L'ipnotista intervenne suggerendogli una visualizzazione: gli chiese se riusciva a vedere un vaso. Rispose affermativamente, ma disse che ne vedeva solo metà; l'altra era indistinta e sentiva una forte pressione alla testa sul lato sinistro e sull'occhio sinistro che gli impediva di vedere. C'era solo un modo per liberarsi di essa, la masturbazione. Soggiunse che tutte e tre le volte che aveva ucciso aveva provato tale pressione, ma era scomparsa dopo l'uccisione. Di solito anche dopo essersi masturbato la pressione scompariva; quando si masturbava talvolta pensava di violentare una ragazza, ma di solito pensava di torturare qual-

che vecchia signora, e quando realmente le torturava o le uccideva allora raggiungeva l'orgasmo più bello e piacevole di quello ottenuto con un rapporto. Infatti affermò che mentre le strangolava, era come avere mentalmente un rapporto sessuale con quelle donne.

L'ipnotista gli chiese di associare al sangue qualche idea o emozione. Il giovane rispose che non sapeva. L'ipnotista aggiunse: « So che non lo sai, ma voglio parlare non alla parte cosciente della tua mente, ma alla parte subcosciente, e voglio che torni indietro all'incidente, che tu possa spiegarmi che cosa significa veramente il sangue per te». Il giovane dopo qualche minuto disse:

« H.A.B. — Sono in un bar e c'è un individuo, è un masochista che mi offre del denaro per essere picchiato. Allora vado a casa sua e lui si toglie la camicia ed io lo picchio con la cintura. Quando vedo il sangue sulla sua schiena raggiungo l'orgasmo, il più bello ed intenso io abbia mai provato. Egli mi volta le spalle e lì vi era sangue. Il sangue proprio come il mio seme.

Bryan. — Vuoi dire che il sangue ha un significato sessuale per te?

H. A. B. — Non lo so, io credo. Sembra come se il sangue, il seme e l'orgasmo, siano collegati in qualche modo. Io proprio non so, ma mi è venuto mal di testa solo dalla parte dell'occhio sinistro.

Bryan. — Voglio parlare alla parte più profonda della tua mente, voglio chiederti se hai mai avuto rapporti con qualcuno che desideri, vivo o morto o se c'è qualcuno con cui avresti voluto avere rapporti?

H. A. B. — Non so.

Bryan. — La prima persona che ti viene in mente...

H. A. B. — Non lo so.

Bryan. — La prima persona che viene in mente alla parte subconscia e non a quella conscia, svelto...

H. A. B. — Forse con mia madre; questo è così inaccettabile e violento. È sesso e uccisione. È come strangolare. Ho un forte mal di testa all'altezza del mio occhio sinistro; vedo il sangue e sto venendo. Sto raggiungendo l'orgasmo, è il masochista. È tutto così confuso.

Più avanti sempre durante l'ipnoanalisi diceva:

H. A. B. — Lo so che suona buffo, ma per me, sesso e violenza, sono la stessa cosa.

Bryan. — Soprattutto strangolare?

H. A. B. — Sì credo. Sesso e strangolare veramente sono insieme. Non ho mai pensato a questo prima. Ho avuto dei sogni.

Bryan. — Che genere di sogni?

H. A. B. — Fin da quando ero in prigione quasi ogni notte sognavo di strangolare qualcuno.

Bryan. — Che tipo di persone?

H. A. B. — Di solito donne, donne anziane. Qualche volta una ragazza e una volta sognai di strangolare un leopardo.

Bryan. — Hai qualche idea del perché sognavi vecchie signore quando eri in prigione?

H. A. B. — Non lo so, eccetto che tu sei lì così isolato dal sesso.

Bryan. — Che senso ha ciò?

H. A. B. — Non lo so, mi è scappato fuori ».

Bryan era giunto alla conclusione che lo spegnere la luce (e il motore) per l'imputato significava morte.

Inoltre tutti gli omicidi avevano un significato simbolicamente sessuale ed in particolare incestuoso, in quanto tutte le donne potevano rappresentare per lui la madre. D'altronde anche il suo difetto nell'erezione confermava la presenza di un complesso edipico non risolto.

L'attività sessuale poi era vissuta da H. A. B. come qualche cosa di violento, che serviva a scaricare la tensione, una tensione interna insostenibile, quasi una difesa contro un'aggressione. Cercava nella prigione la pace dalla propria conflittualità come mostrano le sue associazioni ed è pertanto pensabile che l'ultimo tentativo di omicidio fosse stato compiuto in modo talmente maldestro proprio per essere scoperto ed arrestato.

La connessione tra la sensualità e i suoi omicidi, fu testimoniata dalle sue stesse parole, quando disse che masturbandosi riusciva ad eliminare quella pressione all'occhio sinistro, e che lo stesso sollievo otteneva strangolando. Poiché masturbandosi raggiungeva più piacere che con il rapporto sessuale, probabilmente nello stesso tempo in cui pensava di strangolare qualche vecchia signora

mentre si masturbava, pensava ad un rapporto sessuale con loro mentre le strangolava.

Bryan riteneva di dover cercare un episodio della vita dell'imputato in cui avesse avuto un rapporto di tipo sessuale con la madre, che egli intese come un « voltare le spalle » ed in condizioni di oscurità e mentre lui sentiva una pressione nella parte sinistra del suo corpo. L'ipnotista riteneva cioè che gli omicidi fossero degli acting out per difendersi da questo tipo di accadimento che continuamente a certe condizioni si ripresentava nella sua vita psichica. In una regressione Bryan lo portò al momento della sua nascita. Il giovane cominciò ad assumere una posizione simile a quella che il neonato ha nel ventre materno. Quando l'ipnotista gli disse che stava per nascere, il suo viso divenne pallido e incominciò a soffocare. Ecco il brano più significativo di questa regressione:

« Bryan. — Cosa accade? Tu puoi parlare anche se stai nascendo, la parte della tua mente che mi ascolta può parlare e rispondermi. Cosa ti sta accadendo?

H. A. B. — Sto soffocando, sto soffocando.

Bryan. — Come puoi soffocare?

H. A. B. — Sto soffocando e morendo.

Bryan. — Chi ti soffoca?

H. A. B. — Mia madre.

Bryan. — Come ti sta soffocando?

H. A. B. — Ha una convulsione mentre sto nascendo, i suoi muscoli stanno stringendo, il mio collo è soffocato.

Bryan. — Vai avanti, dimmi.

H. A. B. — Vi è sangue, sangue tutto intorno, ed il suo organo genitale mi sta strozzando; è terribile sto soffocando. Sono riuscito ad uscire. Sto soffocando, sto per morire.

Bryan. — Tu ora sei fuori, sei nato e vieni al tempo presente molto lentamente, però il tuo subconscio sarà capace di spiegarti il rapporto tra sesso e lo strangolare, tra sangue e seme, tra sangue nella vagina e seme nella vagina, ciò che ti accadde alla nascita che alterò la tua mente. Svelto, dimmi il modo più completo di rapporto sessuale.

H. A. B. — Strangolare.

Bryan. — Che accadde mentre strangolavi?

H. A. B. — Fu come se le luci si fossero spente ed ogni cosa divenne nera, il nero della morte. E poi mia madre morì, mi voltò le spalle. Mi è venuto mal di testa dalla parte dell'occhio sinistro.

Che questo modo di rivivere le emozioni in ipnosi sia una vera regressione è, come si è visto, controverso, ed in particolare lo è quando i segmenti di vissuto che si vogliono riattivare attengono ai primi momenti della vita. A tutti è noto poi quale è stata la polemica tra Rank e Freud circa il significato del trauma della nascita nell'eziologia delle nevrosi, comunque le deduzioni possibili in questo caso sono affascinanti.

La madre che soffriva di epilessia ebbe una crisi durante il parto che rischiò di strangolare il nascituro con delle pressioni che, possiamo supporre essere state essenzialmente nella parte sinistra del corpo del bambino. Questi fu condizionato da quella prima esperienza così che, vedendo una donna più anziana di lui, quindi più vicina come età a sua madre che a se stesso, che gli « voltava le spalle » — come la madre avrebbe fatto nel momento in cui egli nasceva e più tardi morendo — ed in condizione di oscurità (la cecità del neonato), reagiva strangolando per non venire soffocato, quasi in condizioni di una legittima difesa. Il tutto in un contesto sessuale (la vagina che gli stringeva il collo al momento della nascita e il suo desiderio edipico).

Le varie costanti ambientali e comportamentali che si riscontravano nei differenti omicidi, risvegliavano quasi metaforicamente quella prima dolorosa esperienza della nascita e scatenavano la reazione che era stata attivata dalla stimolazione erotica provata con il masochista.

L'imputato fu considerato colpevole di omicidio di primo grado, cioè premeditato, e condannato a morte in una camera a gas del penitenziario di San Quintino in California; la Corte non ritenne probanti le risultanze ottenute mediante ipnosi.

Recentemente Kline (73) ha descritto tre casi, e le relative tecniche utilizzate, per mostrare come l'ipnotista, chiamato quale consulente dell'imputato, possa aiutare la difesa a mostrare la condi-

(73) KLINE M. V., *Defending the Mentally 111: the Insanity Defense and the Role of Forensic Hypnosis*, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 375.

zione psicopatologica del reo al momento del fatto. Nei casi da lui discussi, tramite l'ipnosi, si riuscì a dimostrare che degli omicidi si trovavano al momento del compimento dell'azione criminosa in uno stato di alterata consapevolezza e volontà. Per esempio, l'omicida della propria moglie e del suo amante, che aveva poi tentato di uccidersi e che negava, contro ogni evidenza, la propria responsabilità per l'evento criminoso, in ipnosi descriveva l'omicida come persona uguale a se stesso ma differente da lui. A questa persona poi attribuiva il tentato omicidio della propria persona: rappresentava così la propria dissociazione psichica anche rispetto a come lui si rappresentava in rapporto a ciò che aveva compiuto (omicidio-suicidio). A seguito di questo intervento fu rilasciato dopo due anni di carcere con prescrizione di trattamento psichiatrico.

14. A mio modo di vedere l'ambito più fecondo di applicazione dell'ipnosi in campo giuridico è quello della *criminologia*.

Attraverso l'ipnosi, per esempio ancorandosi ad un punto di vista psicoanalitico, si possono ricostruire a scopo diagnostico e terapeutico le dinamiche profonde che hanno condotto l'individuo al crimine.

Nel caso appena discusso dello strangolatore statunitense ne abbiamo un esempio chiaro; anche Lindner(74) ha raccontato come, attraverso delle sedute di ipnoanalisi, riuscì a fare piena luce sul comportamento criminoso di un individuo definito personalità psicopatica.

La letteratura in materia è molto scarsa perché questa applicazione dell'ipnosi è appena agli inizi (75).

Ambrose e Newbold(76) hanno usato l'ipnosi per permettere a dei bambini di scaricare le loro tensioni e paure e questo, insieme con la rieducazione, ha aiutato un alto numero di giovani

(74) LINDNER R., *Rebel without a Cause*, Grune and Stratton, New York, 1944; dello stesso autore cfr., *The Hypnoanalytic Technique with Prisoners*, in LINDER R., SELINGER R., *Hand-Book of Correctional Psychology*, Philosophical library, New York, 1944, 632.

(75) KROGER W. S., FEZLER W., *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*, Lippincott Company, 1977, 258.

(76) AMBROSE G., NEWBOLD G., *Handbook of Clinical Hypnosis*, Baillière, Tindal and Cox, Londra, 1965.

delinquenti. In qualche caso la regressione e la rivificazione vennero usati per far rivivere episodi traumatici.

Mellor(77) ha curato 13 di 14 giovani delinquenti che erano refrattari ad ogni tipo di terapia. Fece uso di risposte ideomotorie e in particolare della levitazione della mano per stabilire l'autenticità dei fattori traumatici ed emotivi che causavano questi ricomportamenti. Con questa tecnica si eliminò rapidamente il blocco emotivo, evitando collere e reazioni violente da parte dei ragazzi.

Un ragazzo di tredici anni (78) venne curato da Kroger con 5 sedute di ipnoterapia. Presentava vari sintomi devianti come fughe da scuola ed aggressioni fisiche e verbali nei confronti dei genitori, degli insegnanti e dei compagni di scuola. Con l'ipnosi Kroger riuscì a stabilire un buon rapporto con il ragazzo, che così riuscì ad elaborare psicologicamente il suo atteggiamento ostile verso i genitori e verso gli altri in genere. Il giovane era un figlio adottivo e pur rendendosi conto che aveva bisogno dell'aiuto dei genitori, sentiva una notevole dipendenza ed ostilità nei loro confronti e queste sensazioni venivano poi proiettate sui genitori e su altre persone rappresentative di essi. Ai genitori, molto severi, fu consigliato di lasciargli maggiore libertà. Suggestioni post-ipnotiche vennero usate per migliorare il suo rendimento scolastico. Il suo atteggiamento ribelle ed i tentativi di vendicarsi per un controllo troppo rigido furono così eliminati in breve tempo. L'ipnosi accelerò così il processo psicoterapico.

Allo scopo di mostrare le possibili applicazioni diagnostiche in tema di devianza voglio riferire abbastanza dettagliatamente un caso di cui mi sono occupato nel 1970.

Un collega avvocato mi inviò un suo giovane assistito, Bruno S., di 19 anni, imputato di vari furti di motociclette, che ammetteva di tenere un comportamento deviante in vario modo. La madre che lo aveva allevato in modo particolarmente oppressivo, temeva che il giovane potesse aver compiuto dei reati molto gravi. Seppi poi che la madre era stata più volte ricoverata per tentativi di sui-

(77) MELLOR N. H., *Hypnosis in Juvenile Delinquency*, letto al 35th Pan-American Med. Assn. Meeting, May 4, 1960.

(78) ICROGER W. S., *op. cit.*

cidio e che comunque prendeva un numero notevole di « Perequil » al giorno per « stare calma ».

Come chiarii al collega che voleva dei lumi circa la personalità del ragazzo anche a fini difensivi, lo scopo dei miei colloqui successivi sarebbe stato teso unicamente a comprendere le ragioni profonde di questa condotta. Quel che segue rappresenta soltanto un'indicazione sul metodo adottato e sui risultati raggiunti, soprattutto attraverso stralci delle nostre conversazioni registrate al magnetofono, che furono in tutto dieci, oltre ad una brevissima preliminare.

Bruno, venendo da me per un incontro informale prima di iniziare le sedute vere e proprie, appariva come un bel ragazzo, intelligente, ma spesso confuso nell'esposizione, aveva un diploma di scuola media inferiore e dichiarava di non lavorare, di non studiare, di vendere sigarette di contrabbando, di avere una volta tentato il suicidio. Aggiungeva di non essere affatto preoccupato per i due processi, ma piuttosto per problemi suoi personali di carattere sessuale. Volutamente non approfondii questo punto, e gli fissai l'appuntamento per il nostro primo incontro.

Nella *prima seduta* gli somministrai l'Hand Test allo scopo di valutare la sua attuale pericolosità e non ebbi la sensazione che si trattasse di un individuo pericoloso. Scegliendo come preferita la sesta tavola del test, che rappresenta una mano chiusa a pugno, però, così motivava:

Bruno. — Ma, cioè, questo si può ricollegare a tutto, cioè un po' la mia vita, il desiderio di essere superiore in qualcosa, perché infatti è il dominio che potrebbe significare quella mano; cioè in effetti mi piacerebbe essere superiore, così perché sono sempre stato considerato un po' così, infatti i miei insuccessi si verificano un po' dappertutto, con le donne e altre cose. E in effetti avevo anche tentato, cioè per porre un rimedio cosa è che ho fatto, ho cominciato a studiare, cioè studiare un po' di tutto, filosofia, politica, psicologia, ecc.

Nella *seconda seduta* dopo aver descritto come era stato scoperto per due volte con motociclette che aveva sottratto, ammetteva di averne rubate molte altre volte (scherzando diceva che le aveva « prese a prestito »). Raccontava poi di vendere delle sigar-

rette e di avere mandato a « battere » sul marciapiede la ragazza che aveva e che ora lo aveva lasciato, per procurarsi i soldi per la moto.

Bruno. — Adesso poi quella lì non c'è l'ho più, questa ragazza cioè, adesso è ritornato tutto come prima, cioè prima avevo dei problemi più importanti che in effetti ho tutt'ora, però prima si facevano sentire perché ero a contatto con questa ragazza; cioè, l'andare a letto tutti i giorni, tutte le sere rimanere per circa dodici ore, perché più o meno si stava così a letto, dalla sera fino al pomeriggio, e senza mai fare niente, a un certo punto sorge il problema più importante della moto.

Gulotta. — Cioè il problema sessuale?

Bruno. — E sì!

Gulotta. — Ed esattamente come si manifestava?

Bruno. — Cioè, devo dire tutto quello che?...

Gulotta. — Sì mi dica tutto quello che...

Bruno. — E va bè, a un certo punto e... non « tira » e questo non è che l'abbia scoperto solo oggi perché con questa ragazza sono da 21 giorni, 21 giorni che ci sono stato insieme, non è che l'abbia scoperto ultimamente; già altre volte l'avevo scoperto così. Anche il fatto che mi masturbassi, senza alcun risultato, in effetti cioè io posso quasi affermare con certezza, salvo magari un caso, o due che sia con l'attività sessuale sia con la masturbazione o cose del genere, di non essere mai venuto, di non avere mai provato la gioia dell'amplesso, diciamo. Sì in effetti mi lascia abbastanza indifferente la cosa, e mi preoccupa, naturalmente.

Gulotta. — E questa questione della moto, cioè lei diceva che la ragazza era andata a « battere » per la moto, in che senso?

Bruno. — E, perché volevo comperare la moto naturalmente e, in effetti ci penso tuttora alla moto, per che tutte le volte che mi sono trovato con una moto, cioè me ne andavo in giro così, senza una meta dimenticavo tutti i miei problemi, piccoli o grandi che fossero.

Gulotta. — E i rapporti con questa ragazza come erano?

Bruno. — Disastrosi, cioè, disastrosi nel senso, chiaramente per me, anche per lei perché a un certo punto si faceva un po' di tutto però non si arrivava al sodo, cioè, io non arrivavo al sodo,

e naturalmente adesso che non l'ho più, la rimpiango, però non la rimpiango neanche del tutto, perché so che stando con me, a parte il fatto che non sarebbe potuto durare, soffrivo io e anche lei, io per i miei motivi e lei perché a un certo punto, per salvaguardare, diciamo pure la mia pseudo-virilità, cioè ero costretto a maltrattare la ragazza dicendole che era una grandissima puttana e cose del genere, così le dicevo: che io non volevo fare l'amore con lei, invece non era affatto vero.

Gulotta. — Ecco tutte queste cose, in che rapporti sono con il fatto di prendere le moto degli altri?

Bruno. — Cioè, ma, non è che io voglio prendere, cioè prendo le moto perché come ho detto, a parte il fatto che mi diverte, così, cioè un senso di libertà, cioè perché se io avessi la mia moto userei la mia moto naturalmente, non che io vada a rubare le moto per il gusto, così per il gusto di rubarle o cose del genere che so io, infatti continuavo a cambiarle perché magari le sfasciavo, allora...

Gulotta. — E perché non lavorare per comprarsela, cioè fare un lavoro normale?

Bruno. — E ma, vede qui adesso, cioè chiamiamola pure incostanza, non so, comunque cioè, ho sempre cioè, non è da ieri che ci penso alla moto, ho sempre tentato di lavorare, di fare qualcosa, anzi ho lavorato, ho fatto ad esempio il facchino, quasi sempre il facchino perché è quello, cioè uno che non sa far niente pagano di più, e ho fatto il facchino da tutte le parti, all'orto mercato così. Ma a un certo punto arrivo ad esempio a centomila lire, poi le spendo perché, faccio fatica a farle su, io vorrei farle in un lampo così, cioè che poi tra parentesi posso dire che mi stanco anche a vendere sigarette.

Gulotta. — Come sono i rapporti con sua madre?

Bruno. — Diciamo, quasi uno schifo?

Gulotta. — Come mai?

Bruno. — Ma, per colpa mia, per colpa sua, comunque sta di fatto che io preferisco star fuori di casa, non è, certo, che mi lamenti ecco, solo che, il fatto che, ad esempio, adesso sono andato fuori di casa per ventun giorni perché avevo la ragazza, avevo i soldi, così poi sono ritornato, perché? Non perché abbia voglia

di ritornare con la mamma, ma semplicemente perché so che a un certo punto se io sono fuori, io devo far la fame o cose del genere.

Gulotta. — Ma perché dice che sono uno schifo questi rapporti?

Bruno. — Ma, cioè, no, non ci parliamo mai così si continua a litigare, poi a un certo punto io non tendo affatto di capire mia madre, lei, magari anche se mi aiuta molto, infatti per il processo, per tutti i guai che mi capitano, mi aiuta sempre, però, cioè adesso non posso neanche magari farle un'accusa, io non so.

Gulotta. — E con suo padre?

Bruno. — Ma con mio padre cioè, non c'è niente, questo da quando sono nato, anche prima magari, perché, cioè, lui fa il suo lavoro pensa al mangiare, così, ma cioè di me credo che non gli importi molto, infatti quando io sono andato via di casa, questi ultimi tempi, questi ultimi ventun giorni qua, ho detto a mio padre che andavo a lavorare fuori Milano, lui che ci abbia creduto o meno, comunque ha detto : « va bene ». Invece mia madre subito : « E dov'è che lavori? Dove vai? ». E così, cioè si è preoccupata di più, poi con mio padre ogni tanto c'è la rissa, così.

Gulotta. — Vi picchiate?

Bruno. — No, non è che ci picchiamo, succede un po' di casino poi tutto ritorna come prima, poi sì, magari non è che lo disprezzi, però, cioè il suo modo di comportarsi, non so come dire non è da, cioè, è troppo sottomesso a mia madre ecco, cioè, lui se ha da dirmi qualche cosa prima lo dice a mia madre, dopo se mia madre dice qualche cosa salta fuori anche lui, se c'è da rimproverare qualcosa così, perché lui non prende mai l'iniziativa di sgridarmi un po' che adesso non sarebbe neanche possibile perché mi ribellerei, però anche quando ero più piccolo, così.

Gulotta. — Perché si ribellerebbe?

Bruno. — E perché ormai ho preso l'abitudine così diciamo cioè, perché forse ho sempre fatto quello che volevo così.

Gulotta. — Come è stata la sua infanzia?

Bruno. — Sono sempre stato handicappato, cioè, sin dalle elementari ero sempre isolato perché, colpa delle orecchie a sventola e mi chiamavano «Dumbo», la cosa naturalmente mi dispiaceva allora me ne stavo isolato, poi ho cominciato le medie così, e an-

che lì, gli altri magari uscivano con la ragazzina così, e io invece me ne stavo sempre a casa con la mamma per questo cioè, adesso mi da fastidio, che poi avevo anche scritto un qualcosa, ma devo cercarlo, riguardo i miei rapporti con mia madre quando era più giovane.

Gulotta. — Sì me lo cerchi.

Bruno. — Comunque non so se ce l'ho ancora, cioè, il fatto che mi dava fastidio che, fino a 12-13 anni, cioè adesso io mi arrabbio da matti a pensarci, cioè andavo ancora in braccio a mia madre, quando ci era la televisione di sera, fino ai 12-13 anni.

Gulotta. — Questo le da fastidio pensarlo?

Bruno. — Eh!, da matti, cioè perché non ha senso, a un certo punto quando uno si dovrebbe evolvere un tantino, si spera, io ancora in braccio a mia madre, e poi appunto questo attaccamento così, in effetti dopo c'è stata la reazione, cioè il fatto che ho trovato un gruppo di amici e mi sono un po' allontanato da casa per vivere la mia vita.

Gulotta. — Senta, a parte le orecchie a sventola, aveva avuto altre preoccupazioni lei per il suo corpo?

Bruno. — Sì, ma, questo appunto, cioè, sempre per l'estetica, cioè, ci sono state diverse fasi, prima verso le elementari avevo le orecchie a sventola e mi sono preoccupato anche perché avevo i capelli corti, dopo quando è venuta la moda dei capelloni, da allora io ho tenuto sempre i capelli che coprivano le orecchie e così, prima dicendo che lo facevo per uno scopo politico o pseudo tale, poi con altre giustificazioni, però tutt'ora mi scoccia tagliarli; poi è venuto il momento del naso, cioè, il naso, ho scoperto che non mi piaceva, per caso, ho trovato un paio di occhiali per terra me li sono messi su e da quando mi sono messo questi occhiali, vedevo che avevo il naso un tantino grosso, allora da lì hanno cominciato a nascere le mie preoccupazioni e a pensare: le ragazze non vengono con me perché ho il naso grosso. Il fatto è che mi rendevo conto che stavo dicendo una cosa sbagliata eppure ho fatto di tutto finché ultimamente sono riuscito a fare la plastica, la rinoplastica.

Gulotta. — Come l'ha fatta? Cioè, chi gliela pagata?

Bruno. — Una mia zia, così, cioè mia madre ha fatto tutto però, cioè perché quando volevo farla io, mia madre non ha voluto poi un giorno sono venuto a casa e mi ha detto che era disposta a fare questa operazione m'ha detto se io ero ancora disposto, naturalmente io ho detto sì anche se, in quel periodo ero con una ragazza e a questa ragazza l'ho detto e lei me l'ha sconsigliato, diceva, «no, stai bene così». Comunque va bè l'ho fatta lo stesso e, mi sono ritrovato come ero prima, col naso un tantino più stretto e con tutte le preoccupazioni di prima, allora ho detto, qui non lo so cosa può essere... Adesso l'ultima fase è stata questa appunto della ragazza, cioè che andando a letto con questa qui io mi sono accorto che ero veramente un disastro, cioè perché io pensavo, visto che il primo rapporto sessuale l'ho avuto, cioè quasi tale, con una prostituta e pensavo che fosse colpa della mia emotività, perché in effetti mi considero molto emotivo, cioè questo penso che sia anche abbastanza reale, per il fatto che anche con questa ragazza, o anche altre, cioè una cosa da niente magari può eccitarmi, mentre per esempio vedere una ragazza nuda magari non mi fa nessun effetto.

Gulotta. — Mi dica una sua fantasia tipica per eccitarsi.

Bruno. — Ma, cioè adesso non ce l'ho più, prima però più o meno un anno fa, cioè pensavo di andare con delle donne grasse, grasse, magari anche non troppo belle.

Gulotta. — E di che età?

Bruno. — Ma, sui 45 così, cioè la cosa poi non mi attira, magari può piacermi una ragazza formosa, ma grassa e di 45 anni, non penso proprio.

Su mia richiesta raccontava poi il tentativo di suicidio leggendomi tra l'altro una pagina del diario che scriveva attendendo «la morte».

Bruno. — Oggi ho preso 15 pastiglie di una medicina, che ora non ricordo bene il nome, l'ho fatto per protesta, poiché proprio oggi sarei dovuto andare a letto con una ragazza, Giovanna, ma per quello che ne so io, mia madre prima me l'ha fatta conoscere, dopo però vedendo che ci sarei anche andato insieme ha preferito che io non la vedessi. L'altro ieri, 14 gennaio, la Giovanna mi aveva telefonato pregandomi di andare a letto con lei, io un

po' titubante ho accettato, lei avrebbe dovuto telefonare oggi, ma mia madre forse avrà captato la nostra conversazione e quindi avrà buttato tutto all'aria, io non vorrei uccidermi perché come ho detto questa è solo una protesta; chissà cosa succederà, ne ho prese altre 5, cioè di più, non riesco, non riesco, sono amare. Ora cercherò di addormentarmi sperando che tutto fili liscio, sono le 16. Sono le 16,20 ho preso altre pastiglie 6 o 7 di un'altra medicina, poiché vedevo e sentivo che le prime non mi facevano niente, queste sono più forti. Bisogna capire che la libertà è di basilare importanza nella vita di una persona e bisogna capire anche che un ragazzo di 17 anni non può stare attaccato alla mamma. Sono le 21,15 sto scrivendo male perché... ».

Gulotta. — In che senso non può stare attaccato alla mamma?

Bruno. — Cioè, il fatto che magari era un attaccamento morboso, così, che poi il fatto che si scoccia, che mia madre cioè, e quello che mi da fastidio in effetti, adesso non più forse perché non ci parlo più, la saluto così, me ne vado fuori, faccio i fatti miei, però, quando voleva dirmi qualcosa di cattivo diceva sempre che ero un po' tarato e la cosa naturalmente mi dava fastidio, allora io dicevo la stessa cosa a lei.

Nella *terza seduta* spiega come l'attaccamento per la madre suscitò da parte sua una brusca virata verso i 15 o 16 anni. La sua posizione esistenziale è ben espressa da un brano del suo diario dopo la lettura di « Bel Ami » di Maupassant : « Noi siamo tutti ipocriti, questa constatazione mi è venuta alla mente diverse volte, quando pensavo a fare un'autoanalisi, al che mi accorgevo che quando sono solo mi ritrovo una personalità ben diversa da quando sono con delle persone per lo meno con determinate persone, persone alle quali non voglio mostrarmi come realmente sono. Questa considerazione può sembrare banale e magari lo è, ma una spiegazione plausibile dov'è? Chiunque potrebbe rispondermi, e ognuno secondo le proprie teorie mi dirà: "Ma certo non posso dire in faccia al mio padrone che mi è antipatico", dirà no! Mentre un altro: "Bisogna essere freddi, calcolatori, e pensare ai propri interessi, questo conta". Ma siamo sicuri che un atteggiamento così sia giusto e che ad un dato momento non verremo veramente falsi-

ficati, continuando a falsificare la propria personalità? Conclusioni: L'ipocrisia esisterà sempre, sempre in maggioranza ».

Ad un test di associazione di parole così risponde: *cielo-mare / I tena-donna / casa-affetto / bambino-seccatura / mamma-amore / genitali-amore / moto-potenza / donna-piacere*.

Già dai nostri colloqui fino a questo punto era emersa abbastanza chiaramente la psicodinamica della sua condotta deviante.

Sentimenti di inadeguatezza nei confronti del proprio corpo (le orecchie a sventola, il naso, ed il pene) che probabilmente rappresentavano delle angosce di castrazione, avevano messo in crisi la sua identità sessuale e sociale." Per conseguirne una, e ad ogni costo, la costruiva negativa tramite una condotta asociale, con il vantaggio di ridestare l'attenzione di chi gli stava intorno e di vincere la paura adolescenziale tipica della passività (che per lui era rappresentata dal padre) ponendosi in una dimensione francamente attiva (il furto, il contrabbando...). In sostanza Bruno, attraverso la sua condotta deviante, sopperiva alla sua impotenza sociale interpretabile come la « fallicizzazione » di tutto il suo corpo.

Il furto delle motociclette poi, come rilevava la sua associazione motocicletta-potenza, doveva sopperire in particolare alla sua inadeguatezza sessuale che gli derivava dal non avere elaborato problematiche edipiche (le fantasie masturbatorie di donne grasse più vecchie di lui e il disgusto per le tenerezze della madre) che lo rendevano punitivo nei confronti delle donne per la paura che queste gli facevano (maltrattamenti alla madre e alla ragazza) e nei confronti degli uomini (il padre) per la rivalità che questi rappresentavano (79). L'induzione alla prostituzione rappresentava poi una strategia per sopperire alla propria impotenza (80).

Per approfondire questi temi proposti al giovanotto di sottoporlo ad ipnoanalisi ribadendogli che la mia era un'indagine meramente diagnostica ai fini criminologici e senza alcun intento terapeutico nei confronti del suo disturbo sessuale (dopo il mio esame l'ho inviato da un terapeuta).

(79) CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE L'EDUCATION SURVEILLÉE, *Vols et Voleurs de Véhicules a Moteur*, Ed. Cujas, Vaucresson, 1965.

(80) Per l'interpretazione psicoanalitica di talune condotte devianti vedi GULOTTA G., *Psicoanalisi e responsabilità penale*, Giuffrè; Milano, 1973.

Poiché il soggetto appariva di buone capacità introspettive, gli proposi di adottare una tecnica di indagine parzialmente allo stato di veglia e parzialmente in ipnosi. Bruno, che era anche intellettualmente interessato all'esperienza accettò di buon grado.

La *quarta e la quinta seduta* le dedicai alla induzione ipnotica e alla creazione di taluni fenomeni utili per l'ipnoanalisi : appariva un soggetto di discreta ipnotizzabilità (punteggio 5 nella scala sia oggettiva che soggettiva il Barber).

Nella *sesta* lo regredii in terza elementare, senza che questa regressione di età avvenisse con reale drammatizzazione; erano fra l'altro presenti molte fluttuazioni al momento presente. Raccontava in quell'occasione di giocare al dottore con delle compagne coetanee e di provare sensazioni piacevoli. Gli chiesi se in casa sua avesse mai provato qualche cosa di analogo.

Ho utilizzato qui, parzialmente, la tecnica del «ponte affettivo» (cfr. Watkins(81)). Essa è nata per superare le difficoltà che in psicoterapia sorgono se il paziente non è molto introspettivo (non è il caso del nostro Bruno), talché nelle associazioni tende ad intellettualizzare anziché ricercare una assonanza affettiva. Attraverso la flessibilità dell'ipnosi circa la possibilità di far spaziare emotivamente nel tempo il soggetto, si può cercare di stabilire in luogo di una concatenazione di idee, come spesso avviene nella terapia analitica vera e propria, una concatenazione affettiva (ponte affettivo). La tecnica è la seguente: di fronte ad un'emozione si tende, tramite l'ipnosi ad esasperarla : « Ora sei anche più disgustato, sempre di più, il disgusto ti opprime ». Poi lo si regredisce ad una situazione indeterminata che abbia in comune con la situazione presente, proprio, per seguire l'esempio, il disgusto : « Ora tu torni indietro nel tempo, nell'esperienza della tua vita, e ti troverai in un momento in cui proverai un disgusto analogo, opprimente. Dove sei? Cosa sta succedendo?». Di solito l'associazione è molto importante. Nel nostro caso, poiché Bruno

(81) WATKINS J., The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1971, 21.

non dava buoni risultati con la regressione di età non ho potuto applicare la tecnica, nella sua completezza.

Dopo varie esitazioni ammetteva di averle provate con la mamma, ma diceva di vergognarsene perché i suoi amici gli hanno detto che certe cose non le fanno.

Nella *settima seduta* lo regredii al giorno del tentato suicidio. La drammatizzazione appariva ancora scarsa, sbagliò addirittura l'anno e non riuscì a ricostruire ciò che aveva scritto nel diario. Essendomi reso conto che la regressione di età non dava risultati utilizzabili decisi di adottare nella *ottava seduta* una tecnica di visualizzazione delle scene.

Gulotta. — Ora lei è profondamente rilassato, calmo e tranquillo, siamo a teatro, lo schiacciare delle mie dita l'addormenta, sempre più profondamente lei è in ipnosi; siamo a teatro, lei è a teatro, siccome c'è gente davanti a noi, troppa gente, io non riesco a vedere, mentre lei vede sulla scena: si sta svolgendo una scena molto brutta che le da molto fastidio, lei è a teatro, c'è? (Bruno fa segno di non esserci). Si è rilassato profondamente, molto profondamente, molto profondamente, ora lei è davanti al botteghino del teatro, sta entrando in un teatro, sta per entrare (questo rituale dell'acquisto del biglietto si è reso necessario perché senza di esso il soggetto non entrava nella parte). Tutto quello che io le dico avviene concretamente, lei lo prova con i cinque sensi, il suo pugno si chiude a poco a poco, ora lei ha preso posto a teatro, non appena avrà preso posto il suo pugno si aprirà. Bene, vedo che il pugno si sta aprendo, siamo a teatro, io le sono accanto ma non vedo cosa avviene sulla scena; lei sì, lei vede molto bene, mi dica cosa sta avvenendo, c'è una scena molto brutta che le da molto fastidio, che scena c'è? Le dico gli interpreti, che lo so già si tratta di una mamma, di un figlio e un papa; so che la scena si riferisce a questi tre personaggi, madre padre e figlio, la scena è molto brutta ma non la vedo, cosa succede? Senta non riesco a vedere, cosa succede nel palcoscenico? Cosa succede? Mi dica cosa succede, io non vedo, non riesco a vedere!

Bruno. — C'è il padre e la madre che si accingono ad andare a letto, il figlio, la stanza da letto è dall'altra parte, il figlio si sta

lavando in cucina perché nella scena non si vede il bagno, ecco adesso ha finito di lavarsi, il figlio, come potrà vedere, ah, non vede, il figlio è sui 12-13 anni, e così, ha finito di lavarsi e, adesso il padre esce, esce dalla stanza della madre e va in un'altra stanza. Adesso c'è solo la madre nella stanza da letto, il figlio in cucina che ha finito di lavarsi, il padre non si vede, e il figlio prima va nella sua camera e si mette il pigiama, dopo gli viene una strana voglia, così, e, poiché sa che la madre in quel momento si sta spogliando, lui dalla fessura comincia a guardare la madre, che si spoglia però sente i rumori del padre e allora si allontana e fa finta di andare a letto perché il padre va a letto; ma dopo il padre ritorna fuori, deve fare delle altre cose nell'altra stanza, non si vede bene, allora il figlio ritorna e vede ancora la madre nuda che si sta mettendo la vestaglia e va a letto, al che va a letto anche lui e si masturba, dopo viene il padre e va a letto.

Gulotta. — Il ragazzo si sente in colpa per questo?

Bruno. — Sembra di sì.

Gulotta. — Perché?

Bruno. — Perché, cioè lui come hanno detto prima, non va con le donne, cioè, con le ragazze, perché si vergogna, quindi sì.

Gulotta. — Senta a lei è mai capitato qualcosa di simile?

Bruno. — Sì.

Gulotta. — Lo ha fatto?

Bruno. — Sì.

Gulotta. — E si è sentito in colpa?

Bruno. — Sì.

Gulotta. — E adesso guardando questa scena nel palcoscenico che effetto le fa?

Bruno. — Mi da fastidio, perché l'ho fatto anch'io.

Gulotta. — Senta, quando lei l'ha fatto, il suo affare era in erezione o no?

Bruno. — Sì.

Gulotta. — E le è dispiaciuto per questo?

Bruno. — Cioè, cercavo di mandarlo giù.

Gulotta. — Come?

Bruno. — Con la forza.

Gulotta. — Mentre guardava dal buco della serratura?

Bruno. — Sì, al che me lo masturbavo di più.

Era chiaro a questo punto che il legame erotico che lo avvicinava a sua madre era andato molto più in là per lui di quanto volesse ammettere e la sua impotenza era dovuta, da un lato alla sua ostilità nei confronti delle donne in quanto rappresentanti materne, e dall'altro, dall'essersi in un certo periodo opposto all'erezione in quanto possibile mezzo per godere di rapporto incestuosi. L'erezione insomma rappresentava in sé il rapporto incestuoso.

Nella *nona seduta* Bruno narrò un sogno su cui aveva anche preso degli appunti; ecco come lo raccontava in condizioni di veglia.

Bruno. — Allora mi sono svegliato alle 7 poi alle 10,30 così, allora qui l'ho scritto un po' a pezzi così, non si può scrivere una cosa unitaria, allora: Sono all'incirca al quarto piano, così della Rinascente, e inizio a scendere al III-II-I piano... non mi ricordo bene. Mi trovo alla Rinascente e mi attirano degli oggetti che mi fanno venire in mente che devo fare un film nell'Amazzonia, esco dalla Rinascente e percorrendo il sottopassaggio della metropolitana, mi trovo nell'Amazzonia; di queste due parti non sono molto sicuro, comunque sta di fatto che, in una terza parte arrivo sempre nella foresta dell'Amazzonia. Quarta parte, tutto è molto confuso, sembra che devo girare delle sequenze per un film, però mi avvertono che mi troverò in situazioni spiacevoli: come il trovarmi tra degli escrementi, non so di che provenienza, e dovrò combattere contro un serpente velenoso. Tutto si verifica, a un dato momento mi trovo il corpo e il braccio destro imbrattati di escrementi, e qui mi rammento di essermi già trovato in una situazione simile, sono pieno di schifo, ma mentre sto per pulirmi vedo tra l'erba un serpente al che lo prendo e lo uccido.

Gulotta. — Cosa le fa venire in mente questa questione degli escrementi?

Bruno. — Bè, cioè, il fatto, cioè una situazione non normale insomma, cioè e qui mi trovo a disagio, e vista così situazioni in cui mi trovato a disagio ce ne sono a bizzeffe; cioè, questo così, poi più profondamente non riesco ad andare, già, poi, il fatto dell'Amazzonia che magari non ha nessun significato, visto che io non sono mai stato in nessuna foresta.

Gulotta. — E la foresta cosa le fa venire in mente?

Bruno. — Eh, la foresta potrei dire che è tutta la situazione psicologica in cui mi trovo, ingarbugliata, e sì, e che non riesco a venirne fuori, e sì, potrebbe anche andare.

Per approfondire questi temi decisi di indurgli lo stesso sogno con l'ipnosi onde interpretarlo in questo stato.

Gulotta. — Va bene, adesso si metta tranquillo e rilassato, ora mentre il suo braccio si alza lei comincia a sognare, e sogna quello che mi ha appena descritto, lì, al quarto piano della Rinascenza, lo sogna lucidamente, lei è al quarto piano della Rinascenza, sta scendendo giù, terzo, secondo, primo piano, ora passa per le scale, allora?

Bruno. — Vado avanti, continuo a gironzolare, a questo punto vedo degli oggetti che potrebbero andare bene in Amazzonia...

In questo modo mi descrisse con maggiori dettagli il sogno dandomi molti particolari circa le varie sensazioni che provava durante i vari accadimenti onirici. Confermava che la foresta dell'Amazzonia simboleggiava se stesso e la sua famiglia e le sue intricate emozioni.

Gulotta. — E che rapporti ci sono tra i problemi che ha in famiglia e quelli fuori?

Bruno. — Ma, cioè io direi che, i rapporti fuori condizionano quelli familiari, poiché io non riesco ad esplicitarmi fuori e sono sempre rintanato in casa, allora a un dato momento per una situazione anche banale, io mi sfogo per così dire, me la prendo con le uniche persone che si trovano in casa, padre e madre. C'è un'altro problema, cioè, il fatto che l'attaccamento di mia madre, questo sin da piccolo, non consideri affatto mio padre, cioè, lo consideri una ben piccola cosa ecco, cioè, non l'esempio di uomo da cui io vorrei, cioè, essere insomma, non prenderei certo esempio da lui, che è tutto il contrario di quello che potrebbe definire virilità ecco.

Gulotta. — E sua mamma come donna com'è?

Bruno. — Ecco, per conto mia madre è quello che si può dire una donna virile, perché tiene anche lei il bandolo della matassa della casa, di tutto lei si preoccupa di tutto lei e mio padre si limita ad andare a lavorare, così, e basta cosa invece che se

fossi io, io farei quello che fa mia madre, cioè sarei io l'uomo, terrei tutto io le preoccupazioni e il resto.

Gulotta. — Senta, il rubare le moto; che senso ha questo atto?

Bruno. — Il fatto, cioè, logicamente perché mi piaceva la moto, e poi perché vado contro l'autorità facendo una determinata cosa vietata.

Gulotta. — Quindi esce dalla passività per diventare attivo; è così?

Bruno. — Sì, in un certo senso, perché poi c'è un fatto anche da dire, che quando sono in moto divento un altro, si fa per dire naturalmente cioè, perché mi sembra di diventare un altro, cioè perdo la timidezza perché per mezzo della moto io: mi sembra di esplicarmi.

Gulotta. — Bene, ora il suo braccio si solleva ancora, quando toccherà la fronte il suo sogno continuerà... bene mancano pochi secondi... bene ora continua il film, qualcuno la avverte di qualche cosa.

Bruno. — Mi fanno presente che...

Gulotta. — Chi le fa presente?

Bruno. — Non lo so, qualcuno, che mi troverò in situazioni particolari che eventualmente potrebbero darmi fastidio, comunque continuo, cioè, loro mi dicono che mi troverò ad essere imbrattato da degli escrementi e dovrò lottare contro un serpente; faccio il film, inizia la sequenza ma io non ci credo, cioè penso che così, sì, sia una balla, una bugia che non possa verificarsi, una cosa del genere. Invece ad un tratto mentre facciamo il film, mi trovo disteso per terra con le gambe e il braccio destro che sono sporchi di escrementi, al che io sono pieno di schifo. E mi viene in mente una situazione già vissuta.

Gulotta. — Quale?

Per tutta risposta Bruno raccontava dei baci e le carezze della madre che allora gli davano piacere e che « oggi al solo pensiero gli facevano schifo ».

Gulotta. — Quindi il nostro sogno significa che lei, dovendosi districare in mezzo alla foresta dei problemi della sua famiglia, uno dei problemi che deve affrontare, e che tra l'altro la ripugna parecchio, come lo stereo che ha addosso, è quello dei rapporti con

sua madre, lo stereo sul braccio e le gambe simboleggia le sue masturbazioni. E il serpente?

Bruno. — Di avere paura di diventare un omosessuale a causa anche della mia impotenza.

Gulotta. — E il distruggere il serpente? il serpente chi è?

Bruno. — Sì perché il serpente dovrebbe essere il pene di un ipotetico uomo.

Gulotta. — Di chi?, dica il primo nome che le viene in mente senza censurarlo, su forza, su!...

Bruno. — Paolo?

Gulotta. — Chi è?

Bruno. — Mio padre si chiama Paolo!

Gulotta. — Quindi mi sembra che il quadro sia completo, no? nel districarsi dai problemi della foresta intesa come famiglia c'è pericolo di sporcarsi con un rapporto incestuoso e cadere quindi in un rapporto omosessuale con suo padre?

Nella *decima ed ultima seduta* per approfondire talune delle dinamiche già affrontate, tra i manoscritti di vari sogni che mi aveva portato ne scelsi uno che mi sembrava particolarmente significativo. Così narrava il sogno in ipnosi.

Bruno. — Sono in albergo con due ragazze, in camera, e a un dato momento sento dei rumori provenienti dal corridoio io spio dal buco della serratura ma non vedo niente, non ho avuto, polluzioni nel sogno, come nella realtà non ho avuto rapporti sessuali con queste ragazze. Le ragazze se ne vanno con dei conoscenti, non sono triste per questo, non me ne frega niente, non ci sono collegamenti col sogno però mi viene in mente una parola : « scoppio », può significare il mio scoppio quando riuscirò ad avere un rapporto completo.

Gulotta. — Senta, vediamo un po' ci sono collegamenti col sogno? Mi viene in mente una parola: «scoppio», cosa significa? È una parola sognata?

Bruno. — Ma, aveva quasi una realtà si potrebbe dire così, cioè una parola con una sua vita diciamo, cioè il fatto che in effetti abbia trovato il bisogno di citarla.

Gulotta. — Ecco, che cosa le fa venire in mente, la prima cosa su mi dica.

Bruno. — Eh, venire, venire, nel rapporto sessuale.

Gulotta. — Venire o avere un rapporto sessuale?

Bruno. — Prima venire.

Gulotta. — Perché ha dello scoppiare per lei?

Bruno. — Eh qui potrei dire secondo le diverse volte che ho pensato, perché, cosa che a me non è mai capitata, ai miei amici tutti insomma, cioè anche i libri a volte definiscono l'eiaculazione come uno scoppio, cioè, c'è un certo tragitto che fa lo sperma che può essere di qualche centimetro a secondo no, ma in ogni caso c'è questa specie di scoppio per il fatto che esce ad una data velocità, invece a me non è mai capitato, per questo uso a proposito la parola scoppio.

Gulotta. — Mi dica qualche altra associazione che le fa venire in mente la parola scoppio su, mi dica quello che sta pensando adesso?!

Bruno. — Motore.

Gulotta. — Motore, quale?

Bruno. — Il motore a scoppio, però il fatto che mi è venuta in mente la parola motore a scoppio, però non c'entra niente.

Gulotta. — Lasci stare che non c'entra, cosa le è venuto in mente?

Bruno. — Appunto il motore a scoppio, e qui si potrebbe andare al motore a 4 o a 2 tempi, quelli usati comunemente nelle moto.

Gulotta. — Delle moto e, allora vediamo dei rapporti tra la eiaculazione e la moto, tra il rapporto sessuale e la moto.

Bruno. — Potrebbe anche essere, cioè il fatto che non riesca a provare ad avere un rapporto sessuale, quindi trovo il palliativo nella moto.

Gulotta. — E che palliativo è?

Bruno. — Uno schifo!

Gulotta. — Che rapporti ci sono tra la moto e il rapporto sessuale?

Bruno. — Cioè, solo questo: il fatto che la moto, non dico il sostituto perché sarebbe grossa, cioè, ma tenda a farmi dimenticare i problemi a cui sono soggetto.

Gulotta. — Quindi la moto è potente, quindi sta in mezzo alle gambe, quindi la moto «tira», è così? Bruno. — Eh, potrebbe anche darsi.

Gulotta. — E poi la moto serve anche a fuggire lontano no?

Bruno. — Ah, indubbiamente. Gulotta. — Da cosa? Bruno.

— Da tutto... (82).

15. La *vittimologia* è una disciplina che ha per oggetto lo studio della vittima del crimine, della sua personalità, delle sue caratteristiche biologiche, psicologiche, morali, sociali e culturali, delle sue relazioni con il criminale e del ruolo che ha assunto nella genesi del crimine (83).

Secondo alcuni questa disciplina sarebbe autonoma rispetto alla criminologia, secondo altri non è che un ramo di quest'ultima. Mentre la criminologia si è normalmente rivolta alle premesse sociali o biopsicologiche del criminale, l'orientamento vittimologico ha richiamato l'attenzione degli studiosi sulla necessità di considerare la diade criminale-vittima come un tutto spesso inscindibile, ciò attraverso uno spostamento del fuoco dell'attenzione per cui si studia l'evento in funzione della vittima anziché del trasgressore.

La vittimologia si occupa di due categorie di vittime: *a)* le vittime di azioni sanzionate penalmente; *b)* le vittime nei confronti delle quali non interviene una terza persona, cioè quei soggetti che rimangono vittime dei loro stessi comportamenti o di fatti che, pur provocati da terzi non sono colpiti dalle disposizioni penali.

Gli scopi della vittimologia sarebbero dunque essenzialmente i seguenti:

a) lo studio della personalità della vittima;

b) l'identificazione degli elementi psicosociali del « complesso criminogeno» esistenti nella «coppia penale», elementi che determinano l'avvicinamento (e sovente il contatto psico-sociale pre-

(82) Bruno è stato poi curato per la sua impotenza da due colleghi dell'AMISI ed è guarito pienamente, si è sposato e non mi risulta che abbia più commesso atti antisociali. Ha ripreso infatti gli studi e lavora regolarmente.

(83) Per questo paragrafo v. : GULOTTA G. in collaborazione con VAGAGGINI M., *La vittima*, Giuffrè, Milano, 1976.

cedente al crimine) tra la vittima ed il criminale, in altre parole la scoperta del potenziale di ricettività vittimale;

e) l'analisi della personalità di quelle vittime nei confronti delle quali non interviene una terza persona, soprattutto in materia di incidenti stradali e di infortuni sul lavoro;

d) lo studio dei mezzi di prevenzione per quei soggetti che dimostrano una tendenza a divenire vittime e dei metodi psico-pedagogici necessari per organizzare una difesa appropriata;

e) l'individuazione dei criteri di trattamento necessario per evitare la recidiva vittimale.

Uno scopo ulteriore, altrettanto importante ed urgente, di cui la vittimologia si deve occupare è quello relativo alla riparazione del danno subito dalle vittime. Fra questi assumono rilievo soprattutto i danni emotivi derivati dall'essere stati vittime o testimoni di un crimine. È noto infatti che l'essere coinvolti in crimini soprattutto violenti può provocare vere e proprie nevrosi o difficoltà esistenziali di vario grado.

Una delle tecniche terapeutiche di elezione per i danni psicologici sofferti dalla vittima è rappresentata dall'ipnosi. Per mezzo di questa, che si è dimostrata estremamente utile nelle nevrosi traumatiche di guerra, grazie alla sua vasta gamma di possibilità di applicazione, si è in grado di alleviare con differenti approcci la sofferenza psicologica delle vittime di un crimine.

Quando anche nel nostro ordinamento saranno previsti sistemi sociali di intervento per il trattamento dei danni psicologici oltre che patrimoniali derivanti dal crimine, ci si renderà conto, come è accaduto durante il periodo bellico in relazione alle nevrosi di guerra, di come l'ipnosi rappresenti un mezzo terapeutico elettivo.

Di fatto l'ipnosi si è spesso rivelata un utile supporto nell'intervento psicoterapico durante la crisi (crisis intervention) (84). Questo tipo di terapia tende ad ottenere risposte attive ed adattive a situazioni di stress cui il paziente non è stato capace di far fronte con successo; viene anche definita come una struttura in cui il terapeuta è capace di modificare i suoi orientamenti terapeutici per-

(84) BALDWIN BRUCE A., Crisi Intervention and Enhancement of Adaptive Coping Using Hypnosis, in *Am. J. of clin. Hypnosis*, 1978, 38.

sonali e le tecniche in modo da facilitare una risposta adattiva. Durante una crisi emotiva la mancanza di equilibrio psicologico viene esperita come uno scompenso tra le motivazioni affettive e cognitive. Gli individui in crisi si sentono sopraffatti, con un forte abbassamento del senso di autostima, della capacità di risolvere i problemi e del senso di autocontrollo. In questo tipo di trattamento psicologico il ruolo attivo del terapeuta (e del paziente) è essenziale, come fondamentale è anche la delimitazione dei limiti temporali. Questi limiti temporali forniscono un contesto per il « lavoro » di risoluzione della crisi e stimolano il paziente a raggiungere scopi definiti in un tempo definito. Anche definire scopi specifici ed appropriati è utile ai fini di una risoluzione adattiva della crisi. Molte crisi hanno basi psicodinamiche: le componenti psicodinamiche di una crisi emotiva non sono quindi trascurate, ma ci si limita ad esaminare quelle direttamente collegate con il problema presente. Al contrario di altri tipi di terapie meno strutturate, questa ha uno scopo ben definito e stabile : aiutare il paziente a ristabilire almeno il livello di funzionalità precedente alla crisi, il più presto possibile ed al minor 'costo psichico'. L'ipnosi viene allora usata in, e compatibilmente con, l'intervento durante la crisi perché: aiuta il paziente a raggiungere uno stato di rilassamento — e ad eliminare così molti effetti negativi dello stato di crisi — potenzia gli effetti di altre tecniche terapeutiche, fornisce tecniche uniche dell'ipnosi che facilitano la risoluzione adattiva della crisi. Durante lo stato ipnotico infatti, il paziente riesce a concentrarsi molto meglio, inoltre la possibilità di migliorare il ricordo aiuta ad individuare l'elemento precipitante della crisi e fornisce così la possibilità di ricollegare il passato al presente e a capire come si sono originate le risposte non adattive alle situazioni di stress.

Con suggestioni appropriate lo si può aiutare a raggiungere una maggiore fiducia in sé e senso di controllo. In ipnosi, inoltre, il paziente diviene più capace di percepire gli aspetti della propria crisi in una prospettiva più costruttiva e può individuare e valutare modi alternativi di superare gli effetti dello stress.

GUIDA BIBLIOGRAFICA ALLO STUDIO DELL'IPNOSI

Indico, allo scopo di orientare il lettore nella ormai ingente letteratura, alcune opere utili per approfondire lo studio dell'ipnosi

ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE

BARBER T.X., *Ipnosi, un approccio scientifico*, Astrolabio, Ubaldini, Roma, 1972.

Essenziale dal punto di vista epistemologico, sperimentale e di teoria generale dello stato ipnotico.

BOTTACIN G., BRODINO G., MAINARDI PERON E., *Ipnosi senza miti*, Mediterranee, Roma, 1979, una rapida ed aggiornata sintesi critica della fenomenologia ipnotica.

FROMM E., SHOR R., (a cura di), *Hypnosis: Research, Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972.

È una raccolta di venti lavori che fanno il punto su tutti i temi principali dell'ipnosi.

GRANONE F., *Trattato di Ipnosi (Sofrologia)*, Boringhieri, Torino, 1972.

Di impostazione tradizionale, affronta ampiamente i principali temi teorici e clinici.

GUANTIERI G., *L'ipnosi*, Rizzoli, 1973.

Tratta temi generali con particolare riferimento alla applicazione in medicina psicosomatica della tecnica ipnotica.

HALEY J., (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978.

È una raccolta di articoli sulla tecnica di induzione, sull'ipnosi sperimentale e sulla tecnica di terapia di Milton H. Erickson, il più abile e il più fantasioso ipnotista mai esistito.

MOSCONI G., PAVESI P., *Tecniche e applicazioni della ipnosi medica*, Piccin, Padova, 1974.

Essenzialmente sulla base della letteratura americana degli anni '60, compendia i temi generali e l'applicazione nei differenti rami della medicina.

SHOR R., ORNE M., (a cura di), *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.

Contiene 34 articoli, di differenti autori, che esaminano da un punto di vista teorico e sperimentale, la natura del fenomeno ipnotico.

APPLICAZIONI CONICHE

- HALEY J., *Strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1974.
Ampi riferimenti all'ipnosi come strategia di induzione e di terapia.
- HALEY J., *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma, 1976.
Descrive il metodo clinico di Milton H. Erikson con ampi riferimenti all'ipnosi.
- HILGARD E.R., HILGARD J.R., *Hypnosis in the Relief of Pain*, Kaufmann, Los Altos, 1975.
Descrive, anche esaminandoli sperimentalmente, i rapporti tra dolore e ipnosi e come questa sia stata utilizzata per alleviarlo e controllarlo in chirurgia generale, in odontoiatria, in cancerologia e in ostetricia.
- KRASILNECK H., HALL Y., *Ipnosi clinica, principi e applicazioni*, Astrolabio, Roma, 1977.
Dopo un breve excursus di teoria e tecnica, discute in modo approfondito varie applicazioni dell'ipnosi in medicina (chirurgia, dolore, anestesia, cancro, obesità...) e in psicoterapia. Contiene una bibliografia molto aggiornata, cui il lettore è rinviato per approfondire i temi trattati.
- KROGER W., FEZLER W., *Hypnosis and Behavioral Modification: Imagery Conditioning*, Lippincott, Philadelphia, 1976.
Discute approfonditamente con ricchezza bibliografica, un approccio behavioristico alla cura di disturbi sessuali, nevrotici, psicotici e psicosomatici.
- MOSCONI G., *L'ipnosi per partorire*, Piccin, Padova, 1973.
- ROMERO A., *L'ipnosi in psicoterapia*, Minerva Medica, Torino, 1960.
Un esame completo, fino all'anno di pubblicazione, delle differenti utilizzazioni psicoterapiche dell'ipnosi.
- WOLBERG L., *Hypnoanalysis*, Grune and Stratton, New York, 1964.
Discute da un punto di vista psicoanalitico l'applicazione della ipnosi in psicoterapia indicando interessanti casistiche.

ASPETTI GIURIDICO-FORENSI

- ARONS M., *Hypnosis in Criminal Investigation*, Thomas, Springfield, 1967.
- BLOCK E., *Hypnosis in Criminal Investigation*, **Mc Kay, New York, 1976.**
Riportano vari casi in cui l'ipnosi è stata utilizzata per la ricerca della « verità » giudiziaria.

BRYAN M., *Legal Aspects of Hypnosis*, Thomas, Springfield, 1962.

Tratta vari argomenti di rilevanza giuridica.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL HYPNOSIS, 1972, fascicolo del mese di aprile, interamente dedicato a: « Comportamento antisociale e ipnosi », 1979 fascicolo del mese di ottobre; interamente dedicato a « Utilizzazioni forensi dell'ipnosi ».

VARIE

ERICKSON M.H., Rossi E., Rossi S., *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma, 1979.

Esamina approfonditamente la tecnica induttiva di Erickson.

KLINE M., (a cura di), *Clinical Correlations of Experimental Hypnosis*, Thomas, Springfield, 1963.

Raccoglie trentaquattro lavori che mostrano la interdipendenza tra la sperimentazione e la clinica in temi molto disparati come il sogno, la sostituzione dei sintomi, la regressione di età, l'arresto cardiaco, ecc.

KLINE M., *Freud e l'ipnosi*, Piccin, Padova, 1976.

Discute, anche storicamente, i rapporti tra psicoanalisi e ipnosi.

SHEEHAN P., PERRY P., *Methodologies of Hypnosis*, Wiley, New York, 1976.

Un lavoro comprensivo di tutte le problematiche sperimentali dell'ipnosi e dei vari paradigmi utilizzati, esaminati criticamente.

TART C., *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma, 1977.

Affronta il tema degli stati di coscienza da un punto di vista sistemico, trattando dell'ipnosi come uno degli stati possibili accanto ad altri, come per esempio, quello indotto con la droga o derivante da meditazione. Ciò anche rifacendosi alla cultura orientale.

WEITZENHOFFER A., *General Techniques of Hypnotism*, Grune and Stratton, New York, 1957.

Resta il trattato più completo per la tecnica ipnotica.

WEITZENHOFFER A., HILGARD E. R., *Scala Stanford di suscettibilità ipnotica, Forma A, B, C*, O.S., Firenze, 1975.

Le scale più usate nella sperimentazione.

RIVISTE

Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicosomatica, (trimestrale) edizioni Minerva Medica, dal 1964 al 1978.

È l'organo ufficiale della Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi. Contiene articoli per lo più di autori italiani e talvolta traduzione di autori stranieri. Ha una impostazione prevalentemente clinica.

The American Journal of Clinical Hypnosis, (trimestrale) edizioni The North Central Publishing Co., esce dal 1958.

È l'organo ufficiale della American Society of Clinical Hypnosis. Pur contenendo alcuni lavori teorici è di impostazione essenzialmente clinica. Pubblica numerosi scritti di Milton H. Erickson.

The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, (trimestrale) edizioni The Society for Clinical and Experimental Hypnosis, esce dal 1952.

È l'organo ufficiale della Society for Clinical and Experimental Hypnosis. Contiene essenzialmente articoli teoretici e soprattutto sperimentali.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS S., The Use of Hypnotic Techniques with Psychotics, a Critical Review, in *Am. J. Psychoter.*, 1964.
- ADAMO P., Responsabilità penale dell'incube e del succube nei reati commessi in stato di sonnambulismo ipnotico, in *Giust. Pen.*, 1938, 251.
- AKSTEIN D., Le trances cinetiche nel trattamento e nella profilassi delle psiconevrosi e delle malattie psicosomatiche (tersicoretranceterapia), in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1967, 2319.
- ALEXANDER F., *Medicina psicosomatica*, Ed. Universitaria, Firenze, 1956.
- ALEXANDER F., The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory, in *Am. J. Psych.*, 1963, 441.
- ALEXANDER F., SELESNICK S., *Storia della psichiatria*, Newton-Compton, Roma, 1975.
- AMADOU R., *Les Grands Medecins*, Denoël, Parigi, 1957.
- AMBROSE G., NEWBOLD G., *Hand-book of Clinical Hypnosis*, Tindall and Cox, London, 1965.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Terapia comportamentale in psichiatria*, Armando, Roma, 1978.
- ANCONA L., L'ipnosi come processo psicodinamico, in *Nuove questioni di psicologia*, voi. I, La Scuola, Brescia, 1972.
- ANDERSSON O., *Studies in Prehistory of Psychoanalysis*, Svenka Bokforlaget, Stoccolma, 1962.
- ANDOLFI M., *La terapia con la famiglia*, Astrolabio, Roma, 1977.
- ANTICH J.L., The Use of Hypnosis in Pediatric Anesthesia, in *J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med.*, 1967, 70.
- ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale*, Giuffrè, Milano, 1975.
- ANTONELLI F., Il ruolo dell'ipnosi nella medicina psicosomatica, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1975, 600.
- ARAOZ D.L., Hypnosis in Group Therapy, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1979, I.
- ARGYLE M., *Il corpo e il suo linguaggio*, Zanichelli, Bologna, 1978.
- ARNOLD M., On the Mechanism of Suggestion and Hypnosis, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1946, 41.
40. G. GULOTTA, *Ipnosi*.

- ARONE DI BERTOLINO R., L'ipnosi nella terapia delle verruche, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V Convegno Nazionale Medico di studi sull'ipnosi clinica* (Milano 11, 12, 13 novembre), Ed. A.M.I.S.I., Milano, 1979.
- ARONS H., *Hypnosis in Criminal Investigations*, Thomas, Springfield, 1967.
- AULETTA G., *Diritto commerciale (L'impresa e l'azienda)*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1945.
- AULT L.R., FBI Guidelines for Use of Hypnosis, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 449.
- BAESEN H., CHUNG C, VANG C.Y., A Lie Detector Experiment, in *J. of Criminal Law and Criminology*, 1948, 532.
- BAKAN P., Hypnotizzabilità, Laterality, Eye Movements, and Functional Brain Assymetry, in *Perceptual and Motor Skills*, 1969, 927.
- BALDWIN BRUCE A., Crisis Intervention and Enhancement of Adaptive Coping Using Hypnosis, in *Am. J. of Clin. Hypnosis*, 1978, 38.
- BALINT M., *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.
- BANDLER R., GRINDER J., *Patterns of Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, voi. I, Meta, Cupertino (Cai.), 1975.
- BANDURA A., *Principles of Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1969.
- BANYAI E.Y., HILGARD E.R., A Comparison of Active-Alert Hypnotic Induction with Traditional Relaxation Induction, in *J. of Abn. Psychol.*, 1976, 218.
- BARBER J., *Maximizing the Effectiveness of Hypnosis in the Treatment of Chronic Pain*, II Congresso Mondiale sul Dolore, Montreal, 1978 (in stampa).
- BARBER J., MAYER D., Evaluation of the Efficacy and Neural Mechanism of Hypnotic Analgesia Procedure in Experimental and Clinical Dental Pain, in *Pain*, 1977, 41.
- BARBER T.X., Antisocial and Criminal Acts Induced by Hypnosis: A Review of Experimental and Clinical Findings, in Moss C, *Hypnosis in Perspective*, MacMillan, New York, 1965, 100 e in *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1961, 301.
- BARBER T.X., *Ipnosi: un approccio scientifico*, Astrolabio, Roma, 1972.
- BARBER T.X., Suggested Hypnotic Behavior: The Trance Paradigm Versus an Alternative Paradigm, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972, 115.
- BARBER T.X., CALVERLEY D.S., « Hypnotic-Like » Suggestibility in Children and Adults, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1963, 66.
- BARBER T.X., CALVERLEY D.S., Empirica! Evidence for a Theory of Hypnotic Behavior, in *Psychological Record*, 1964, 547 e in *J. Consulting Psychology*, 1965, 98, e in *J. of Personality*, 1975, 256.
- BARBER T.X., DE MOORE V.D., A Theory of Hypnotic Induction Procedures, in *Am. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1972, 112.
- BARBER T.X., HAHN X.W. Jr., Physiological and Subjective Response to Pain Pro-

- ducing Stimulation under Hypnotically Suggested and Waking-Imagined «Analgesia», in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1962, 411.
- BARBER T.X., KARACAN I., CALVERLEY D.S., Hypnotizability and Suggestibility in Chronic Schizophrenics, in *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1964, 439.
- BARBER T.X., SPANOS N., CHAVES J., *Hypnotism, Imagination and Human Potentialities*, Pergamon, New York, 1974.
- BARBER T.X., WILSON S.C., Hypnosis, Suggestions and Altered States of Consciousness: Experimental Evaluation of the New Cognitive-Behavioral Theory and the Traditional Trance-State Theory of Hypnosis, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches of Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Sciences, New York, 1977, 34.
- BARMANN G.J., Solving Crimes by Hypnosis, in *Popular Mechanics*, Aprile 1960, 106.
- BARRON F., LEARY T., Changes in Psychoneurotic Patients with and without Psychotherapy, in *J. Consul. Psychol.*, 1955, 239.
- BARTLETT E., A Proposed Definition of Hypnosis with a Theory of its Mechanism of Action, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1968, 69.
- BARTOLOMEI G., WIENAND U., // *male di testa*, Feltrinelli, Milano, 1979.
- BATESON G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976. BAXTER D.W., OLSZEWSKI J., Congenital Insensitivity to Pain, in *Brain*, 1960, 381. BEAUNIS H., *Le Sonnambulisme Provoqué*, Bailiere, Parigi, 1887.
- BECKER F., Modifications of Anxiety through the Use of Hypnosis in Physical Medicine, in *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1963, 235.
- BEECHER H.K., *Measurement of Subjective Responses*, University Press. Oxford, 1959.
- BEHARS LO., Integrating Erickson's Approach, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1977, 60.
- BELANGER B., *La Suggestologie*, Retz, Paris, 1978.
- BELFIORE G., *Magnetismo ed ipnotismo*, Milano, 1898.
- BELLAK L., An Ego Psychological Approach to Hypnosis, in *The Broad Scope of Psychoanalysis*, Grune and Stratton, New York, 1967, 85.
- BENATTI G., L'ipnosi nella diagnostica (la « tecnica della doppia anamnesi » in medicina psicosomatica), in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1977, 1017.
- BENATTI G., Misura ed effetti diagnostici della comunicazione prima e dopo il rilassamento psicosomatico indotto, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V Convegno Nazionale Medico di studi sull'ipnosi clinica* (Milano 11, 12, 13 novembre), Ed. A.M.I.S.I., Milano, 1979.
- BENUSSI V., *La suggestione e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica del reale; Suggestione e psicoanalisi*, Principato, Messina, s.d.
- BERGERONE C., CEI A., MARSIGLI G., PANIER BOGAT M., *Alla ricerca dell'infan-*

- zia perduta. *Processi cognitivi e regressione ipnotica d'età*, Ed. Bulzoni, Roma, 1978.
- BERGIN A.E., Further Comments on Psychotherapy Research, in *Int. J. Psychiatr.*, 1967, 184.
- BERILLON E., L'école de Paris et l'école de Nancy, in *Revue de l'Hypnotisme-Experimental et Thérapeutique*, 1886, 33.
- BERNE E., *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano, 1967.
- BERNE E., *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma, 1971.
- BERNE E., *Ciao!... e poi?*, Bompiani, Milano, 1979.
- BERNHEIM H., *Suggestive Therapeutics a Treatise on the Nature and Uses of Hypnotism*, Herter (Trans) Putnam, New York, 1880.
- BERNHEIM H., De la Suggestion dans l'état Hypnotique et dans l'État de Veille, in *Revue Méd. de l'Est*, 1884.
- BERNHEIM H., *De la Suggestion et des Applications à la Thérapeutique*, Octave Doin, Paris, 1886.
- BERNHEIM H., Le Docteur Liébeault et la Doctrine de la Suggestion, in *Rev. Med. de l'Est*, 1904.
- BERNHEIM H., *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie*, Octave Doin, Parigi, 1903.
- BERNHEIM H., Le Docteur Liébeault e la Doctrine de la Suggestion, in *Rev. Med. de l'Est*, 1907.
- BERSCHIED E., WALSTER E., *Interpersonal Attraction*, Addison-Wesley, Menlo Park, 1969.
- BERTRAND A.J.F., *Traite du Somnambulisme et des Differentes Modifications qu'il Presente*, J.G. Dentu, Paris, 1823.
- BEITI E., *Teoria generale del negozio giuridico*, Utet, Torino, 1952.
- BETTIOL G., *Diritto penale*, Cedam, Padova, 1969.
- BIDDLE W.E., *Hypnosis in the Psychoses*, Thomas, Springfield (111.), 1967.
- BIGIAMI W., *I vizi della volontà nella dichiarazione cambiaria*, Sperling e Kupfer, Merano, 1943.
- BINSWANGER L., *Essere nel mondo*, Astrolabio, Roma, 1973.
- BISHOP G.H., Neural Mechanisms of Cutaneous Sense, in *Physiol. Rev.*, 1946, 77.
- BLAKENEY R. (a cura di), *Current Issue in Transactional Analysis*, Brunner-Mazel, New York, 1977.
- BLOCK E., *Hypnosis in Criminal Investigation*, Me Kay, New York, 1976.
- BLOCQ P., Des Sonnambulismes, *Clinique des Maladies du Système Nerveux*, in CHARCOT J.M., *Oeuvres completes*, Progrès Medical, Parigi, 1893, 57, 1893.
- BOESEN M., CHUNG C, YANG C.Y., A Lie Detector Experiment, in *J. of Criminal Law and Criminology*, 1948, 532.
- BONICA J.J., Importance of the Problem, in BONICA J.J. e VENTAFRIDA V. (a cura di) *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 2, International Symposium Pain of Advances Cancer, Raven Press, New York, 1979, 1.

- BOWERS M.K., Understanding the Relationship between the Hypnotist and his Subject, in KLINE M.V., *A Scientific Report on « The Search of Bridey Murphy »*, Julian Press, New York, 1956, 83.
- BOWMAN K., ROSE M., A Criticism of the Terms Psychosis and Neurosis, in *Arti. J. Psychiatry*, 1951, 161.
- BRAID J., *Neuroypnology: the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism, Illustrated by Numerous Cases of its Successful Application in the Relief and Cure of Disease*, Churchbill, London, 1843.
- BRAMWEIX J.M., *Hypnotism: Its History, Practice and History*, Institute for Research in Hypnosis and Julian Press, New York, 1965.
- BRANSFORD J.D., BARCLAY J.R., FRANKS J.J., Sentence Memory: A Constructive Versus Interpretive Approach, in *Cognit. Psych.*, 1972, 193.
- BRENNAN M., Experiments in the Hypnotic Production of Antisocial and Selfinjurious Behavior, in *Psychiatry*, 1942, 45.
- BRENNAN M., GILL M., *Hypnotherapy, a Survey of the Literature*, I.U.P., New York, 1947.
- BREO D.L., Hypnosis in the Courtroom, in *Am. Med. News*, 1978.
- BROWNFAIN J., Hypnodiagnosis, in GORDON E., *Hand-book of Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967.
- BROWNING G.W., CRASILNECK H.B., The Experimental Use of Hypnosis in Suppression Amblyopia: a Preliminary Report, in *Am. J. Ophthalmol.*, 1957, 1468.
- BRYAN W., *Legal Aspects of Hypnosis*, Thomas, Springfield (111.), 1962.
- BULARD P.D., The Role of Verbal Reinforcement in Hypnosis, in *J. of Geri. Psychology*, 1973, 41.
- BURANELLI V., *The Wizard of Vienna: Franz Anton Mesmer and the Origins of Hypnotism*, Owen, London, 1975.
- BURCH G.W., *Hypnosis, an Aid to Police Interrogations*, Tesi presentata al dipartimento di criminologia della California State University, Long Beach, Giugno 1974.
- BURDIN C., DUBOIS F., *Histoire Académique du Magnetisme Animal*, Baillière, Parigi, 1841.
- BUTLER B., The Use of Hypnosis in the Care of the Cancer Patient, in *Cancer*, 195A, I.
- CALLIERI B., FLICK G.M., I comportamenti indotti: aspetti psichiatrici e giuridici, in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, Giuffrè, Milano, 1973, 800.
- CAMPILI G., *Il grande ipnotismo e la suggestione ipnotica nei rapporti del diritto penale e civile*, Bocca, Torino, 1886.
- CANGELLO V.W., The Use of the Hypnotic Suggestion for Relief in Malignant Disease, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1961, 17.

- CARIOTA-FERRARA L., // *negozio giuridico nel diritto privato italiano*, Morano, Napoli, 1952.
- CARLI G., FARABOLLINI F., PONTANI G., *Pain and Animal Hypnosis. Further Studies on the Effects of Morphine and Naloxone*. Relazione al II Congresso Mondiale sul Dolore, Montreal, 1978. (in stampa)
- CARTESIO R., L'Homme, in Forster M., *Lectures on the History of Physiology during the 16th, 17th and 18th Centuries*, Cambridge University Press, Cambridge, 1901.
- CARTWRIGHT R.D., VOGEL J., A Comparison of Changes in Psychoneurotic Patients during Matched Periods of Therapy and No-Therapy, in *J. Consult. Psychol.*, 1960, 121.
- CENTRE DE FORMATION ET DE LA RECHERCHE DE L'EDUCATION SURVEILLÉE, *Vols et Voleurs de Véhicules a Moteur*, Cujas, Vaucresson, 1965.
- CESA BIANCHI M., Ipnosi e psicologia sperimentale, in GRANONE F., (a cura di), *Ipnosi medica*, Minerva, Torino, 1975, 29.
- CEVIDALLI A., *L'ipnotismo dal lato medico-legale*, estratto dalla Enciclopedia Giuridica Italiana, Società Editrice Libreria, Milano, 1909.
- CHAPMAN C.R., FEATHER B.W., Effects of Diazepam on Human Pain Tolerance and Pain Sensitivity, in *Psychosom. Med.*, 1973, 330.
- CHARCOT J.M., *Premessa alla traduzione italiana di G. de la Tourette, L'ipnotismo e gli stati analoghi sotto l'aspetto medico-legale*, Vallardi, Milano, 1888.
- CHARCOT J.M., *Legons sur les Maladies du Système Nerveux*, in *Oeuvres complètes*, Progres Medical, Parigi, 1893.
- CHARCOT J.M., *Clinique des Maladies du Systeme Nerveux*, in Charcot J.M., *Legons sur les Maladies du Système Nerveux*, Progres Medical, Parigi, 1893.
- CHARCOT J.M., *Lecons du Mardi*, in CHERTOCK L., *L'Hypnose depuis le Premier Congres à Paris en 1889*, *La Presse Medical*, 1965.
- CHARCOT J.M., *L'Hystérie, Textes Choisis et présentés par E. Trillai*, Privat, Toulouse, 1971. CHARCOT J.M., *Paralysie Hystero-Traumatique*, in CHARCOT J.M., *L'Hystérie, Textes choisis et présentés par E. Trillai*, Privat, Toulouse, 1971.
- CHARCOT J.M., RICHER P., Contribution à l'étude de l'Hypnotisme chez les Hysteriques: du Phénomène de l'Hyperexcitabilité deuromusculaire, in *Arch. Neurol.*, 1881.
- CHEEK D.B., Hypnosis: an Additional Tool in Human Reorientation to Stress, in *Northwest Med.*, 1958, 177.
- CHERTOCK L., Grandeur et Décadence de l'Hypnose, in *Evol. Psychiatrique*, 1959. CHERTOCK L., A propos de la Découverte de la Méthode Cathartique, in *Bullet. de Psychologie*, 1960.
- CHERTOK L., L'Hypnose depuis le Premier Congres à Paris en 1889, in *Le Presse Medical*, 1965.

- CHERTOCH L., Centième Anniversaire de l'Ouvrage « Du Sommeil et des états Analogues ». De Liébeault à Freud, in *Le Presse Medica*, 1966, 2945.
- CHERTOCH L., Theories of Hypnosis, in *Am. J. Psychot.*, 1967, 62.
- CHERTOCH L., From Suggestion to Metapsychology, in *Brit. J. Med. PsychoL*, 1968, 65.
- CHERTOCH L., *L'Hypnose*, Payot, Paris, 1971.
- CHERTOCH L., Hysteria, Hypnosis, Psychopathology. History and Perspectives, in *J. of Nerv. and Ment. Disease*, 1975, 367.
- CHONG T.M., The Use of Hypnosis in the Management of Patients with Cancer, in *Singapore Med. J.*, 1968, 211.
- CHRISTIE R., GEIS F., *Studies in Macchiavelianism*, Academic, New York, 1970.
- CLAGET HARDING H., Complications Arising from Hypnosis for Entertainment, in FRANKEL F.H., ZTMASKY H.E. (a cura di), *Hypnosis at its Bicentennial*, Plenum Press, New York, 1976, 163.
- COE W., The Problem of Relevance versus Ethics in Researching Hypnosis and Antisocial Conduct, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Sciences, New York, 1977, 90.
- COE W., KOBAYASHI K., HOWARD M.L., An Approach Toward Isolating Factors that Influence Antisocial Conduct in Hypnosis, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1972, 118.
- COE W., KOBAYASHI K., HOWARD M.L., Experimental and Ethical Problems of Evaluating the Influence of Hypnosis in Antisocial Conduct, in *J. Abn. PsychoL*, 1973, 476.
- COE W., RYKEN K., Hypnosis and Risks to Human Subjects, in *Am. Psycho.*, 1979, 673.
- COLLISON D.R., A Case of Alleged Rape under Hypnosis, in *Australian J. of Clin. Hypnosis*, 1977, 73.
- CONN J.H., The Psychodynamics of Recovery under Hypnosis, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1960, 3.
- CONN J.H., Hypnosynthesis : Psychobiologic Principles in the Practice of Dynamic Psychotherapy Utilizing Hypnotic Procedures, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1968, 1.
- CONN J.H., Is Hypnosis Really Dangerous?, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1972, 61.
- CONTRI G., *La tolleranza del dolore*, La Salamandra, Milano, 1977.
- COOPER D., *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma, 1969.
- COOPER L., ERICKSON M.H., *Time Distortion in Hypnosis*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1954.
- CORDERÒ F., *Tre studi sulle prove penali*, Giuffrè, Milano, 1967.
- CRASILNECK H.B., HALL J.A., Physiological Changes Associated with Hypnosis:

- A Review of the Literature since 1948, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1959, 50.
- CRASILNECK H.B., HALL J.A., Blood Pressure and Pulse Rates in Neutral Hypnosis, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1960, 137.
- CRASILNECK H.B., HALL J.A., The Use of Hypnosis with Unconscious Patients, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1962, 141.
- CRASILNECK H.B., HALL J.A., *Ipnosi clinica*, Astrolabio, Roma, 1977.
- CRASILNECK H.B., Mc CRAINE E.G., JENKINS M.T., Special Indications for Hypnosis as a Method of Anesthesia, in *J. Am. Med. Ass.*, 1956, 1606.
- CRONIN D.M., SPANOS M.P., BARBER T.X., Augmentic Hypnotic Suggestibility by Providing Favorable Information about Hypnosis, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1971, 259.
- CROSA G., Training autogeno di J.H. Schultz ed esercitazione didattica, in *Rass. Ip. e Med. Psicosom.*, 1975, 632.
- CRUCIANI P., ORTU F., SCALERA V., *Alle origini della storia del movimento psicoanalitico*, Bulzoni, Roma, 1979.
- CRUVANT B., What is Insanity?, in *Archives of Crim. Psychodinam.*, 1961, 284.
- CULLEN S.C., Current Comment and Case Reports: Hypnoinduction Techniques in Pediatric Anesthesia, in *Anesthesiology*, 1958, 279.
- DAHLSTROM W.G., WELSH G.S., *An M.M.P.I. Handbook: a Guide to Use in Clinical Practice and Research*, Univers. Minnesota Press, Minneapolis, 1960.
- DAVIS L.V., HUSBAND R.W., A Study of Hypnotic Susceptibility in Relation to Personality Traits, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1931, 175.
- DE BENEDETTIS G., Il modello ipno-comunicazionale nel trattamento del dolore cronico, in Mosconi G., Weilbacher R., *Atti del V Convegno Nazionale Medico di Studi sull'Ipnosi Clinica* (Milano, 11, 12, 13 novembre), Ed. A.M.I.S.I., Milano, 1979.
- DE BENEDETTIS G., A New Strategy for Chronic Pain Control: The Multi-Modal Approach (MMA). Preliminary Results, Part I and II, in *J. Neurosurg. Sci.*, 1979, 183.
- DE BENEDETTIS G., *Introduzione allo studio e alla terapia del dolore*, Libreria Scientifica già Ghedini, Milano, 1978.
- DE CHASTENET A.M.J., Mémoires pour Servir à l'Histoire et à l'Etablissement du Magnetisme Animal, Cellot, Parigi, 1874.
- DE LA METTRIE J.O., L'uomo macchina, in PETRI G. (a cura di), *L'uomo macchina ed altri scritti*, Feltrinelli, Milano, 1973.
- DE LA TOURETTE G., *L'ipnotismo e gli stati analoghi sotto l'aspetto medico-legale*, Vallardi, Milano, 1888.
- DE LEE J.B., *Year Book of Obstetric and Gynecology*, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1939, 164.
- DELEUZE J.P., *Histoire Critique du Magnetisme Animal*, Schoell, Paris, 1810.

- DENES F., UMILTÀ C. (a cura di), / *due cervelli: neuropsicologia dei processi cognitivi*, Il Mulino, Bologna, 1978.
- DENGROVE E., The Use of Hypnosis in Behavior Therapy, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1973, 13.
- DENNIS S.G., MELZACK R., Pain-Signalling System in the Dorsal and Ventral Spinal Cord, in *Pain*, 1977, 97.
- D'ESLON, *Observations sur le Magnetisme Animal*, Didot, Londra e Parigi, 1870.
- DE STEFANO R., The « Inoculation » Effect in Think-With Instructions for « Hypnotic-Like » Experiences. *Doctoral Dissertation*, Temple University, Philadelphia, 1976.
- DE VINCENZIIS G., CALLIERI B., CASTELLANI A., *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1973.
- DI CAGNO V., L'ipnosi e l'incapacità di intendere o di volere, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1956, 812.
- DORCUS R.M. (a cura di), *Hypnosis and its Therapeutic Applications*, MacGraw-Hill, New York, London, 1956.
- DORCUS R.M., The Use of Hypnosis as a Diagnostic Tool, in *Hypnosis and its Therapeutic Applications*, MacGraw-Hill, New York, 1956.
- DORCUS R.M., Recali under Hypnosis of Amnestic Events, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1960, 57.
- DRIBBEN I.S., Psychosis Following « Amateur Hypnosis » : A Case Report, *The Military Surgeon*, 1949, 104.
- EDMONSTON W., Stimulus: Response Theory of Hypnosis, in GORDON I., *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967, 345.
- EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annals of New York Academy of Sciences, New York, 1977.
- EISSLER K., *Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis*, I.U.P., New York, 1965.
- EKMAN P., FRIESEN W., The Repertorie of Non Verbal Behavior, in *Semeiotica*, 1969, 49. ELLIS A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York, 1962.
- ELLIS A., Should Some People be Labeled Mentally Ill?, in LINDGREN H. (a cura di), *Readings in Personal Development*, American Book Co., New York, 1969, 143.
- ENGEL G.L., « Psychogenic » Pain and the Pain-Prone Patient, in *Am. J. Med.*, 1959, 899.
- ERICKSON M.H., An Experimental Investigation of the Possible Antisocial Uses of Hypnotism, in *Psychiatry*, 1939, 391.

- ERICKSON M.H., Hypnosis in Painful Terminal Illness, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1959, 117.
- ERICKSON M.H., The Interspersal Hypnotic Technique for Symptom Correction and Pain Control, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1966, 198.
- ERICKSON M.H., An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control, in LASSNER J. (a cura di), *Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Springer-Verlag, New York, 1967.
- ERICKSON M.H., *Le nuove vie dell'ipnosi*, a cura di J. Haley, Astrolabio, Roma, 1978.
- ERICKSON M.H., L'ipnosi nelle malattie terminali dolorose, in HALEY (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Roma, 1978, 691.
- ERICKSON M.H., L'ipnosi profonda e la sua induzione, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978, 23.
- ERICKSON M.H., Tecniche mimate nell'ipnosi e loro implicazioni, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978, 137.
- ERICKSON M.H., Altre tecniche di induzione. Tecniche di utilizzazione, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978, 60.
- ERICKSON M.H., ERICKSON E.M., Concerning the Nature of the Character of Post Hypnotic Behavior, in *J. Gen. Psychol.*, 1941, 95.
- ERICKSON M.H., KUBIE L.S., Il disegno automatico nel trattamento di una depressione ossessiva, in HALEY J. (a cura di), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1978, 545.
- ERICKSON M.H., ROSSI E.L., Varieties of Hypnotic Amnesia, in *Am. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1974, 225.
- ERICKSON M.H., ROSSI E.L., ROSSI S.I., *Hypnotic Realities*, Irvington Publ., New York, 1976 (trad. it., *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma, 1979).
- ERICKSON M.H., ROSSI E.I., *Hypnotherapy. An Exploratory Casebook*, Wiley, New York, 1979.
- ERMENTINI A., Psicologia clinica e tecniche di distensione, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1965, 7.
- ESDAILE J., *Hypnosis in Medicine and Surgery*, Julian Press., New York, 1957.
- ESTABROOKS G.H., *Ipnatismo*, Mediterranee, Roma, 1964.
- EVANS F.J., Recent Studies in Post-Hypnotic Amnesia, in *Paper to 23rd Ann. Mtg. Soc. Clin. Exp. Hypnosis*, Chicago, 1971.
- EVANS F.J., Hypnosis and Sleep: Techniques for Exploring Cognitive Activities during Sleep, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research, Developments and Perspective*, Aldine, Chicago, 1972, 43.
- EVANS F.J., Hypnosis and Sleep: The Control of Altered States of Awareness, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Science, New York, 1977, 171.

- EVANS M.B., PAUL G.L., Effects of Hypnotically Suggested Analgesia on Physiological and Subjective Responses to Cold Stress, in */. Consult. Clin. Psychol.*, 1970, 362.
- EWIN D.M., Condyloma Acuminatimi : Successful Treatment of Four Cases by Hypnosis, in *Arti. J. Clin. Hypnosis*, 1974, 73.
- EYSENCK H.J., *Psichiatria, si o no*, Armando, Roma, 1977.
- EYSENCK H.J., FOURNEAUX W.D., Primary and Secondary Suggestibility : An Experimental and Statistical Study, in *J. Exp. Psychol.*, 1945, 485.
- EYSENCK H.J., RACHMAN S., *Terapia del comportamento nevrotico*, Franco Angeli, Milano, 1971.
- FARIA J.C.A., *De la Cause du Somneil Lucide ou l'Etude de la Nature de l'Homme*, Henry Jouve, Parigi, 1906.
- FAW V., SELLERS D.J., WILCOX W.W., Psychopathological Effects of Hypnosis, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1968, 26.
- FERENZI S., *Introjection and Transference in First Contributions to Psychoanalysis*, Hogarth, London, 1952, 58.
- FESTINGER L., *A Theory of Social Comparison Processes*, Human Relations, 1954. FEYRABEND T. e al., *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- FIELD P.B., Humanistic Aspects of Hypnotic Communication, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research, Developments and Perspective*, Aldine, Chicago, 1972, 481.
- FIELD P.B., DWORKIN S.F., Strategies of Hypnotic Interrogation, in */. of Psychology*, 1967, 47.
- FINER B., Clinical Use of Hypnosis in Pain Management, in BONICA J.J. (a cura di), *Advances in Neurology*, voi. 4 International Symposium on Pain, Raven Press, New York, 1974, 573.
- FINER B., *Hypnotherapy in Pain of Advanced Cancer*, in BONICA J.J., VENTAFRIDA V. (a cura di), *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 2, International Symposium on Pain of Advances Cancer, Raven Press, New York, 1979, 1-12.
- FINER B., *Sympathetic Outflow in Human Skin Nerves during Hypnosis*, Relazione al II Congresso Mondiale sul dolore, Montreal, 1978 (in stampa).
- FISCHER R., On Flashback and Hypnotic Recali, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1977, 217. FLOCH M., Limitations of the Lie-Detector, in *J. of Crim. Law and Criminology*, 1950, 651.
- FORDYCE W.R., Pain Viewd as Learned Behavior, in BONICA J.J. (a cura di), *Advances in Neurology*, voi. 4 International Symposium of Pain, Raven Press, New York, 1974, 415.
- FORDYCE W.R., Learning Processes in Pain, in STERNBACH R.A. (a cura di), « *The Psychology of Pain* », Raven Press, New York, 1978, 49.

- FOREL A., *Der Hypnotismus, Seine Psychophysiologische, Medizinische, Strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung*, Enke, Stuttgart, 1894.
- FORNARI F., *Simboli e codice*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- FORNARI F., Prefazione, in PISCINELLI U., *Psicosomatica ginecologica*, Piccin, Padova, 1979, 85.
- FRANKL V., Paradoxical Intention: A Logotherapeutic Technique, in *Am. J. Psychoter.*, 1960, 520.
- FREUD S., Psicologia delle masse e analisi dell'Io, in *Opere*, Boringhieri, Milano, 1977, 257.
- FREUD S., Post Script to a Discussion on Lay Analysis, in *Collected Papers*. Voi. V, Hogart, London, 1956, 205.
- FREUD S., Turnings in the Ways of Psychoanalytic Therapy, in JONES E. (a cura di), *Sigmund Freud: Collected Papers*, Basic Books, New York, 1959, 392.
- FREUD S., *Inibizione, sintomo e angoscia*, Boringhieri, Torino, 1961.
- FREUD S., Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino (1886), in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 5.
- FREUD S., Studi sull'isteria in collaborazione con Breuer J., in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 161.
- FREUD S., Prefazione alla traduzione di « Della suggestione » di Bernheim H. (1888), in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 69.
- FREUD S., Recensione a «L'ipnotismo» di A. Forel (1889), in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 81.
- FREUD S., Trattamento psichico (1890), in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 93.
- FREUD S., Isteria, in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 43.
- FREUD S., Ipnosi (1891), in FREUD S., *Opere*, voi. I, Boringhieri, Torino, 1967, 112.
- FREUD S., Charcot (1893), in FREUD S., *Opere*, voi. II, Boringhieri, Torino, 1968, 105.
- FREUD S., *Psicoanalisi e fede. Carteggio con pastore Pfister, 1909-1939*, Boringhieri, Torino, 1970.
- FREUD S., *Psicoanalisi e fede. Carteggio con pastore Pfister, 1909-1939*, Boringhieri, Torino, 1970, 125.
- FREUD S., *Al di là del principio del piacere*, Boringhieri, Torino, 1975.
- FREV M. VON, Beitrage zur Sinnesphysiologie der Haut, *Ber. d. kgl. sachs. Ges. d. Wiss. math.phys. Kl.*, 1895, 47.
- FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research, Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972.
- GALIN D., ORNSTEIN R., Lateral Specialization of Cognitive Mode : An EEG Study, in *Psychophysiology*, 1972.

- GARDNER G.G., Hypnosis with Children, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1974, 20.
- GARDNER G.G., Childhood, Death and Human Dignity, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1976, 122.
- GASSER H.S., Pain Producing Impulses in Peripheral Nerves, in *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, 1943, 23.
- GERMAN A.C., Hypnosis as Related to the Scientific Deception by Polygraph Examination: A Pilot Study, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1961, 309.
- GILL M., BRENNAN M., *Hypnosis and Related States*, Wiley & Sons, New York, 1959.
- GILL M., BRENNAN M., *Hypnotherapy*, I.U.P., New York, 1960.
- GILLI R., Aspetti e problemi medico-legali dell'ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1972, 79.
- GILLMAN R.D., Brief Psychotherapy: A Psychoanalytic View, in *Am. J. Psychiatr.*, 1965, 601.
- GLEES P., The Central Pain Tract, in *Acta Neuroveg.*, 1953, 160.
- GLOVER E., *I fondamenti teorici e clinici della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- GOLDS'TEIN A., HILGARD E.R., Lack of Influence of the Morphine Antagonist Maloxone on Hypnotic Analgesia, in *Proc. Nat. Acad. Sci.*, 1975, 2041.
- GONZALES DE ECHAVARRY Y VIVANCO, *Hipnotismo y Criminalidad*, Libreria Gene-dal de Victoriano Suarez, Madrid, 1906.
- GORDON E., *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967.
- GRAHAM D.T., Health, Disease and Mind-Body Problem. Linguistic Parallelism, in *Psychosom. Med.*, 1967, 52.
- GRANONE F., *L'ipnotismo come fenomeno biologico, mezzo di indagine e strumento terapeutico*, Boringhieri, Torino, 1962.
- GRANONE F., Perizia medico-legale allo scopo di accertare eventuali succubanze ipnotiche, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1970, 17.
- GRANONE F., *Trattato di ipnosi (Sofrologia)*, Boringhieri, Torino, 1972.
- GRANONE F., Fisiopatologia, clinica e terapia del dolore alla luce dell'ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 434.
- GRANONE F., GILLI R., GULOTTA G., Dibattito, in *Rass. ipn. med. psicom.*, 1975, 3950.
- GRANT G., Hypnosis in Criminal Investigation, in *Australian J. of Clin. Hypnosis*, 1977, 65.
- GREENBERG LA., *Group Hypnotherapy and Hypnodrama*, Nelson-Hall, Chicago, 1977.
- GRUENEWALD D., FROMM E., OBELANDER H., Hypnosis and Adaptive Regression: An Ego Psychological Inquiry, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research, Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972.

- GREVI V., *Nemo tenetur se detegere*, Giuffrè, Milano, 1972.
- GRINDER J., DE LORIER J., BANDER R., *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, Meta, Cupertino, voi. II, 1977.
- GUANTIERI G., *L'ipnosi*, Rizzoli, Milano, 1973.
- GUINON G., WALTKE S., *De l'influence des Excitations Sensitives et Sensorielles dans la Phase Cataleptique et Sinnambulique du Grand Hypnotisme*, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1891.
- GULOTTA G., Criminalità e cromosomi: osservazioni psicoanalitiche, in *Indice Penale*, 1969, 523.
- GULOTTA G., Le vittime di aggressioni sessuali, in ERMENTINI A., GULOTTA G., *Psicologia, psicopatologia e delitto*, Giuffrè, Milano, 1971, 217; e in *Giust. Pen.*, 1969, 100.
- GULOTTA G., Ipnosi e atti antisociali, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1970, 70.
- GULOTTA G., Appunti in tema di psicologia della testimonianza, in *Archivio Penale*, 1973, 249.
- GULOTTA G., *Psicoanalisi e responsabilità penale*, Giuffrè, Milano, 1973.
- GULOTTA G., Ipnosi e psicologia: rimuginandoci, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 259.
- GULOTTA G., Applicazioni legali dell'ipnosi (parte I e II), in *Rasi Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 441, 491.
- GULOTTA G., *Commedie e drammi nel matrimonio*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- GULOTTA G., Considerazioni sulle proposte per l'organizzazione professionale degli psicologi, in *Rivista di psicologia*, 1976, 103.
- GULOTTA G., Manipolazione, suggestione e ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1976, 887.
- GULOTTA G., La grammatica e le tecniche argomentative del discorso ipnotico quali strumenti mistificanti per la costruzione della malafede dell'ipnotizzato, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V Convegno Naz. sull'Ipnosi Clinica*, AMISI, Milano, 1978, 81.
- GULOTTA G., MOSCONI G., Terapie con e mediante ipnosi: una sintesi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1974, 479.
- GULOTTA G., VAGAGGINI M., *La vittima*, Giuffrè, Milano, 1976.
- GULOTTA G. (a cura di), *Psicologia giuridica*, Angeli, Milano, 1979.
- GUR R.E., GUR R.C., Handedness, Sex and Eydness as Moderating Variables in the Relationship Between Hypnotic Susceptibility and Functional Brain Asimetry, in *J. of Abn. Psych.*, 1974, 635.
- GUZE H., Psychological Theories of Hypnosis, in KLINE M.V. (a cura di), *The Nature of Hypnosis*, Institute for Research in Hypnosis, New York, 1961.
- HALEY J., An Interactional Explanation of Hypnosis, in SHOR R., ORNE M., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965, 267.

- HALEY J., The Family of the Schizophrenic : a Model System, in JACKSON D. (a cura di), *Communication Family and Marriage*, Science and Behavior Books, Palo Alto, 1969, 171.
- HALEY J., *Strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1971. HALEY J., *Terapie non comuni*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1976.
- HALLIDAY A.M., MASON A.A., Cortical Evoked Potentials during Hypnotic Anesthesia, in *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 1964, 314.
- HAMMERSCLAG H.E., *Hypnotism and Crime*, Wilshire, Hollywood, 1957.
- HANLEY F., Hypnosis in the Courtroom, in *Canad. Psych. Ass. J.*, 1969, 351.
- HARTMANN H., *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*, Boringhieri, Torino, 1966.
- HAVENS H., Charcot and Hysteria, in *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1965, 505.
- HELLENBERGER H.F., *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1972.
- HILGARD J.R., *Hypnotic Susceptibility*, Harcourt, Brace and World, New York, 1965.
- HILGARD E.R., The Main of Hypnosis, in *Am. Psychol.*, 1973, 972.
- HILGARD E.R., The Alleviation of Pain by Hypnosis, in *Pain*, 1975, 213.
- HILGARD E.R., *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, Wiley, New York, 1977.
- HILGARD E.R., HILGARD J.R., *Hypnosis in the Relief of Pain*, Kaufmann, Los Altos, 1975.
- HILGARD E.R., MORGAN A.H., Heart Rate and Blood Pressure in the Study of Laboratory Pain in Man under Normal Conditions and as Influenced by Hypnosis, in *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 1976, 741.
- HILGARD E.R., LOFTUS E., Effective Interrogation of the Eyewitness, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 342.
- HILGARD J.R., HILGARD E.R., NEWMAN M., Sequelae to Hypnotic Induction with Special Reference to Earlier Chemical Anesthesia in SHOR R., ORNE M., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965, 457.
- HILGARD J.R., Imaginative Involvement: Some Characteristics of the Highly Hypnotizable and the Non-Hypnotizable, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1974, 138.
- HILGARD J.R., Sequelae to Hypnosis, in *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 1977, 281. HULL C., *Hypnosis and Suggestibility*, Appleton, New York, 1933.
- ILLICH I., *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.
- ILOVSKY J., Experience with Group Hypnosis on Schizophrenics, in *J. of Mental Science*, 1962, 685.
- International J. of Clinical and Experimental Hypnosis*, III e IV fascicolo 1977.
- IVERS H., *Die Hypnos in Deutschen Strafrecht*, Wiegandt, Leipzig, 1927.

- JANET P., L'Automatisme Psychologique, in *Essai de Psychologie sur le Formes Inferieures de l'Activité Humaine*, Alcan, Parigi, 1889.
- JEWESBURY E.C.O., Insensitivity to Pain, in *Bratti*, 1951, 336.
- JONES E. (a cura di), *Sigmund Freud: Collected Papers*, Basic Books, New York,
- JONES E., *Vita e opere di Freud*, Il Saggiatore, Milano, 1962.
- JONES E.E., KANOUSE D.E., KELLEY H.H., NISBETT R.E., VALINS S., WEINER B., *Attribution: Perceiving the Causes of Behavior*, General Learning, Morristown, 1971.
- KATZ N.W., *Comparative Efficacy of Sleep Trance Instructions and Behavior Modification Procedures in Enhancing Hypnotic Suggestibility*. Doctoral Dissertation, Washington University, St. Louis, Mo., 1975.
- KINSBOURNE M., COOK L., Generalized and Lateralized Effects of Concurrent Verbalization on a Unimanual Skill, in *Quarterley J. of Exp. Psychol*, 1971, 341.
- KIRKNER F.J., Hypnosis in a General Hospital Service, in DORCUS R.M. (a cura di), *Hypnosis and its Therapeutic Application*, Mac Graw-Hill Book Company, New York, 1956.
- KLINE M.V., The Dinamics of Hypnoticall Induced Antisocial Behavior, in *J. Psychol*, 1958, 293.
- KLINE M.V. (a cura di), *Clinical Correlation of Experimental Hypnosis*, Thomas, Springfield (III), 1963.
- KLINE M.V., *Psychodynamics and Hypnosis*, Thomas, Springfield (111.), 1967.
- KLINE M.V., *Freud e l'ipnosi*, Piccin, Padova, 1976.
- KLINE M.V., The Production of Antisocial Behavior through Hypnosis: New Clinical Data, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1972.
- KLINE M.V., Defending the Mentally 111: the Insanity Defense and the Role of Forensic Hypnosis, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn*, 1979, 375.
- KLEINHAZ M., DREYFUSS D. e al., Some after-effects of Stage Hypnosis: a Case Study of Psychopathologie Manifestation, in *Int. Clin. Exp. Hypn.*, 1979, 219.
- KROEBER A.L., *Anthropology*, Harcourt, New York, 1948.
- KROGER W.S., *Clinical and Experimental Hypnosis*, Lippincott Company, Philadelphia, 1977.
- KROGER W.S., DE LEE S.T., Use of Hypnoanesthesia for Cesarian Section and Hysterectomy, in *J.A.M.A.*, 1957, 442.
- KROGER W.S., FETZLER W.D., *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*, Lippincott Co., Philadelphia-Toronto, 1976.
- KROGER W.S., FREED S.D., *Psychosomatic Gynecology: Including Problems of Obstetorical Cure*, W.B. Saunders, Philadelphia, 1951.
- KROGER W.S., DoucÉ R.G., Hypnosis in Criminal Investigation, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 358.

- KROJANKER R.J., Human Hypnosis, Animai Hypnotic States and the Induction of Sleep in Infants, in *Am. J. Clin. Hypn.*, 1969, 178.
- KUBIE L., MARGOLIN S., The Process of Hypnotism and the Nature of the Hypnotic States, in *Am. J. Psychiatry*, 1944; e in SHOR R., ORNE M., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart Winston, 1957.
- KUHN T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.
- LACHMAN S.J., / *disturbi psicosomatici*, Franco Angeli, Milano, 1977.
- LAING R.D., ESTERSON A., *Normalità e follia nella famiglia*, Einaudi, Torino, 1970.
- LAING R.D., Mistificazione, confusione e conflitto, in BOSZORMENY-NAGY I., FRAMO E., *Psicoterapie intensive della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1969, 365.
- LAING R.D., COOPER R.D., *Ragione e violenza*, Armando, Roma, 1973.
- LANG P., LAKOVIC A.D., The Experimental Desensitization of a Phobia, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1963, 519.
- LANGEN D., Modificazioni circolatorie periferiche da training autogeno e ipnosi, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosp.*, 1968, 4600.
- LAZARTIS A., Group Therapy of Phobic Disorders, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1961, 504.
- LECRON L., *Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1952.
- LEHAN J.M., Hypnosis as a Criminal Defense, in *California Western Law Review*, 1970, 303.
- LEONARD A.S., PAPERMASTER A.A., WANGESTEEN O.H., Treatment of Postgastrectomy Dumping Syndrome by Hypnotic Suggestion, in *J.A.M.A.*, 1957, 1957.
- LE SHAN L., The World of the Patient in Severe Pain of Long Duration, in *Chron. Dis.*, 1964, 119.
- LEVIN L., Hypnosis and Regression in the Service of the Ego, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1976, 400.
- LEVINE J.D., GORDON M.C., FIELDS H.L., The Role of Endorphins in Placebo Analgesia, in BONICA J.J., et al. (a cura di), *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 3, Proceedings of the Second World Congress on Pain, Raven Press, New York, 1979, 547.
- LEVITT E., Research Strategies Evaluating the Coercive Power of Hypnosis, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Sciences, New York, 1977, 86.
- LEVITT E., DEN BREEYEN A., PERSKY H., The Induction of Clinical Anxiety by Means of Standardized Hypnotic Technique, in *Am. J. of Clin. Hypnosis*, 1960, 206.
- LEVITT E., HENNASY CHAPMAN R., Hypnosis as a Research Method, in FROMM E., SHOR R., *Hypnosis: Research, Development and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972, 85.

- LEVITT E., ARONOFF G., DUANE T., OVERLEY MORGAN C., PARRISH M.J., Testing the Coercive Power of Hypnosis: Committing Objectionable Acts, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1975, 59.
- LEVITT E., OVERLEY T.M., RUBINSTEIN D., The Objectionable Act as a Mechanism for Testing the Coercive Power of the Hypnotic State, in *Am. J. of Clin. Hypnosis*, 1975, 263.
- LEVY J., *Psychobiological Implication of Bilateral Asymmetry in Hemisphere Function in Human Brain*, Wiley, New York, 1974.
- LIEBAULT A., *Du Sommeil et des States Analogues Considérés Surtout ou Point de Vue de l'Action du Moral sur le Physique*, Masson e Cie, Paris-Nancy, 1866.
- LIEBEAULT A., Confession d'un Médecin Hypnotiseur, in *Rev. de l'Hypnotisme Exp. et Thérapeutique*, 1886, 144.
- LIEBERSON W.T., SMITH R.W., STERN M.A., Experimental Studies of the Prolonged « Hypnotic Withdrawal » in the Guinea Pig, in *J. Neuropsychiatry*, 1961, 28.
- LIEGEOIS J., *De la Suggestion et du Somnambulisme dans Leurs Rapports avec la Jurisprudence e la Medicine Legale*, Octave Doin, Parigi, 1889.
- LINDNER R., *Rebel Without a Cause*, Grane and Stratton, New York, 1944.
- LINDNER R., The Hypnoanalytic Technique with Prisoners, in LINDNER R., SELINGER R., *Handbook of Correctional Psychology*, Philosophical Library, New York, 1944, 632.
- LONDON P., Developmental Experiments in Hypnosis, in *J. Prog. Tech. Peers. As-sess.*, 1965.
- LONDON P., The Induction of Hypnosis, in GORDON J., *Clinical and Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1967, 59.
- LYON W., Justification and Command as Techniques for Hypnotically Induced Antisocial Behavior, in *J. Clin. Physiol.*, 1954, 288.
- MAHL H.F., « Normal » Disturbances in Spontaneous Speech, in *Am. Psychologist*, 1956, 390. MANFERTO G., L'ipnosi in dermatologia, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosp.*, 1975, 646.
- MANNOIN M., *Le Psichiatre son « Fou » et la Psychanalyse*, Edition du Seuil, Paris, 1970.
- MANZINI V., *Trattato di diritto penale*, (a cura di) NUVOLONE P., PISAPIA G.D., Utet, Torino, 1970.
- MARCUS H.W., Hypnosis in Dentistry, in SCHNECK J.M. (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine*, III ed., Thomas, Springfield (111.), 1963, 229.
- MARCUSE F.L., Antisocial Behavior and Hypnosis, in *J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1953, 18.
- MARCUSE F.L., *Hypnosis Ract and Finction*, Pelican, Baltimore, 1961. MARGOLIN E., SINOWAY R.M., Hypnotically Induced False Confession to Murder:

- Preliminary Questions Regarding Consent, Admissibility in Evidence and Other Legal Issues, in *Forum*, 1976, 3.
- MARMER M.J., *Hypnosis and Anesthesia*, Thomas, Springfield (IH.), 1959.
- MARMER M.J., Hypnosis in Anesthesiology and Surgery, in SCHNECK J.M. (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine*, III ed., Thomas, Springfield (111.), 1963.
- MARMOR J., PUMPIAN-MINDLIN E., Toward an Integrative Conception of Mental Disorder, in GRAY W. e al (a cura di), *General System Theory and Psychiatry*, Little, Brown and Company, Boston, 1969, 297.
- Me GLASHAN T.H., EVANS F.J., ORNE M.T., The Nature of Hypnotic Analgesia and the Placebo Response to Experimental Pain, in *Psychosom. Med.*, 1969, 227.
- Me MURRAY G.A., Experimental Study of a Case of Insensitivity to Pain, in *Arch. Neurol. Psychiatr.*, 1950, 650.
- MEAZZINI P., Presentazione, in SKINNER B., *Studi e ricerche*, Giunti, Firenze, 1976, 32. MELICA V., *Una ipotesi sui dinamismi ipnotici*, Cadmos, Milano, 1974, 75.
- MELICA V., La realtà ipnotica, in *Dispense del I corso di insegnamento della scuola di ipnosi dell'AM.IS.I.*, Milano, 1977, 45.
- MELICA V., *Dinamismi ipnotici ed esperienza del dolore*, Cadmos, Milano, 1979.
- MELLOR N.H., *Hypnosis in Juvenile Delinquency*, letto al 35° Pan American Med. Assn. Meeting, 4 maggio 1960.
- MELTZOFF J., KORNREICK M., *Research in Psychotherapy*, Atherton Press, New York, 1970.
- MELZACK R., *L'enigma del dolore*, Zanichelli, Bologna, 1976.
- MELZACK R., CASEY K.L., Sensory, Motivational and Central Contrai Determinants of Pain: A new Conceptual Model, in KENSHALO D. (a cura di), *The Skin Senses*, Thomas, Springfield (111.), 1968.
- MELZACK R., WALL P.D., Pain Mechanisms: A New Theory, in *Science*, 1965, 971.
- MERSKEY H., SPEAR F.C., *Pain: Psychological and Psychiatric Perspectives*, Williams and Wilkins, Baltimora, 1967.
- MESMER F.A., *Memoire sur la Dicoouverte du Magnetisme Animai*, Geneva, 1774, 62.
- MESMER F.A., Dissertati© Physio-Medica de Planetorum Influxu, in AMADOU R. (a cura di), MESMER F.A., *Le Magnetisme Animai*, Payot, Parigi, 1957, 32.
- MESMER F.A., *Le Magnetisme Animai*, Oeuvres publiées par Amadou R., Payot, Parigi, 1957.
- MESSINEO F., *Manuale di diritto civile e commerciale*, Giuffrè, Milano, 1950.
- MEYER G., TILKER K., The Clinical Use of Direct Hypnotic Suggestion, in *J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1969, 81.
- MILGRAM S., *Obbedienza all'autorità*, Bompiani, Milano, 1975.

- MILSTONE S.J., Using Hypnosis to Reach the Child Ego State, in BLAKENEY R. (a cura di), *Current Issue in Transactional Analysis*, Brunner-Mazel, New York, 1977, 82.
- MINALYKA E.E., WHANGER A.D., Objective Tinnitus Aurium Hypnotically Treated, in *Arti. J. din. Hypnosis*, 1959, 85.
- MOLL A., *Hypnotism*, Chas Scribner's Sons, New York, 1890.
- MORENO J., ENNEIS J., *Hypnodrama and Psychodrama*, Beacon House, New York, 1950.
- MOSCONI G., *L'ipnosi per partorire*, Piccin, Padova, 1973.
- MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V convegno nazionale medico di studi sull'ipnosi clinica* (Milano 11, 12, 13 novembre 1978), Ed. A.M.I.S.I., Milano, 1979.
- Moss S., *Hypnotic Investigation of Dreams*, Wiley, New York, 1967.
- MUHL A., *Automatic Writing*, Helix, New York, 1963.
- MUSATTI C., Cinema e psicoanalisi, e i processi psichici attivati dal cinema, in MUSATTI C., *Psicoanalisi e vita contemporanea*, Boringhieri, Torino, 1960, 144, 198.
- MUSATTI C., Psicologia clinica e clinica psicologica, in MUSATTI C., *Psicologia e vita contemporanea*, Boringhieri, Torino, 1960, 217.
- MUSATTI C., *Trattato di psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1971.
- Muzi P.G., Suscettibilità e refrattarietà all'ipnosi, in *Minerva Medica*, 1974, 65, 335 ss.
- O' BRIEN R., RABUCK S.J., Experimentally Produced Self-Repugnant Behavior as a Function of Hypnosis and Waking Suggestion: A Pilot Study, in *Am. J. of din. Hypnosis*, 1976, 272.
- O'CONNELL D.N., SHOR E.R., ORNE M.T., Hypnotic Age Regression: An Empirical and Methodological Analysis, in *J. Abn. Psych. Monographs*, 1970, 56.
- OLINGER L.B., The Use of Hypnosis as an Aid to Psychodiagnosis, in *Am. J. din. Hypnosis*, 1967, 84.
- ORNE M.T., A Book Review of Reiter P., Antisocial or Criminal Acts and Hypnosis: A Case Study, in *Am. Bar. Ass. J.*, 1960, 81.
- ORNE M.T., The Potential Use of Hypnosis in Interrogation, in BINDERMAN A., ZIMMER H., *The Manipulation of Human Behavior*, Wiley, New York, 1961, e in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1959, 227.
- ORNE M.T., Antisocial Behavior and Hypnosis, in ESTABROOKS G.H., *Hypnosis Current Problems*, Harper and Row, New York, 1962, 146.
- ORNE M.T., Hypnotically Induced Hallucinations, in WEST J.L. (a cura di), *Hallucinations*, Grane and Stratton, New York, 1962, 217.
- ORNE M.T., The Nature of Hypnosis: Antifact and Essence, in SHOR R., ORNE M. T., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart and Winston, 1965, 89.

- ORNE M.T., Can a Hypnotized Subject Be Compelled to Carry out Otherwise Unacceptable Behavior? A Discussion, in *Int. J. of din. Exp. Hypnoiss*, 1972, 2.
- ORNE M.T., On the Social Psychology of the Psychological Experiment: with Particular Reference to Demand Characteristics and their Implications, in *Am. Psychol*, 1972, 776.
- ORNE M.T., On the Simulating Subject as a Quasi-Control Group in Hypnosis Rereach: What, Why and How, in FROMM E., SHOR R.E. (a cura di), *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972.
- ORNE M.T., Pain Suppression by Hypnosis and Related Phenomena, in BONICA J.J. (a cura di), *Advances in Neurology*, voi. 4. International Symposium on Pain, Raven Press, New York, 1974, 563 ss.
- ORNE M.T., Should Psychiatrist Be Medically Trained? in BRANDY I., BODIE H., *Controversy in Psychiatry Sounders*, Philadelphia, 1978, 44.
- ORNE M.T., The Use and Misuse of Hypnosis in Court, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 311.
- ORNE M.T., EVANS F., Social Control in Psychological Experiment: Antisocial Behavior and Hypnosis, in */. Per. Soc. Psychol.*, 1965, 189.
- ORNE M.T., SHEEHAN P.W., EVANS F., Occurrence of Posthypnotic Behavior Outside The Sperimentai Setting, in */. of Personality and Social Psychol.*, 1968, 189.
- ORNSTEIN R.E., *La psicologia della coscienza*, Angeli, Milano, 1978, 70.
- OTTOLENGHI S., *La suggestione e le facoltà psichiche occulte in rapporto alla pratica legale e medico-forense*, Bocca, Torino, 1900.
- PAIVIO A., *Imagery and Verbal Process*, Heath, New York, 1971.
- PALADINO M., L'approccio ipnositerapeutico nell'impotenza sessuale del maschio, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1970, 82.
- PALADINO M., L'ipnosi come presidio terapeutico psichiatrico, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1976, 893.
- PARIETTI P., GUANTTERI G., Ipnosi e psicoterapia, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1977, 1027.
- PATTIE T., Theories of Hypnosis, in DORCUS R., *Hypnosis and its Therapeutic Applications*, McGraw-Hill, New York, 1956, I.
- PAVESI P.M.A., MOSCONI G., *Tecniche e applicazioni dell'ipnosi medica*, Piccin, Padova, 1974.
- PAVLOV L., */ riflessi condizionati*, Boringhieri, Torino, 1966.
- PEARSON M.M., BARNES L.J., Objective Tinnitus Aurium: Report of Two Cases With Good Results after Hypnosis, in *J. Phil. Gen. Hosp.*, 1950, 134.
- PELLETIER K., GARFIELD C., *Consciousness East and West*, Harper, New York, 1976.
- PERELMAN C, OLDRECHTS-TYTECA L., *Trattato delta argomentazione*, Einaudi, Torino, 1966.

- PERESSON L., Studi sul Training autogeno e altri saggi, Piovani, Abano, 1979.
- PERLINGERI P. Impostazioni clinico antropologiche delle psicoterapie: loro riflessi giuridici con particolare riguardo all'esercizio abusivo della professione sanitaria, / *quaderni degli incontri*, IMS, Roma, 1973, 33.
- PERRY C, Variables Influencing the Post-Hypnotic Persistence of an Uncanceled Hypnotic Suggestion, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Science, New York, 1977, 264, 296.
- PERRY C, The Abbé Faria: A Neglected Figure in the History of Hypnosis, in FRANKEL F.H., ZAMANSKY H.S., *Hypnosis at its Bicentennial*, Plenum Press, New York, 1978, 37.
- PERRY C, Hypnotic Coercition and Compliance to it: A Review of Evidence Presented in a Legai Case, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 187.
- PINELLI P., *Sonno, sogno, ipnosi e stati patologici di inibizione cerebrale*, Cortina, Padova, 1958.
- PINELLI P., Il test di Shagass nell'ansia e nella trance ipnotica, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1976, 868.
- PINELLI P., La natura dell'ipnosi alla luce delle teorie della comunicazione, in *Rass. Ipn. e Mes. Psicosom.*, 1977, 989.
- PIOLETTI U. Ipnatismo, in *Nov. Dig. It.*, UTET, Torino, 1963, 38.
- PISCINELLI U., *Training autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostetrica*, Piccin, Padova, 1970.
- PISCICELLI V., L'infert come condizione essenziale e preliminare della comunicazione, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *op. cit.*, 56.
- PLATONOV K., *The Word as a Physiological and Therapeutic Factor*, Foreign Languages Publishing House, Moscow, 1959.
- POMERANZ B., Do Endorphins Mediate Acupuncture Analgesia? in COSTA E., TRABUCCHI M., *Advances in Biochemical Psychopharmacology. The Endorphins*. Raven Press, New York, 1978, 351.
- POSTEL J., DOTEH A., Les Deboires Transferentielles d'un Psychotherapeute à la Fin de la Revolution Francaise: une Cure Magnétique en 1797, in *Bull. de Psychologie*, 1977/78, 106.
- POPPER K., Verità, razionalità e accrescimento della conoscenza scientifica in *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino, 1969, 163.
- POPPER K., *Logica della ricerca scientifica*, Einaudi, Torino, 1970.
- POPPER K., La psicoanalisi tra mito e scienza, in ANTIERI B. (a cura di), *Analisi epistemologica del marxismo e della psicoanalisi*, Città Nuova, Roma, 1974, 211.
- PROUST M., *La strada di Swann*, Einaudi, Torino, 1965.
- PUCCHINI L., Osservazioni in tema di incapacità naturale a testare con particolare riguardo al caso di suggestione ipnotica, in *Giur. Compil. Cass. Civ.*, 1953, I, 288.

- PUTNAM W., Hypnosis and Distortions in Eyewitness Memory, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 457.
- PUYSÉGUR, DE CHASTENET A.M.J., *Memoires pour Servir à l'Histoire et à l'Établissement du Magnetisme Animal*, Cellot, Parigi, 1784.
- RACHMAN S., *The Effects of Psychotherapy*, Pergamon, New York, 1971.
- RAGINSKY B.B., Hypnosis in Internal Medicine, in SCHNECK J.M., (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine*, Thomas, Springfield (Ill.), 1959.
- RAGINSKY B.B., Hypnotic Recali of Aircrash Cause, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1967, I.
- RAKOFF A.E., FRIED P., Pseudocyesis: A Psychosomatic Study in Gynecology, in *J.A.M.A.*, 1951, 1329.
- Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 1968, 59, 4635.
- RAUSKY F., *Mesmer ou la Révolution Thérapeutique*, Payot, Paris, 1977.
- REIFF R., SCHEERER M., *Memory and Hypnotic Age Regression*, I.U.P., New York, 1959.
- REISER M., Hypnosis as an Aid in Homicide Investigation, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1974, 84.
- REITER P., *Antisocial or Criminal Acts and Hypnosis*, Munskard, Copenhagen, 1958.
- REY J., La psicoanalisi e la metafora, in PAGANINI A., *Psicoanalisi come filosofia del linguaggio*, Longanesi, Milano, 1976, 182.
- REYHER J., Brain Mechanisms, Intrapsychic Processes in Behavior: A Theory of Hypnosis and Psychopathology, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1964, 107 ss.
- REYHER J., Hypnosis, in VERNON J. (a cura di), *Introduction to Psychology*, Brown, Dubuque (Iowa), 1968.
- REYHER J., Clinical and Experimental Hypnosis: Implications for Theory and Methodology, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Academy of Science, New York, 1977, 71.
- REYHER J., Hypnosis in Research on Psychopathology, in GORDON J., *Hand-Book of Clinical and Experimental Hypnosis*, McMillan, New York, 1977, 110.
- RICCI BITTI P., CORTESI S., *Comportamento non verbale e comunicazione*, Il Mulino, Bologna, 1977.
- RICHELLE M., *Perché gli psicologi?*, Elle Emme Edizioni, Milano, 1975.
- ROBINSON W.P., *Language and Social Behavior*, Penguin, Harmondsworth, 1972.
- ROMERO A., *L'ipnosi in psicoterapia*, Minerva Medica, Torino, 1960.
- ROMERO A., Ipnologia psichiatrica, in *Secondo Corso Scuola di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, a cura di Ass. Med. Ital. per lo studio dell'ipnosi (A.M.I.S.I.), 1978, 51.
- ROMERO A., Eidosi. Una funzione psichica misconosciuta, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1976, 875.

- ROSEN S., Recent Experiences with Encounter Gestalt and Hypnotic Techniques, in *Am. J. Psychoan.*, 1972, 90.
- ROSENTHAL R., *Experimenter Effects in Behavioral Research*, Irvington, New York, 1976.
- ROSENTHAL R., JACOBSON J., *Pigmaliione in classe*, Angeli, Milano, 1975.
- ROSEN H., Hypnosis: Applications and Misapplication, in *J.A.M.A.*, 1960, 683.
- ROWLAND L.W., Will Hypnotized Persons Try to Harm Themselves or Others?, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1939, 114.
- RUESCH J., BATESON J., *Communication*, Norton, New York, 1968.
- RUSSEL B., *Mysticism and Logic and Other Essays*, Longmans, London, 1916.
- SACERDOTE P., Psychophysiology of Hypnosis as it Relates to Pain and Pain Problems, in *Am. J. din. Hypnosis*, 1962, 236.
- SACERDOTE P., Theory and Practice of Pain Control in Malignancy and Other Protracted or Recurring Painful Illnesses, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1970, 160.
- SACERDOTE P., Pain Control with Hypnosis, in *Science*, 1977, 4319.
- SACERDOTE P., *Induced Dreams*, Vantage, New York, 1967.
- SACKEIM H., GUR R., Self-Deception, Self-Confrontation and Consciousness, in SCHWARTZ G., SHAPIRO D. (a cura di), *Consciousness and Self Regulation, Advances in Research and Theory*, voi. II, Wiley, New York, 1978, 139.
- SAKATA K.I., Report on a Case of Failure to Dehypnotize and Subsequent Reported Aftereffects, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1968.
- SARBIN T., Contributions to Role Taking Theory: I) Hypnotic Behavior, in SHOR R., ORNE M.T., *The Nature of Hypnosis*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965, 234.
- SARBIN T., On the Futility of the Proposition that Some People be Labeled « Mentally 111. », in LINDGREN H. (a cura di), *Readings in Personal Development*, American Book, New York, 1969, 151.
- SARBIN T., Imagining as Muted Role Taking, in SCHEFHAN P., *The Function and Nature of Imagery*, Academic, New York, 1972, 333.
- SARBIN T., ANDERSEN M., Base-Rate Expectancies and Perceptual Alterations in Hypnosis, in *Brit. J. din. Psychol.*, 1963, 112.
- SARBIN T., ANDERSEN M., Role Theoretical Analysis of Hypnotic Behavior, in GORDON E., *Handbook of Clinical Experimental Hypnosis*, McMillan, New York, 1967, 319.
- SARBIN T., COE W., *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1972.
- SARTRE J.P., *Immagine e coscienza*, Einaudi, Torino, 1948.
- SARTRE J.P., *Critica della ragione dialettica*, II Saggiatore, Milano, 1963.
- SARTRE J.P., *L'essere e il nulla*, II Saggiatore, Milano 1965.

- SARTRE J.P., *L'Idiot de la Famille*, Gallimard, Paris, 1971, voi. I, 662.
- SCAGNELLI L., *Hypnotherapy with Schizophrenic and Borderline Patients*, Presentazione al Congresso dell'Am. Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Seattle, 1975.
- SCHAFFER W.D., RUBIO R., *Precedence and Suggested Rules in Criminal Investigations*, presentato al congresso della Society for Clin. Exp. Hypnosis, dicembre 1973.
- SCHAFFER W.D., RUBIO R., Hypnosis to Aid the Recall of Witnesses, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1978, 81.
- SCHELLEN A., *// linguaggio del comportamento*, Astrolabio, Roma, 1977.
- SCHILDER P., *The Nature of Hypnosis*, I.U.P., New York, 1956.
- SCHILDER P., KAUDERS O., Hypnosis, in *Nervous Mental Disease Monogr.*, Washington, 1927.
- SCHNECK J.M., A Military Offence Induced by Hypnosis, in *Mental Disease*, 1947, 186.
- SCHNECK J.M., *Studies in Scientific Hypnosis*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1954.
- SCHNECK J.M. (a cura di), *Hypnosis in Modern Medicine*, II ed., Thomas, Springfield (111.), 1959.
- SCHNECK J.M., Hypnoanalytic Study of a False Confession, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1967, 11.
- SCHULZ J.H., *// Training autogeno I. esercizi inferiori*, Feltrinelli, Milano, 1968; *// esercizi superiori*, Feltrinelli, Milano, 1971.
- SCOTT D.L., *Modern Hospital Hypnosis*, "Lloyd-Luke Ltd.", London, 1974. SCOTT E.M., Hypnosis in the Courtroom, in *Arti. J. of Clin. Hypnosis*, 1977, 3.
- SEARS R.R., Experimental Study of Hypnotic Anaesthesia, in *J. Exper. Psychol.*, 1932, 1.
- SELAVAN A., Hypnosis and Transactional Analysis Theory, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1975, 260. SELVINI PALAZZOLI M. e al., *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano, 1975.
- SHAFFER T.A., Hypnosis in the Management and Control of Trigeminal Neuralgia: Two Case Reports, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1962, 138.
- SHEEHAN P., PERRY C., *Methodologies of Hypnosis, a Critical Appraisal of Contemporary Paradigms of Hypnosis*, Wiley, New York, 1976.
- SHOR R.E., Hypnosis and the Concept of the Generalized Reality Orientation, in *Am. J. of Psychotherapy*, 1959, 582.
- SHOR R.E., Three Dimension of Hypnotic Depth, in *Int. J. of Clin. Exp. Hypnosis*, 1962, 23.
- SHOR R.E., Physiological Effects of Painful Stimulation during Hypnotic Analgesia under Conditions Designed to Minimize Anxiety, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1962, 183.

- SHOR R.E., The Three Factor Theory of Hypnosis as Applied to the Book Reading Fantasy and to the Concept of Suggestion, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1970, 89.
- SHOR R.E., The Fundamental Problem in Hypnosis Research as Viewed from Historic Perspectives, in FROMM E., SHOR R. (a cura di), *Hypnosis: Research, Developments and Perspectives*, Aldine, Chicago, 1972, 15.
- SHOR R.E., ORNE M.T., O'CONNELL D.N., Validation and Cross Validation of a Scale of Self-Reported Personal Experiences which Predicts Hypnotizability, in *J. Psychol*, 1962, 55.
- SICILIANI O., *Crisi ed evoluzione dei paradigmi psicopatologici. Dalla epistemologia critica delle teorie psicopatologiche alla critica storica dell'ideologia della devianza*, Relazione non pubblicata presentata al congresso di Verona; Analisi epistemologica dei concetti di normalità e devianza in *Psicopatologia*, 25-26-27 marzo 1977.
- SILBER S., Encopresis: Rectal Rebellion and Anal Anarchy?, in *J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med.*, 1969, 97.
- SLUZKI C., VERON E., The Double Bind as a Universal Pathogenic Situation, in *Fam. Proc.*, 1971, 397.
- SMALL L., *Psicoterapie brevi*, Etas Libri, Milano, 1974.
- SPAGGIARI G., Riabilitazione della memoria e riordinamento della scrittura in pazienti con amnesia post-traumatica risolta mediante ipnosi terapia, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V Convegno Nazionale Medico di studi sull'ipnosi clinica* (Milano, 11-12-13 novembre), Ed. A.M.I.S.I., Milano, 1979.
- SPANOS N.P., Goal-Directed Phantasy and Performance in Hypnotic Test Suggestion, in *Psychiatry*, 1971, 86.
- SPANOS N.P., BARBER T., Toward a Convergence in Hypnosis Research, in *Am. Psychol*, 1974, 500.
- SPANOS N.P., RIVERS S.M., ROSS S., Experienced Involuntariness and Response to Hypnotic Suggestion, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Sciences, New York, 1977, 208.
- SPIEGEL H., Is Symptom Removal Dangerous?, in *Am. J. of Psychiatry*, 1967, 10.
- STEINER I.D., Perceived Freedom, in *Advances Exp. Soc. Psych.*, 1970, 187.
- STELLA F., *Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale*, Giuffrè, Milano, 1975.
- STELLA RICHTER M., SGROI V., Delle persone e della famiglia, in *Comm. Cod. Civ.*, Utet, Torino, 1958, 1.
- STERN J.A., BROWN M., ULETT G.A., SLETTEN I., A Comparison of Hypnosis Acupuncture, Morphine, Valium, Aspirin and Placebo in the Management of Experimentally Induced Pain, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Sciences, 1977, 175.

- STERNBACH R.A., *Pain Patients: Traits and Treatment*, Academic Press, New York, 1974.
- STERNBACH R.A., TURSKY B., Ethnic Differences among Housewives in Psychophysical and Skin Potential Responses to Electric Shock, in *Psychophysiology*, 1965, 241.
- STERNLICHT M., WANDERER Z.W., Hypnotic Susceptibility and Mental Deficiency, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1963, 104.
- ST. JEAN R., Posthypnotic Behavior as a Function of Experimental Surveillance, in *Am. J. of Clin. Hypnosis*, 1978, 250.
- STOLFI G., *Teoria del negozio giuridico*, Cedam, Padova, 1947.
- STUKAT K.G., *Suggestibility: A Factorial and Experimental Analysis*, Almqvist and Wiksell, Stockholm, 1958.
- SUTCLIFFE J.P., Credulous and Skeptical Views of Hypnotic Phenomena: A Review of Certain Evidence and Methodology, in *Int. J. din. Exp. Hypnosis*, 1960, 73.
- SUTCLIFFE J.P., Credulous and Skeptical Views of Hypnotic Phenomena: Experiments on Esthesia, Hallucination and Delusion, in *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1961, 188.
- SZAS T., *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano, 1966.
- SZASZ T.S., The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of l'Homme Douleurieux, in SOULAIRAC A., CAHN L., CARPENTIER J., (a cura di), *Pain*, Academic Press, London, 1968, 98.
- SZASZ T.S., *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*, Basic Books, New York, 1975.
- TAKESHIGE C., KAMADA Y., OKA K., MURAI MI, HISAMITSU M., Relationship between Midbrain Neurons (Periaqueduct Central Grey and Midbrain Reticular Formation) and Acupuncture Analgesia, Animal Hypnosis, in BONICÀ et al., (a cura di), *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 3, Proceedings of the Second World Congress on Pain, Raven Press, New York, 1979, 615.
- TART C.H., *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma, 1977.
- TAORMINA C, Narcoanalisi, in *Enc. del Diritto*, XXVIII, Giuffrè, Milano, 1977, 489.
- TEITELBAUM M., *Hypnosis Induction Technics*, Thomas, Springfield (Ill.), 1965.
- TERENIUS L., Endorphin in Chronic Pain, in BONICÀ e al. (a cura di), *Advances in Pain Research and Therapy*, voi. 3, Proceedings of the Second World Congress on Pain, Raven Press, New York, 1979, 459.
- TIRONE G., VIANO L., *L'ipnosi in psicoterapia*, in MOSCONI G., WELBACHER R., *op. cit.*, 113.
- TRANCHINA G., Ipnatismo, in *Enc. del Diritto*, XXII, Giuffrè, Milano.
- TRENTINI G. e al., *La professione dello psicologo in Italia*, Isevi, Milano, 1977.

- UNDERWOOD H.W., The Validity of Hypnotically Induced Hallucinations, in */. Abn. Soc. PsychoL*, 1960, 39.
- VANARELLI M., M. MARTINELLI R., *La ridonanza come caratteristica comunicazionale nella induzione ipnotica*. Tesi presentata al Corso A.M.I.S.I. di ipnosi clinica e sperimentale, Milano, 1978.
- VASSALLI G., I metodi di ricerca della verità e la loro incidenza sulla integrità della persona umana, in *Riv. pen.*, 1972, I, 393.
- VEITH I., *L'Histoire de l'Hysterie*, Seghers, Parigi, 1973.
- VENTURINI R. (a cura di), *I livelli di vigilanza*, Bulzoni, Roma, 1973.
- VENTURINI R., Ipnosi e psicofisiologia del dolore, in MOSCONI G., WEILBACHER R., *Atti del V Convegno nazionale medico di studi sull'ipnosi clinica*, Ed. A.M. I.S.I., Milano, 1978.
- VINCHON J., *Mesmer et son secret*, Textes choisis et présentes par R. de Saussure, Privat, Toulouse, 1971.
- VÖLGYESI F.A., *L'ipnosi umana e animale*, Piccin, Padova, 1972.
- WALL P.D., The Physiology of Controls on Sensory Pathways with Special Reference to Pain, in CHERTOK L. (a cura di), *Psychophysiological Mechanisms of Hypnosis*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1969 107.
- WARNE» K., The Use of Hypnosis in thè Defense of Criminal Cases, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 417.
- WATKINS J.G., Antisocial Compulsion Induced under Hypnotic Trance, in *J. Abn. Soc. PsychoL*, 1947, 256.
- WATKINS J.G., *Hypnotherapy of War Neurosis*, Ronald Press Co., New York, 1949.
- WATKINS J.G., Projective Hypnoanalysis, in LECRON L., *Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1952, 442.
- WATKINS J.G., Hypnosis and Consciousness from View Point of Existentialism, in KLEIN M., *Psychodynamics and Hypnosis*, Thomas, Springfield (111.), 1967, 15.
- WATKINS J.G., The Affect Bridge : A Hypnoanalytic Technique, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1971, 21.
- WATKINS J.G., Antisocial Behavior under Hypnosis. Possible or Impossible?, in *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 1972, 95.
- WATKINS J.G., *Hypnotic Coercion as Perceptually Determined*, estratto inviato all'autore.
- WATZLAWICK P., BEHAVIN I., JACKSON C., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H., FISCH R., *Change*, Astrolabio, Roma, 1974.
- WATRLAWICK P., *The Language of Change, Basic*, New York, 1979.

- WEILBACHER R., ALBERTI G.G., MELLADI C., Prospettive dell'ipnositerapia nella disassuefazione degli alcoolisti in un reparto di psichiatria d'urgenza. Nota preliminare, in *Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti*, II Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1977.
- WEILBACHER R., ALBERTI G.G., Ulteriori osservazioni nell'applicazione dell'ipnositerapia nella disassuefazione degli alcoolisti in un reparto di psichiatria di urgenza, in *Rass. Ipn. e Med. Psicosom.*, 1977, 927.
- WEILBACHER R., FRENI S., Psicoterapia multifasica nel trattamento dell'alcoolismo, in *Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti*, II Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1977.
- WEINSTEIN E., ABRAMS S., GIBBONS D., The Validity of the Polygraph with Hypnotically Induced Repression and Guilt, in *Am. J. Psychiatr.*, 1970, 126.
- WEITZENHOFFER A.M., The Production of Antisocial Acts under Hypnosis, in *Abn. Soc. Psychol.*, 1941, 63.
- WEITZENHOFFER A.M., *Hypnotism*, Wiley, New York, 1953.
- WEITZENHOFFER A.M., *General Techniques of Hypnotism*, Grune and Stratton, New York, 1957.
- WEITZENHOFFER A.M., WEITZENHOFFER G.B., Sex, Transference and Susceptibility to Hypnosis, in *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1958, 15.
- WEITZENHOFFER A.M., HILGARD E.R., *Scala Stanford di suscettibilità ipnotica, forme A, B e C*, O.S., Firenze, 1975.
- WELLES W.R., Ability to Resist Artificially Induced Dissociation, in *Abn. Soc. Psychol.*, 1940, 261.
- WELLES W.R., Experiments in the Hypnotic Production of Crimes, in *Psychol.*, 1941, 2.
- WEST L.J., DECKERT G.H., Dangers of Hypnosis, in *J. of Am. Med. Association*, 1965, 192.
- WEST S.G., GUNN S.P., CHERNICKY P., Ubiquitous Watergate: an Attributional Analysis, in *J. Pers. Soc. Psych.*, 1975, 55.
- WHITE R., A Preface to the Theory of Hypnotism, in Moss S., *Hypnosis in Perspective*, MacMillan, New York, 1965, 118.
- WICKRAMASEKERA I., On Attempt to Modify Hypnotic Susceptibility: Some Psychophysiological Procedures and Promising Directions, in EDMONSTON W. (a cura di), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, Annales of New York Academy of Sciences, New York, 1977, 143.
- WILLIAMS G.W., Difficulty in Dehypnotizing, in *Clin. Exp. Psychol.*, 1953, 3.
- WOLBERG L.H., *Hypnoanalysis*, Grune and Stratton, New York, 1945. WOLBERG L.H., *Medical Hypnosis*, Grune and Stratton, New York, 1948. WOLBERG L.H., *Short-Term Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York, 1965. WOLBERG R., *Psicoterapia e scienze umane*, Angeli Milano, 1971.
- 654 **BIBLIOGRAFIA**
- WOLFF C., *A Psychology of Gesture*, Neen Thue, London, 1945.
- WOODROW N.M., FRIEDMAN G.D., SIEGELAUB A.B., COLLES M.F., Pain Tolerance: Differences According to Age, Sex and Race, in WEISEMBERG M. (a cura di), *Pain, Clinical and Experimental Perspectives*, Mosby Co., Saint Louis, 1975.
- WORTHINGTON T., The Use in Court of Hypnotically Enhanced Testimony, in *Int. J. Cl. Exp. Hypn.*, 1979, 402.
- WRIGHT M.E., Hypnosis and Child Therapy, in *Ani. J. din. Hypnosis*, 1960, 197.
- YANOUSKI A., Hypnosis as a Research Tool in Cardiology, in ESTABROOKS G. (a cura di), *Hypnosis: Current Problems*; Harper and Row, New York, 1962, 76.
- YOUNG P.C., Is Rapport an Essential Characteristics of Hypnosis? in *Abn. Soc. Psychol.*, 1937, 130.
- YOUNG P.C., Antisocial Uses of Hypnosis, in LE CRON L.M., *Experimental Hypnosis*, MacMillan, New York, 1952, 376.

ZAFFIRI O., L'ipnosi in anestesia, in *Rass. Ipn. e Med. Psic*, 1975, 676.

ZILBOORG G.A., in collaborazione con HENRY G.W., *A History of Medical Psychology*,
Norton, New York, 1941.