

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
E
SPERIMENTALE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

TESI

“Ipnosi, ipnodramma e drammatizzazione immaginale”

Allievo: Luca Freiria
Relatore: Ennio Foppiani

ANNO 2011

Indice

Premessa ... pag. 1

CAPITOLO I

Ipnatismo e sue interpretazioni attraverso i tempi ... pag.3

1.1 *Interpretazioni mistiche* pag.3

1.2 *Interpretazioni magnetiche, fluidiche, metapsichiche o del rapporto
obiettivo...* pag.3

1.3 *Interpretazioni psicologiche* pag.5

1.4 *Interpretazioni fisiologiche* pag.8

CAPITOLO II

Definizione e fenomenologia di ipnosi e trance pag.9

2.1 *Definizione di ipnosi.....* pag.9

2.2 *Induzione dell'ipnosi* pag.9

2.3 *Stati di ipnosi e concetto di profondità in ipnosi.....* pag.12

2.4 *Sintomatologia psichica dell'ipnosi...* pag.16

2.4.1 *Modificazioni della coscienza...* pag.16

2.4.2. *Modificazione della percezione, dei processi intellettivi, della Ideazione* pag.21

2.4.3. *Modificazioni degli istinti e dei sentimenti, del carattere e della Volontà...* pag.23

2.5 *Trance autoindotta e a manifestazione spontanea.....* pag.24

2.5.1 *Definizione e aspetto fenomenologico...* pag.24

2.5.2 *Comune trance quotidiana...* pag.25

2.5.3 *Riflessione Profonda...* pag.26

2.5.4 *Interpretazioni della trance autoindotta spontaneamente...* pag.27

CAPITOLO III

Ipnosi e psicoterapia... pag.29

3.1 *L'ipnositerapia suggestiva diretta...* pag.30

3.2 *L'ipnositerapia di sostegno o direttiva...* pag.31

3.3 *L'ipnositerapia con presa di coscienza...* pag.33

3.4 *L'ipnosi, immaginazione e narrazione nella prassi clinica...* pag.35

CAPITOLO IV

Lo Psicodramma..... pag.38

4.1 *Psicodramma: definizione e cenni storici.....* pag.38

4.2 *Psicodramma e psicoanalisi...* pag.39

4.3 *Moreno e C.G. Jung...* pag.40

4.4 *Aspetti metodologici...* pag.42

<i>4.4.1 La spontaneità...</i>	<i>pag.42</i>
<i>4.4.2 Il ruolo...</i>	<i>pag.43</i>
<i>4.4.3Il gruppo...</i>	<i>pag.43</i>
<i>4.5 Strumenti dello Psicodramma...</i>	<i>pag.44</i>
<i>4.6 Tecniche dello Psicodramma</i>	<i>pag.45</i>

CAPITOLO V

<i>L'Ipnodramma...</i>	<i>pag.49</i>
<i>5.1 J.L. Moreno e M.H.Erickson, tra ipnosi e drammatizzazione...</i>	<i>pag.49</i>
<i>5.2 Nascita e definizione dell'Ipnodramma</i>	<i>pag.51</i>
<i>5.3 Funzione dell'Ipnodramma...</i>	<i>pag.54</i>

CAPITOLO VI

<i>Ipnosi e drammatizzazione immaginale</i>	<i>pag.55</i>
<i>6.1 Tecnica dello psicodramma in setting duale e drammatizzazione immaginale.</i>	<i>p.56</i>
<i>6.2 Un esempio clinico...</i>	<i>pag.64</i>
 <i>Bibliografia...</i>	 <i>Pag.68</i>

Premessa.

Ho seguito quest'anno il corso di ipnosi clinica della scuola del prof. Granone da completo neofita, ma spinto da alcuni dei miei maggiori interessi.

Quello per la clinica in ambito psicoterapeutico, in modo particolare la psicologia analitica e lo psicodramma, ha trovato nella frequenza delle lezioni frontali e delle esercitazioni pratiche un terreno fertile di originali spunti di riflessione nonché similitudini con tecniche a me care (da cui il tema stesso del presente lavoro). Rispetto a quando è nata, la patologia dei pazienti che ricorrono oggi all'ipnosi è molto cambiata, così come è cambiato il rapporto con il terapeuta che, come noto, costituisce uno dei capisaldi della psicoterapia. Inoltre, nel tempo si sono modificate alcune concezioni delle malattie da trattare ed è quindi stato inevitabile che anche taluni elementi che costituiscono l'ipnosi abbiano subito delle modifiche.

Alcune idee sono rimaste immutate dal tempo di Freud, e questa difficoltà a sganciarsi da certi legami rende più difficile l'ingresso di questa disciplina nella terapia medica e psicoterapeutica ufficiale. Ancora oggi infatti, buona parte del pubblico, ma anche medici e psicologi, associano quasi istintivamente il concetto di ipnosi con la fenomenologia sonnambulica ed identificano la trance ipnotica come uno strumento idoneo a scovare nel profondo del soggetto la presenza di situazioni intricate che vengono riportate alla superficie attraverso la descrizione che l'ipnotizzato comunica al terapeuta. Altri la conoscono come una imposizione risolutiva capace di eliminare alcune dipendenze anche al di là dell'impegno richiesto e permette così di raggiungere gli obiettivi in maniera facile e non responsabile.

Il problema è che, sebbene alcune delle cose elencate possano effettivamente costituire parte del fenomeno, è importante prendere atto che non accade sicuramente con quella facilità e quella immediatezza che taluni sono indotti a pensare e, soprattutto, che tale modalità non caratterizza sicuramente l'attuale psicoterapia ipnotica. Lo psicoterapeuta che si accosta a quest'ultima si dovrà rendere conto di apprendere uno strumento dalle grandi possibilità e dalle risorse imprevedibili, ma dovrà essere consapevole che ciò che otterrà non avverrà per caso o per miracolo, ma grazie alla sua esperienza e alla sua creatività.

Un altro mio grande interesse, quello per la spiritualità, la mistica e l'esoterismo, ha incontrato lungo il corso di quest'anno interessanti

interpretazioni e nuovi vertici osservativi. Ipnosi, trance e stati modificati di coscienza sono fenomeni noti all'uomo da millenni e presenti in ogni cultura e contesto storico. Erano già conosciuti dagli antichi Cinesi, dagli Egizi, dagli Indiani, dagli Ebrei, dai Greci, dai Romani. Ne fanno fede le antiche Sibille e i giudizi di Plinio il Vecchio, Vespasiano, Plutarco. La favola mitologica di Medusa che con lo sguardo paralizzava gli uomini che la miravano, sì da pietrificarli è un'altra prova di come gli antichi conoscessero ad esempio la fascinazione.

Da tempi lontani giungono a noi echi di ipnosi e pratiche simili. Le antiche tradizioni tramandate dalla Fratellanza Sarmoung e divulgate da Gurdjeff nel secolo scorso ne sono profondamente intrise. La *Genesi* testimonia: «*Allora il Signore Dio fece cadere, un sonno profondo su Adamo che si addormentò. E mentre dormiva, Dio prese una delle sue costole, mettendo carne al suo posto; poi, con la costola tolta all'uomo, formò la donna e la condusse ad A-damo*». Troviamo una tecnica di auto-ipnosi nell'incisione di una stele egiziana del re Ramsete XII della ventesima dinastia, all'incirca tremila anni fa, usando una lampada accesa. Al British Museum, nel *Papiro Gnostico* (II secolo a.C.) vi sono accuratissime descrizioni di tecniche con l'uso dell'ipnosi. L'ipnosi fu usata nell'antico Egitto e in Grecia per fini religiosi. I sacerdoti nel tempio ipnotizzavano per avere risposte fornite dagli dèi stessi. Esculapio, medico leggendario, guariva nel sonno e con il sonno.

Nonostante questi fenomeni siano, dunque, presenti nella vita dell'uomo da moltissimo tempo, nonostante siano stati effettuati numerosi studi al riguardo, non si è giunti ancora ad una loro conoscenza completa.

Da un punto di vista fenomenologico possiamo dire che i vari studi sono relativamente concordi fra loro e la letteratura è ricca di descrizioni sulle manifestazioni che li accompagnano.

La letteratura, d'altro canto, fornisce anche numerose interpretazioni che rimangono ancora oggi discordanti, e che quindi non facilitano una conoscenza esaustiva di questi stati.

Un primo problema sta nel domandarsi se questi vari stati debbano essere considerati come fenomeni separati o se si possa riconoscere fra di essi una certa unità.

Oltre a questo viene anche da chiedersi se questi fenomeni possano essere considerati esclusivamente come fatto fisiologico dell'organismo umano o se invece, non siano legati anche, e soprattutto, a dinamiche di rapporto umano più o meno definibili.

CAPITOLO I

Ipnatismo e sue interpretazioni attraverso i tempi

Una quantità di studiosi si occuparono, in Europa e non solo, dell'ipnotismo esprimendo i propri giudizi e dati di fatto al riguardo; nel 1700 con Mesmer, Gassner e Braid lo si applicò a scopo terapeutico, arrivando fino al 1800 quando soprattutto in Francia ci fu una vera rinascita dello stesso. Nel corso dei secoli, quindi interpretazioni sull'ipnotismo ne sono state date molte, di cui le principali, sono state differenziate nel "Trattato di Ipnosi" di Granone in quattro grandi periodi: a) il periodo mistico; b) il periodo magnetico; c) il periodo psicologico; d) il periodo fisiologico.

Questi periodi non sono ben definiti cronologicamente e spesso si trovano contemporanei e contrastanti.

1.1 Interpretazioni mistiche

Questo periodo risale agli antichi sacerdoti egizi, greci e romani che praticavano il *sonno nel tempio* e si servivano di soggetti in stato ipnotico per avvicinarsi alla divinità e predire l'avvenire. Gli antichi indovini cadevano in trance, ritenendo che ciò conferisse loro poteri divinatori. I maghi persiani e i fachiri indiani praticavano l'autoipnosi, pretendendo di possedere, in questo stato, poteri curativi soprannaturali. Gli indiani Chippewa, nelle loro pratiche di iniziazione durante le quali i ragazzi alla pubertà venivano cullati in un sonno magico dalle cantilene dello stregone, di fatto praticavano una ipnosi di gruppo, tanto da indurre in alcuni soggetti anche l'analgesia; ignorando però l'esistenza e le leggi dell'ipnotismo finivano per mettere queste loro esperienze in relazione con il soprannaturale. L'interpretazione mistica si ritrova ancora in Europa nel 1774 nel medico religioso Gassner, che utilizzava per l'ipnosi un cerimoniale chiesastico, e ancora si ritrova nei secoli successivi in alcune religioni che ritenevano l'autoipnosi un aiuto spirituale, come nel 1880 i monaci cristiani del Monte Athos, così come anche nel nostro secolo gli Indù che praticano lo yoga.

1.2 Interpretazioni magnetiche, fluidiche, metapsichiche o del rapporto obiettivo.

Secondo tali concezioni, l'ipnosi sarebbe determinata da agenti fisici ignoti che, dall'ipnotizzatore, agirebbero sull'ipnotizzato; esisterebbe dunque, un vero rapporto obiettivo e materiale tra ipnotizzatore e soggetto, di natura

energetica. Questo tipo di interpretazioni fiorirono nel 1700, soprattutto con Mesmer e la sua teoria del fluido magnetico che si ispirava ai concetti filosofici di Paracelso, a quelli metafisico-cosmologici di Leibniz e di altri pensatori del sedicesimo e diciassettesimo secolo. Mesmer pensò che esistesse un fluido che dall'operatore si trasmettesse al soggetto, e questi, a sua volta, acquisiva la virtù di comunicarlo a chiunque si mettesse in contatto con lui; ritenne quindi che l'operatore potesse spingere l'influsso nervoso al di là della periferia del proprio corpo e dirigere questa forza attraverso lo spazio, sugli esseri viventi che egli si proponeva di influenzare. Pensò inoltre che questo *fluido magnetico animale* determinasse oltre alla produzione di fenomeni straordinari nell'organismo, anche e soprattutto la guarigione dalle malattie; essendo queste, secondo Mesmer, « l'aberrazione dell'armonia organica », il magnetismo guarirebbe, ristabilendo l'armonia.

Nel 1800 l'idea mesmeriana del fluido magnetico come agente fisico che spiegasse i fenomeni ipnotici, venne sostituita dalla concezione di una *forza radiante* che attraversando lo spazio si trasmette dall'ipnotizzatore influenzando gli altri soggetti. Questa idea della forza radiante si riscontra, in questo periodo, in diversi pensatori come Francesco Guidi che parla di « anevrosia e spostamento del fluido nerveo che si ottiene concentrando lungamente l'attenzione del soggetto su di un disco di zinco o di rame, su di uno specchio o su altro lucido oggetto qualunque ».

Dal Pozzo parla ancora, di radiazioni e di moti ondulatori, sostenendo che il pensiero può propagarsi a un altro individuo per mezzo di vibrazioni, le quali eccitano il mezzo ambiente, specialmente se le due persone si trovano in contatto.

Baréty conferma l'idea di una « forza nervosa radiante », che esisterebbe nel sistema nervoso allo stato dinamico o statico, e si trasmetterebbe per mezzo delle ondulazioni dell'etere, venendo emesso dagli occhi, dalle dita, dal soffio e avendo proprietà analoghe a quelle della luce e dell'elettricità.

Sempre nel 1800 i fautori del *moto vibratorio nerveo* pensarono che questo suscitasse una radiazione che dal sistema nervoso centrale si propagasse sino alle cellule periferiche, e da queste nel mezzo ambiente; in questo senso esisterebbe un'atmosfera vitale la quale consisterebbe nella concordanza del sistema neuro periferico dell'individuo col mezzo ambiente di cui farebbero parte l'aria, i mobili, le persone.

Anche Charcot credeva alla reale esistenza dell'effetto magnetico nella produzione dei fenomeni ipnotici sostenendo spiegazioni fisiologiche di questi, su basi obiettive energetiche e contro le teorie psicologiche

subiettivistiche; credeva all'influsso psichico che l'ipnotizzatore è capace di esercitare sull'ipnotizzato, ma tale effetto si poteva rilevare solo nei soggetti affetti da isteria nei quali una particolare disposizione patologica permetterebbe di accumulare facilmente *l'afflusso psichico* altrui.

Tra il diciannovesimo e il ventesimo secolo si sono avanzate interpretazioni metapsichiche di cui fanno parte spiegazioni fisiche (Cazzamalli, ecc.), extrafisiche per cui l'ipnosi non sarebbe altro che «una dissociazione delle cellule nervose nella parte superiore del cervello» e «l'insorgere immediato dell'attività fino allora quieta, dei centri inferiori», e spiegazioni come quella di Cesare Lombroso che investigando sull'ipnotismo e lo spiritismo concluse per l'esistenza di energie psicofisiche potenti e sconosciute, e come quelle di B. Disertori che prospetta la possibilità di *influssi* estremamente misteriosi, d'ordine metapsichico provenienti dal terapeuta.

1.3 Interpretazioni psicologiche.

Questo terzo filone interpretativo dei fenomeni ipnotici nacque quando già ai primordi del periodo magnetico comparvero vari dissidenti; fra i primi J. Faria che non credette al fluido magnetico e proclamò la natura soggettiva dei fenomeni magnetici, ponendo la causa del *sonno lucido*, come egli chiamò il sonnambulismo provocato, nel soggetto stesso.

A queste idee si riallacciò nel 1842 J. Braid chirurgo oculista, che definì l'ipnotismo uno «stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali». Egli riteneva che il fluido magnetico di Mesmer e seguaci, non fosse elemento necessario per influire sui pazienti, ma che fosse sufficiente che l'esperimentatore escogitasse mezzi atti a stancare l'attenzione del soggetto. Secondo Braid, i fatti prodotti con l'ipnotismo dovevano attribuirsi solo ad un turbamento cagionato al sistema nervoso, attraverso la concentrazione dello sguardo, il riposo assoluto del corpo, e la fissità dell'attenzione e non alla personalità, né alla volontà o ai passi dell'ipnotizzatore; per cui pensava che tutto dipendesse dallo stato psicofisico dell'ipnotizzato non avendo nulla a che fare né con il fluido magnetico né con agenti misteriosi universali. Egli tentò di dare una spiegazione fisiologica del sonno ipnotico, sostenendo che esso fosse determinato dall'imperfetta decarbossilazione del sangue conseguente al rallentamento del respiro che si ha durante uno stato di attenzione e concentrazione intense.

Liébeault e Bernheim ritennero invece che, nelle operazioni di magnetismo, non ci fosse di attivo altro che il soggetto stesso, e che le

modificazioni profonde del suo sistema nervoso avessero origine esclusivamente in lui, non essendo l'esperimentatore altro che *l'ostetrico di questi prodigi*.

Bernheim, ridicolizzando Braid, sostenne che « le manovre non sono niente, la fede è tutto; e la fede, cioè la credenza, è propria dello spirito umano. E' l'immaginazione umana che fa i miracoli »>. Egli definì l'ipnosi uno stato psichico particolare, che può essere artificialmente prodotto e che mette in attività o esalta in gradi diversi, la suggestionabilità, cioè l'attitudine a subire l'effetto di un'idea e ad attuarla. Secondo questo autore, inoltre, nelle persone ipnotizzabili, non c'è forma di patologia, non sono nevropatiche, e nel maggior numero dei propri soggetti, egli non riuscì ad accertare alcuna traccia di predisposizione a turbamenti nervosi, opponendosi così alle concezioni di Charcot e discepoli che consideravano l'ipnotismo come una nevrosi sperimentale e la identificavano per gran parte con l'isterismo; non negò comunque che la suggestione ipnotica, per agire, esigesse di una certa disposizione e recettività cerebrale, che sarebbe comune a un gran numero di persone e non propria dei soli nevropatici o degli isterici. Fra coloro che appoggiarono l'idea dell'ipnosi come un fatto non patologico ci fu fra tanti Grasset, che scrive: « Isterico e ipnotizzabile non sono affatto due termini sinonimi e la clinica obbliga a distinguere fra gli ipnotizzabili quelli che sono stati precedentemente isterici e quelli che non lo sono mai stati affatto. »>

Fra i discepoli di Charcot, altro fautore dell'ipnosi come nevrosi sperimentale è Babinski che scrive: « Le manifestazioni dell'ipnotismo sono assolutamente identiche a quelle dell'isterismo. La sola differenza che separa le manifestazioni ipnotiche dalle manifestazioni isteriche è che le prime richiedono, per svilupparsi, l'intervento di altri. »>

Verso la fine dell'ottocento, altro autore che si interessa di pratiche ipnotiche è Coué che nella impostazione psicologica di esse ribadisce tre punti fondamentali:

1) La suggestione non agisce sulla volontà ma sull'immaginazione che è l'elemento dominante del subcosciente, il quale a sua volta influisce su tutte le funzioni del nostro organismo. Suggestionando e agendo sull'*immaginazione che spesso è in conflitto con la volontà*, si riesce ad ottenere gli effetti ipnotici conosciuti. La volontà in questi non centra essa rimane nell'ombra, a meno che non si ponga al servizio dell'immaginazione. Per Coué *l'inconscio corrisponderebbe all'immaginazione*.

2) L'ipnotismo deve definirsi « influenza dell'immaginazione sull'essere morale e sull'essere fisico dell'uomo ». L'ipnosi non si fonda tanto sulla volontà dell'ipnotizzatore, quanto sul rilasciamento dell'ipnotizzato e sul modo con cui egli elabora le suggestioni ricevute. La suggestione agisce solo in quanto può produrre autosuggestione, la quale, per essere operante, deve agire allo stato cosciente.

3) Agendo sull'immaginazione si possono guarire organi ammalati mediante un'autosuggestione ripetuta, fondata su idee di benessere, « ogni pensiero che occupi esclusivamente la nostra mente diventa vero per noi e tende a trasformarsi in atto »

Una diversa interpretazione psicologica la dà P. Janet con la sua teoria della dissociazione per cui l'ipnosi consisterebbe nella formazione di una *secondaria coscienza dissociata* con una particolare attività e memoria, che prenderebbe transitoriamente il posto della coscienza normale. Tale ipotesi si fonda soprattutto sull'accertamento dell'amnesia postipnotica e dell'automatismo che si nota in ipnosi. Egli valorizza l'automatismo psicologico come forma elementare di sensibilità e di coscienza e parte fondamentale di ogni psiche normale, opponendolo all'attività psichica superiore critica, della piena coscienza.

Una ulteriore spiegazione dei fenomeni ipnotici viene data dalla psicoanalisi. Freud spiega i fenomeni ipnotici con la sua teoria della *rimozione degli istinti* e con la traslazione di questi nella persona dell'operatore. Il Super-io del paziente viene sostituito dall'ipnotizzatore, che contemporaneamente sarebbe in grado di risvegliare nel suo soggetto immagini e avvenimenti trascorsi, o addirittura spariti nella memoria cosciente. Inoltre Freud parlò anche di un aspetto erotico del rapporto ipnotico, affermando che questo consisterebbe nell'abbandono amoroso totale con esclusione di ogni soddisfazione sessuale. Il soggetto troverebbe così nello stato ipnotico una gratificazione dei suoi desideri istintuali.

Altri psicoanalisti, come S. Ferenczi, E. Jones, con diverse parole sostengono, che l'ipnotizzatore esaltando l'immagine del padre, determina nello stesso tempo un considerevole affievolimento o una paralisi vera e propria dell'altra componente del Super-io (quella inerente al senso della realtà e della critica) e da ciò le caratteristiche principali dell'ipnosi provocata: inconsapevolezza del processo, attaccamento affettivo del soggetto all'operatore, realizzazione acritica delle idee suggerite. Anche Gill e Brenman parlano della creazione di un rapporto arcaico con l'ipnotizzatore che determinerebbe l'insorgenza di un processo regressivo.

Di fondo nell'interpretazione psicoanalitica dei diversi autori si evidenzia chiaramente l'idea comune per cui i fenomeni ipnotici possono essere letti secondo la dinamica del transfert. Quest'ultimo inteso, appunto, secondo l'accezione classica freudiana, come la ripetizione verso l'analista, di atteggiamenti emotivi inconsci, acquisiti dal paziente nel corso della sua infanzia, verso persone a lui più vicine e particolarmente i genitori; la relazione affettiva che ne risulta, di tipo amorevole (transfert positivo), o di tipo ostile (transfert negativo), deriva quindi in entrambi i casi dai rapporti amorevoli del paziente verso uno o entrambi i genitori o gli educatori e non dalle presenti condizioni di vita. Inoltre, un aspetto del transfert sarebbe anche il ripristinarsi di condizioni in cui certe funzioni che erano svolte dal Super-io, ritornano come nelle fasi primitive dello sviluppo, a essere esercitate nel mondo esterno da una persona reale. Da questa equazione ipnosi = transfert nasce dunque secondo la visione psicoanalitica, il concetto della normalità dell'ipnosi, dato che tutti possono trovarsi in certi momenti in stato di transfert, cioè in stato ipnotico e in condizioni di ipersuggestibilità.

Altre ipotesi interpretative vengono da autori anglosassoni e americani, secondo i quali, l'ipnosi rappresenta la regressione a un comportamento di tipo primordiale, atavico; l'induzione ipnotica avverrebbe per un assopimento delle facoltà critiche.

1.4 Interpretazioni fisiologiche.

Questo tipo di indirizzo nasce con la teoria sui riflessi condizionati di Pavlov e della sua scuola; secondo questa teoria l'ipnosi viene spiegata come una forma di inibizione corticale parziale *condizionata*, e la parola sarebbe lo stimolo a questi riflessi condizionati fisiologici. Secondo Granone, la scuola pavloviana si rifà all'ipotesi del secolo XIX°, formulata da Brown-Séguard, Liébault, Beaunis, del sonno parziale a spiegazione dell'ipnosi, per cui in essa vi sarebbe oltre che una inibizione corticale parziale, la persistenza di *punti vigili* che permettono il *rapporto* con l'operatore, nonché altre numerose prestazioni che il soggetto ipnotizzato può dare.

L'interpretazione fisiologica risente inoltre della moderna visione della medicina psicosomatica e dei rapporti cerebro viscerali, approfonditi dai recenti studi di fisiologia nervosa (vedasi Granone, 1989, cap.11).

¹ I passi ,rappresentano una delle principali tecniche induttive; sono degli sfioramenti che l'ipnotista fa con la propria mano sul corpo del paziente e soprattutto sugli arti e sul viso per realizzare particolari suggestioni. propria mano sul corpo del paziente e soprattutto sugli arti e sul viso per realizzare particolari suggestioni.

² Secondo Bernheim costituisce una suggestione, tutto ciò che entra per le orecchie nello spirito, tutto ciò che con o senza esame preliminare, è accettato per se stesso, tutto ciò che persuade, tutto ciò che è creduto. La suggestione rappresenta l'atto per cui un'idea è introdotta nel cervello e, in virtù di esso, accettata.

CAPITOLO II

Definizione e fenomenologia di ipnosi e trance.

2.1 Definizione di ipnosi.

Fromm e Nasch definiscono l'ipnosi come: << *uno stato modificato di coscienza caratterizzato da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente, si modifica o si riduce la percezione dell'ambiente esterno e l'interazione con esso* >>.

Granone nel suo " *Trattato di Ipnosi* " la definisce come << un modo di essere dell'organismo per l'azione di determinati stimoli dissociativi che lo fanno regredire a livelli di comportamenti parafisiologici >> e la differenzia dall'ipnotismo che << 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* >>.

Dunque, secondo questo autore l'ipnosi³ sarebbe un modo di essere dell'organismo, ossia una condizione fisiologica dell'essere umano e come tale può essere anche autoindotta mediante spontanei monodeismi suggestivi e altre tecniche; mentre l'ipnotismo sarebbe quella tecnica che permette di attuare il fenomeno ipnotico in cui importante sembrerebbe essere la figura dell'ipnotizzatore e l'instaurarsi di uno stretto rapporto interpersonale tra questi e il soggetto che si intende ipnotizzare.

2.2 Induzione dell'ipnosi.

Per indurre uno stato ipnotico esistono vari metodi; ogni operatore tende ad utilizzare maggiormente quello che più si addice alle proprie attitudini e alla propria personalità.

Secondo Granone tutte le tecniche induttive avrebbero un comune denominatore, cioè quello di esaltare la *suggestionabilità* individuale, attenuando il controllo e i poteri di critica del paziente, in modo che egli possa accettare tutte le idee enunciate dall'operatore. Questo corrisponderebbe con l'esaltare le funzioni dell'emisfero cerebrale destro, immaginativo, creativo, artistico, con la sorveglianza quiescente del sinistro, emisfero della logica della critica, del linguaggio articolato.

I diversi metodi avrebbero inoltre in comune il fatto di provocare tutti il fenomeno del monodeismo suggestivo, per cui l'attenzione del soggetto si

concentra su una sola rappresentazione mentale, la quale imponendosi nella coscienza, si attua secondo il suo contenuto in movimento, in sensazione, in immagine.

Un problema frequente sembra essere il fatto di non riuscire a provocare in soggetti diversi dei gradi di ipnosi paragonabili e in uno stesso soggetto degli stati di ipnosi simili in differenti occasioni. Secondo Erickson queste difficoltà dipendono dal fatto che l'ipnosi è basata su rapporti inter e intrapersonali, che sono incostanti e variano secondo le reazioni di una data personalità a ogni sviluppo ipnotico. Inoltre ogni singola personalità è unica e i suoi quadri di comportamento spontaneo e responsivo variano necessariamente in rapporto al momento, alla situazione, agli scopi del caso e alle personalità che vi prendono parte. *Da ciò e tenendo conto della difficoltà di standardizzare dei fattori come i rapporti inter e intrapersonali, ne risulta evidente la futilità di una tecnica ipnotica rigida.* Dunque, per questo autore, la base di una tecnica ipnotica corrisponde con la consapevolezza e la necessità di tenere conto delle variabilità del comportamento umano.

La letteratura è ricca di relazioni su tecniche di induzione ipnotica basate sull'uso di apparati tendenti a limitare e restringere il comportamento del soggetto, a provocare affaticamento, come sfere di cristallo tenute ad una certa distanza dagli occhi, specchi rotanti, metronomi, luci lampeggianti, ecc. In questo modo si dà troppa importanza ai fattori esterni e alle risposte che vi dà il soggetto. Invece, prima di tutto, si dovrebbe insistere sul comportamento intrapsichico del soggetto piuttosto che sui suoi rapporti con l'esterno. Nel migliore dei casi, uno strumento è solo un aiuto incidentale, da scartare il più presto possibile in favore dell'utilizzazione del comportamento del soggetto, che può essere iniziato ma non sviluppato dagli apparecchi.

Ancora, secondo Erickson, un'altra considerazione importante da fare sull'induzione di una trance riguarda l'apprezzamento del fattore tempo. Secondo la tradizione infatti, la forza mistica di uno sguardo come quello dell'occhio d'aquila è sufficiente ad indurre l'ipnosi.

Inoltre in letteratura si può trovare l'affermazione che un periodo di tempo fra due e cinque minuti è sufficiente per indurre le profonde modificazioni neuro e psicofisiologiche dell'ipnosi. Questi sarebbero in realtà concetti, fondati sulla erronea convinzione della immediata onnipotenza delle suggestioni ipnotiche; ciò ha impedito di apprezzare il fatto che il comportamento responsivo del soggetto ipnotizzato, così come avviene per

la persona non in ipnosi, dipende anche dal fattore tempo. Dunque spesso ci si aspetta che il soggetto in ipnosi, in pochi istanti, riorienti se stesso completamente, sia psicologicamente che fisiologicamente, e che esegua compiti complessi. I soggetti in realtà, variano in relazione ai requisiti di tempo, e questi a loro volta variano secondo il tipo di comportamento richiesto, e anche secondo il *quadro di riferimento in quel momento*. Per cui ad esempio , alcuni soggetti che possono sviluppare rapidamente delle allucinazioni visive possono invece aver bisogno di un tempo relativamente lungo per sviluppare delle allucinazioni auditive. La presenza di un certo stato d'animo può facilitare o ostacolare alcune risposte ipnotiche. Delle considerazioni incidentali possono interferire con lo sviluppo di fenomeni ipnotici di solito possibili per il soggetto.

In conclusione, la variabilità dei soggetti, l'individualità dei loro bisogni generali e immediati, le loro differenze circa i requisiti di tempo e di situazione, l'unicità delle loro personalità e capacità, rendono impossibile ogni procedimento assolutamente rigido. L'importanza nell'induzione dell'ipnosi, del rapporto fra soggetto e operatore è stata messa in risalto anche da altri autori come Chertok, il quale sostiene che *la tecnica dell'ipnosi si fonda su un certo numero di procedimenti obiettivi, intendendo per questi le azioni esercitate a livello sensomotorio, la cui efficacia è però condizionata da fattori soggettivi ossia quelli che appunto, si stabiliscono nel rapporto interpersonale soggetto-operatore*. Ancora, Granone reputa fondamentale, ogni qual volta si voglia indurre uno stato ipnotico, basare la propria tecnica sulla particolare personalità del soggetto, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle risposte e del suo atteggiamento all'istante dell'induzione senza mai opporvisi. Nell'induzione della trance, l'ipnotista dovrebbe evitare di dirigere o di piegare il comportamento del soggetto per adattarlo al suo concetto di come il soggetto "dovrebbe" comportarsi, ma invece vi dovrebbe essere una costante minimizzazione del ruolo dell'ipnotista e un costante ampliamento del ruolo del soggetto. L'apparente resistenza attiva che si riscontra nei soggetti, molte volte non è altro che la precauzione inconscia di mettere alla prova la buona volontà dell'ipnotista di incontrarli a metà strada invece di tentarli di forzarli ad agire completamente secondo le sue idee. *Il procedimento più soddisfacente per aggirare e superare la resistenza del paziente consisterebbe dunque nell'accettarla e utilizzarla* così come ogni altro tipo di comportamento dato che, se usati correttamente possono tutti favorire lo sviluppo dell'ipnosi. Ciò può essere fatto *esprimendo le suggestioni in maniera tale che una risposta positiva o*

una negativa, o l'assenza della risposta, siano tutte definite come comportamento responsivo.

D'accordo con questo tipo di impostazione risulta essere anche Granone, il quale sostiene appunto che *l'arte dell'ipnosi sta nell'intervenire al momento opportuno, con la suggestione adatta al soggetto e alla circostanza; tenendo conto della cultura e del temperamento dell'ipnotizzando, del suo grado di resistenza e di suggestionabilità, e della sua progressiva passività e quiescenza agli ordini. Per cui, per l'induzione, all'inizio conviene approfittare anche delle eventuali resistenze opposte dal soggetto, facendo credere a questi che le sue risposte sono sempre quelle attese, in questo modo si può più facilmente ottenere che le suggestioni dell'operatore si attuino.*

2.3 Stati di ipnosi e concetto di profondità in ipnosi.

Molti autori che si sono interessati di ipnosi, hanno descritto tale fenomeno distinto in diversi stadi o gradi. In generale nell'ipnosi possiamo distinguere due fasi:

1. la fase dell'*ottundimento delle facoltà critiche dell'ipnotizzato*, che può ottenersi anche con manovre passive, quali effetti ottici, acustici, cinetici, o con la somministrazione di particolari sostanze chimiche, quali i barbiturici endovena, in modo da mettere il soggetto in uno stato di coscienza ridotta o crepuscolare;
2. la fase in cui subentra l'attività dell'ipnotizzatore, fase in cui si determina un particolare *rapporto* fra ipnotizzatore e ipnotizzato. Queste due fasi, che Braid e Charcot nei loro metodi e nelle loro dimostrazioni compivano distintamente, possono ridursi in una fase unica, come avveniva nelle manovre dei magnetizzatori e nel metodo della scuola di Bernheim. Per Liébeault invece si potevano riconoscere sei gradi del sonno provocato, che variano a seconda dei soggetti. Bernheim a sua volta distinse nei fenomeni ipnotici, sei gradi, in cui è conservato il ricordo al risveglio, e tre che si accompagnano ad amnesia. Janet invece esclude dall'ipnotismo stesso tutta quella serie di fenomeni affini, provocabili con pratiche diverse, ma che non si accompagnano ad amnesia al risveglio, e cioè allo sdoppiamento della coscienza; secondo questo autore, questi sarebbero fenomeni dovuti a suggestione, ma non all'ipnotismo, perché manca in essi lo specifico disturbo della memoria. Soprattutto negli Stati Uniti sono state proposte scale che sono arrivate a comprendere fino a trenta gradi di ipnotizzabilità.

Secondo Granone, volendo distinguere diversi gradi di ipnosi, si possono riconoscere le varie tappe successive:

1. torpore, difficoltà di sollevare le palpebre, pesantezza delle membra per suggestione;
2. torpore più profondo con inizio di catalessi di breve durata;
3. distacco dall'ambiente circostante e catalessia di lunga durata;
4. avulsione sempre più profonda dallo spazio circostante e dal tempo: attenzione concentrata sull'ipnotizzatore; l'ipnotizzato può ricordare solo ciò che è intercorso con l'ipnotizzatore, qualora si dia questa suggestione;
5. contrattura suggestiva; a questo grado, ordinariamente anche analgesia suggestiva e discreta amnesia;
6. obbedienza automatica ma non assoluta, in quanto non è possibile far compiere ad un soggetto delle azioni che si oppongano alla sua particolare personalità; amnesia più profonda ma non sempre assoluta;
7. allucinabilità positiva; sonnambulismo, amnesia completa spontanea;
8. allucinabilità negativa durante la trance e postipnotica; possibilità di eseguire, a distanza di molto tempo dalla seduta ipnotica, le suggestioni date durante la seduta stessa, o di realizzare intense somatizzazioni suggestive.

Ogni grado comporta generalmente i sintomi dei gradi precedenti. Lo stesso Granone, ci tiene a precisare che tale scala è stata realizzata, più che altro, per esigenze pratiche, e che non va considerata in modo rigido; a volte infatti nella trance leggera si trovano segni della trance profonda e viceversa. Ad esempio, l'amnesia può esserci per fenomeni della trance leggera e non per altri avvenuti nella trance più profonda. Anche dopo una leggera ipnosi, possono indursi fenomeni postipnotici. Vi sono soggetti allucinabili, ma senza amnesia al risveglio; e altri invece, amnesici al risveglio, ma assai difficilmente allucinabili. La catalessi che si può produrre facilmente non è identica per intensità e durata in ogni soggetto. Infine è raro che un soggetto possa riprodurre tutti i fenomeni ipnotici.

Inoltre *Granone sostiene che più che di stati ipnotici di diversa gradazione e intensità, in vari casi, trattasi di diverse suggestionabilità costituzionali*, arrivando a formulare questa ipotesi dopo una disamina accurata nella diagnostica differenziale degli stati di coscienza *ipnoidali*, e l'osservazione del manifestarsi, o meno, nei diversi soggetti di una sintomatologia ipnotica differente. << Difatti con la suggestione che noi esercitiamo, interessiamo le funzioni motrici, o le sensitive, o le sensoriali, o le psichiche, e ciascun soggetto ci è risultato presentare, per queste diverse funzioni, un'impressionabilità speciale, specificamente individuale. >>

Altri autori, riconoscendo le difficoltà presenti nello stabilire delle scale precise, per graduare l'intensità dell'ipnosi, si rifanno alle peculiari condizioni

psichiche del soggetto, variabili e oscillanti nel tempo, così come lo sono anche i rapporti con l'operatore e con l'ambiente.

Per gli psicoanalisti sono da chiamare in causa le modificazioni trasferenziali; e specificamente, essi danno un particolare significato al concetto di *profondità* in ipnosi, facendola coincidere con una maggiore o minore quantità di transfert irrazionale e infantile. Secondo alcuni autori (Benussi, Romero) parlare di *profondità* per lo stato ipnotico, risulta improprio, in quanto questo concetto è specifico del sonno naturale; tale concetto infatti designa la progressiva intensità di uno stimolo per portare una persona addormentata allo stato di veglia. In ipnosi invece se si vuole risvegliare il soggetto dallo stato ipnotico non serve a niente aumentare l'intensità di uno stimolo, in quanto, si possono avere due sole eventualità: se uno stimolo agisce al di fuori del rapporto ipnotico, potrà essere di qualsiasi intensità ma non produrrà alcun risveglio; se , invece, agisce all'interno del rapporto ipnotico, uno stimolo di pari intensità porterà al risveglio soggetti in qualsiasi condizione ipnotica. Per Granone il concetto di profondità dello stato ipnotico, può essere usato ugualmente, riferendolo non già all'intensità dello stimolo necessario per riportare il paziente allo stato di veglia, bensì alla possibilità di produrre determinate condizioni psicosomatiche, possibilità che esiste solo nei gradi più intensi di ipnosi e non nei lievi.

Egli nel suo trattato intenderà per ipnosi profonda quegli stati in cui elemento basilare è l'*amnesia*, e per ipnosi leggera e media gli altri casi a suggestibilità diverse, in cui non si raggiunge l'amnesia.

Anche Erickson parla di una trance profonda nel suo libro " *Le nuove vie dell'ipnosi* ", dove, fa una descrizione del fenomeno che, egli però premette, per quanto completa e accurata, non può sostituire l'esperienza reale, né può essere applicata a tutti i soggetti. Ogni descrizione di una trance profonda deve necessariamente variare da un soggetto a un altro, almeno nei dettagli minori. Non vi può essere un elenco assoluto di fenomeni ipnotici che appartengono a ciascun livello dell'ipnosi. Alcuni soggetti possono sviluppare nella trance leggera dei fenomeni di solito associati con la trance profonda, mentre altri, in trance profonda, mostreranno qualche comportamento comunemente considerato caratteristico della trance leggera. La ragione di queste apparenti anomalie, di cui aveva parlato anche Granone, risiederebbe per Erickson, nell'orientamento psicologico completamente differente della persona profondamente ipnotizzata in confronto al suo orientamento negli stadi leggeri dell'ipnosi. Ai livelli più leggeri vi è un miscuglio di comprensione e di aspettative coscienti, insieme a una certa misura di

partecipazione conscia. Negli stadi più profondi il comportamento è più propriamente ad un livello inconscio. Nella trance profonda il soggetto si comporta in accordo con modelli inconsci di consapevolezza e di risposta che spesso differiscono dai suoi modelli coscienti.

Spesso in alcuni soggetti è difficile che si sviluppino i fenomeni della trance profonda. Un esempio è la difficoltà per soggetti inesperti di ipnosi, a parlare in trance profonda. Nella trance leggera possono parlare più o meno facilmente, ma nella trance profonda, in cui funziona direttamente la loro mente inconscia, si trovano ad essere capaci di parlare senza svegliarsi. Ma è possibile insegnare a questi soggetti a realizzare le proprie capacità di funzionare adeguatamente ad un livello di consapevolezza sia conscio che inconscio, allenando i soggetti a funzionare adeguatamente nella trance profonda. Quindi, al soggetto che sembra incapace di parlare mentre si trova in una trance profonda si può insegnare la scrittura automatica, a leggere in silenzio quello scritto e, mentre legge, a compiere in silenzio i movimenti della bocca; poi si tratta di un passo relativamente semplice convertire l'attività motoria della scrittura e dei movimenti della bocca, in un vero parlare. Le stesse considerazioni possono valere per gli altri fenomeni ipnotici come l'analgesia, l'anestesia, le allucinazioni, la regressione, l'amnesia, ecc.

L'ipnosi profonda è, quindi, quel livello di ipnosi che permette al soggetto di funzionare adeguatamente e direttamente ad un livello inconscio senza che la mente cosciente vi interferisca.

Altra considerazione importante riguarda il rapporto con la realtà ambientale esterna che circonda il soggetto. Essa infatti è pertinente solo se e in quanto viene utilizzata nella situazione ipnotica e quindi non costituisce un materiale oggettivo concreto dotato di un valore intrinseco. Infatti il soggetto che si trova in una ipnosi profonda funziona secondo la sua competenza inconscia, indipendentemente dalle forze alle quali di solito la sua mente cosciente risponde; si comporta in conformità alla realtà che per la sua mente inconscia esiste in quella data situazione ipnotica. E quindi, ad esempio un soggetto può scrivere automaticamente su della carta e poi leggere quanto ha scritto. Ma può allucinare egualmente bene la carta, la matita, e il comportamento motorio dello scrivere, e quindi 'leggere' quello scritto. Il significato intrinseco della matita e della carta concrete deriva soltanto dai processi esperienziali soggettivi dell'individuo, mentre nelle trance leggere e nello stato vigile matita e carta sono oggetti che posseggono

significati intrinseci, oltre a quei significati che sono peculiari per la mente dell'individuo.

Un altro aspetto fondamentale è che la realtà della trance profonda deve necessariamente accordarsi con i bisogni fondamentali e con la struttura della personalità totale. *Quindi ogni tentativo di forzare il soggetto ipnotico, per quanto profonda sia la trance, ad accogliere suggestioni inaccettabili alla sua personalità totale, porta o ad un rifiuto delle suggestioni, o a una loro trasformazione in maniera da poterle soddisfare con un comportamento simulato. Da questo nasce la necessità di considerare il soggetto come una persona dotata di una propria individualità che deve essere rispettata.*

Erickson continua poi la sua descrizione sulla trance profonda, tentandone una classificazione, ma solo per convenienza di concettualizzazione in *a) trance sonnambuliche e b) trance stuporose.*

a) La trance sonnambolica è quel tipo di trance in cui il soggetto bene allenato (allenato cioè a basarsi completamente sui propri modelli inconsci di risposta e di comportamento) è apparentemente sveglio e funziona bene adeguatamente e liberamente nella situazione ipnotica totale, in maniera analoga a quella di una persona non ipnotizzata che operi a livello vigile.

b) La trance stuporosa è caratterizzata da un comportamento responsivo passivo contraddistinto da un ritardo psicologico e fisiologico. Manca quel comportamento spontaneo e quell'iniziativa che sono tipici del comportamento sonnambulico.

Infine, egli afferma che nella trance profonda è molto più facile ottenere il controllo delle funzioni somatiche e vegetative in accordo anche con Granone al quale solo negli ultimi gradi dell'ipnosi è riuscito di modificare in modo efficace le condizioni neurovegetative e psichiche dei pazienti.

2.4 Sintomatologia psichica dell'ipnosi.

2.4.1 Modificazioni della coscienza.

Per coscienza si deve intendere quella complessa attività, predominante nello stato di veglia, che si costituisce nel mutuo interscambio e nella compresenza delle varie funzioni mentali fondamentali. Di queste funzioni la prima è la vigilanza che serve a mantenere viva l'attenzione del soggetto verso il mondo esterno. La seconda funzione è la memoria, che fornisce i contenuti mentali dello stato di coscienza. Altra funzione è l'attenzione selettiva che determina il campo della coscienza, selezionando la enorme quantità di sensazioni alle quali siamo soggetti.

Infine ultima funzione fondamentale è l'autoconsapevolezza, che è la capacità, mentre attiviamo e focalizziamo percezioni e contenuti di memoria, di essere consapevole che sono "io" a compiere questa operazione e sono e sono "io" che ricevo e che elaboro i dati contenutistici della memoria o delle percezioni.⁴

Nello stato di ipnosi il campo di coscienza si riduce, c'è un ottundimento della volontà e una riduzione dei poteri di critica e di autodomínio.

a) Avulsione dallo spazio-ambiente.

Nei gradi iniziali dell'ipnosi il primo dato obiettivo che si può constatare è l'aspetto che il soggetto ipnotizzato assume di parziale distacco dall'ambiente, il quale si accompagna a una diminuzione del livello di vigilanza e ad una particolare sensazione soggettiva di avulsione dallo spazio-ambiente. Importante sembra proprio essere questa modificazione del rapporto tra soggetto e realtà esterna, lo spazio-ambiente. Tale alterazione di rapporto varia in base ai diversi gradi di profondità dell'ipnosi.

Vari studi intrapresi da Erickson, mostrano infatti come in ipnosi leggera e media sia presente il bisogno da parte dei soggetti di conservare almeno una qualche presa sulla realtà esterna, di orientare la loro trance come uno stato staccato dalla realtà esterna, ma ugualmente volto verso tale realtà anche se in maniera minima, conservando la sensazione di averla a disposizione per una eventuale immediata utilizzazione.

In un'indagine speciale condotta da Erickson con Aldous Huxley (5), questi descrisse la trance media come caratterizzata da un *senso soggettivo molto piacevole di agio e da una vaga consapevolezza, debole e difettosa, dell'esistenza di una realtà esterna. Se tentava di esaminare anche un singolo elemento della realtà esterna per il suo valore intrinseco, la trance diventava immediatamente sempre più leggera. Se d'altra parte esaminava un elemento della realtà esterna, per i suoi valori soggettivi, per esempio la morbida comodità dei cuscini della poltrona, in confronto alla quiete intrinseca della stanza, la trance diventava più profonda.* Sempre nell'esperienza con Huxley passando alla trance profonda, egli mostrò un *disorientamento completo in rapporto al tempo e allo spazio*; mostrò inoltre, altri fenomeni caratteristici di questo stato, quali una riduzione notevole del campo visivo, con consapevolezza visiva limitata ai particolari appartenenti alla situazione della trance, una restrizione auditiva, un'anestesia generale selettiva per quegli stimoli fisici che non facciano parte della situazione ipnotica e una profonda amnesia postipnotica. Ma la coscienza stessa può variare secondo lo stadio e le forme dell'ipnosi, per cui potrà essere intensamente *ristretta* come nelle

forme sopra descritte o se il soggetto si trova in stato catalettico; o divenire *sognante* e oniroide se il soggetto si trova sotto l'effetto di particolari suggestioni; o addirittura quasi *ottusa* come nel sonno profondo; o divenire *alternante*, come nello stato sonnambulico.

b) Modificazioni dell'attenzione.

L'attenzione determina il campo della coscienza che , come un campo visivo, può essere molto ampio ma poco definito, o viceversa molto definito ma poco ampio.

Durante lo stato ipnotico tale facoltà può essere modificata per difetto o per eccesso; si può rendere l'attenzione quanto mai labile e superficiale; concentrarla in tutto ciò che proviene dall'operatore, sicché il soggetto resta attento solo a quello che questi dice e fa, rimanendo distratto da tutti gli altri stimoli che provengono dal mondo esterno; si può infine potenziarla al massimo delle possibilità individuali, sicché l'ipnotizzato diviene capace di prestare attenzione in modo tale che, allo stato di veglia, sarebbe per lui eccezionale.

c) Modificazioni della memoria.

Per memoria s'intende la capacità di ritenere e di rievocare i fatti percepiti. A seconda dello stato di ipnosi si possono riscontrare varie modificazioni della memoria; si possono avere amnesia, ipermnesie oppure la memoria può anche risultare imm modificata.

AMNESIA Per quanto riguarda l'amnesia si può ritenere che essa quando sia rivolta a tutto ciò che avviene nell'ambiente estraneo alla suggestione ipnotica insorga per la particolare concentrazione dell'attenzione del soggetto solo sulle rappresentazioni suggerite e per il particolare rapporto esistente con l'operatore, il quale, di per se, porta ad una diminuita capacità di fissazione per tutto ciò che non entra nel determinato raggio d'azione suggerito dall'ipnotista. Essendovi un'avulsione dallo spazio-ambiente, è naturale che resti sfocato e dimenticato quanto avviene in esso durante lo stato ipnotico e che non entra nell'insieme dell'esperienza ipnotica. L'amnesia per le esperienze vissute in ipnosi insorge invece per le particolari condizioni di coscienza e di inibizione corticale, provocate dallo stato dissociativo ipnotico. Un soggetto in ipnosi ricorda non solo le esperienze dello stato di veglia, ma anche quelle dei precedenti stati ipnotici. Nelle condizioni di veglia, invece, le esperienze dello stato ipnotico possono essere coperte da completa amnesia. In realtà ad un esame approfondito, l'amnesia risulta spesso più apparente che reale. Infatti i riflessi condizionati stabiliti in ipnosi, perdurano nello stato di veglia, anche se il soggetto non ricorda che

essi sono stati iniziati e fissati durante lo stato ipnotico. Inoltre dove c'è stato un ricordo durante la trance, la riluttanza a quel ricordo, da svegli, può successivamente risultare diminuita. Ciò dimostra che l'amnesia di quanto accade in ipnosi non è mai assoluta e totale, anche se a un esame superficiale può sembrarlo. E' compromessa, in caso di amnesia, la capacità di rievocazione e non quella di fissazione e anche la prima può rivelarsi in una successiva ipnosi.

Secondo alcuni autori (Roasenda) non è vero che il soggetto non ricordi allo stato di veglia quanto fu comandato nel sonno ipnotico; egli è autosuggestionato nel senso che non deve ricordare e afferma di non ricordare, ma in realtà ricorda.

Secondo le esperienze di Granone, invece, il vero sonnambulo ipnotizzato dimentica allo stato di veglia quanto ha vissuto nello stato sonnambolico, anche senza che l'operatore suggerisca l'amnesia. Inoltre, più sono carichi di emotività i fatti ricordati durante la regressione ipnotica, più facile è l'amnesia spontanea per tali evenienze disturbanti, mentre il paziente può benissimo ricordare altri fenomeni accaduti nel corso della seduta durante i quali non vi è stata alcuna liberazione di carica emozionale.

IPERMNESIA L'altro fenomeno interessante di modificazione della memoria è l'iperpermnesia. Un esempio di questo fenomeno ce lo riporta Granone, il quale è riuscito, in una delle sue esperienze, a far copiare ad un soggetto in ipnosi, da un foglio bianco un testo di trenta parole, che il soggetto aveva letto prima. Allo stato di veglia, la stessa prova, ripetuta varie volte e dopo attenta lettura del testo, non aveva sortito lo stesso esito. Altro esempio di questo fenomeno è quello, messo in evidenza dal Benussi, della "*scorrevolezza riproduttiva*". Questa consiste nella particolare capacità che, dopo richiesta, si può ottenere in alcuni casi di ipnosi, di rievocare l'ordine di una serie di oggetti, imparata a memoria, con la stessa facilità nell'ordine progrediente e in quello inverso, regrediente. Normalmente se una persona impara a memoria una serie di lettere ed è invitata a ripeterla nell'ordine inverso a quello con cui l'ha appresa, impiega per questa rievocazione mnemonica un tempo maggiore rispetto a quando tale rievocazione è fatta nell'ordine diretto imparato. Evidentemente, nell'evocazione normale ogni lettera, una volta affacciata alla memoria, porta automaticamente per legami associativi visivi, uditivi, o motori, a quella successiva; mentre nella produzione regrediente, secondo Musatti, il soggetto ha bisogno di presentarsi in blocco l'immagine, per lo più visiva, di una sezione della serie e di leggere in questa immagine mentale a ritroso le singole lettere. Il

maggior tempo impiegato, rispetto alla riproduzione diretta, sarebbe dovuto a questo complicato procedimento. Nel soggetto ipnotizzato, invece, il processo di rievocazione si trasforma in modo tale che il tempo di riproduzione di una serie di voci nell'ordine inverso si riduce (a seguito della specifica richiesta suggestiva fatta dall'operatore) sino a divenire uguale a quello della riproduzione diretta.

Altro fenomeno particolare è quello della *distorsione temporale* per cui, un soggetto in ipnosi, in brevissimo tempo, può rievocare interi film, lunghissime parti di spartiti musicali e varie sequenze di vita che nella realtà richiederebbero molte ore di tempo; questo stesso fenomeno si ritrova anche nel sogno; il pensiero onirico, infatti, è molto più rapido del pensiero allo stato di veglia e una delle più note caratteristiche del sogno è proprio la rapidità con cui si succedono gli avvenimenti, sicchè il dormiente che sogna ha l'illusione che sia trascorso un tempo assai più lungo del reale.

REGRESSIONE DI ETA' E RIVIVIFICAZIONE Altro esempio interessante di ipermnesia in ipnosi è la regressione di età. Esistono due tipi di regressione: quella in cui il soggetto vede e ricorda il passato con la sua personalità presente, e quella, detta rivivificazione, in cui egli dimentica il suo stato presente per assumere atteggiamenti ed espressioni del passato. Durante la rivivificazione, quindi, atteggiamento, calligrafia, disegno e comportamento si modificano in rapporto all'età di regressione.

Nell'esperienza di Granone, mediante successivi interrogatori dei familiari dei soggetti in ipnosi, e raffronti calligrafici con le scritture dei quaderni dell'età scolastica, si è potuto documentare la verosimiglianza della regressione raggiunta. Il riemergere della grafia infantile e il particolare modo con cui il soggetto impugnava la matita e si disponeva a scrivere, sono stati in questo studio una prova che l'età suggerita veniva in certo qual modo rivissuta dal paziente e non solo ricordata. Un altro autore (Watkins-1930) eseguendo dei test corrispondenti alle età suggerite, notò che il test di lettura confermava le età rivivificate; facendo inoltre eseguire al soggetto i calcoli delle quattro operazioni constatò che questi eseguiva solo i calcoli che si imparano nell'età scolare corrispondente a quella in cui era stato regredito. Inoltre durante la rivivificazione è possibile ricordare perfettamente lingue imparata durante la prima infanzia e poi dimenticate. Erich Fromm (1970) riferisce, infatti, di un uomo di 26 anni che inaspettatamente e spontaneamente cominciò a parlare giapponese quando nella regressione di età raggiunse il livello di quattro anni e quelli precedenti ai quattro. Quest'uomo, che in regressione di età si dimostrava capace di parlare

speditamente il giapponese per venti minuti, era convinto di non conoscere tale lingua e di fatto, nella regressione di età superiore ai quattro anni, non riusciva a parlare altra lingua che l'inglese. Le condizioni di vita vissute dal paziente hanno dato in parte la spiegazione del fatto. Tale soggetto era nato in California (1941) cinque giorni prima di Pearl Harbour, ed era di origine giapponese per parte della nonna che, trasferitasi dal Giappone in America, parlava soltanto l'inglese da anni. I genitori del paziente erano nati in America e parlavano solo l'inglese. Dopo i fatti di Pearl Harbour egli e la sua famiglia furono internati in un campo di concentramento per giapponesi, dove si parlava solo il giapponese, e da dove fu rilasciato solo alla fine della guerra quando aveva circa quattro anni. Successivamente non ebbe più modo di parlare la lingua della prima infanzia ed egli la dimenticò completamente. Con la rivivificazione può, inoltre accadere che riemergano condizioni neurovegetative e morbose particolari come un'asma bronchiale o disturbi cardiaci di cui i soggetti avevano sofferto in epoca infantile e mai più successivamente. E ancora possono riemergere quelle modalità di pensiero con cui il bambino vive la realtà.

2.4.2. Modificazione della percezione, dei processi intellettivi, della ideazione.

a) Modificazioni della percezione.

Per percezione si intende quel processo mentale che permette la conoscenza di un oggetto, attraverso la possibilità di associare la sensazione specifica immediata (data da uno stimolo o dagli stimoli che dopo aver impressionato un organo sensoriale periferico, giunti al S.N.C., vengono decodificati in particolari e specifiche aree sensoriali), con il ricordo di precedenti esperienze simili. Nel soggetto ipnotizzato, la percezione può venire modificata in modo notevole quantitativamente e qualitativamente, sia in rapporto alle suggestioni date, sia in rapporto al particolare stato di coscienza del soggetto.

IPERESTESIE PERCETTIVE In ipnosi, il soggetto può percepire sfumature minime dell'ambiente che lo circonda, come non gli riesce allo stato di veglia. Se ad esempio si fa osservare attentamente ad un sonnambulo il rovescio di alcune carte da gioco e poi le si mescolano a numerose altre uguali, egli spesso riuscirà con facilità a ritrovarle, perché avrà rilevato in esse piccolissime imperfezioni che le differenziano e che assai difficilmente avrebbe notato allo stato di veglia. Inoltre è nota la possibilità di far leggere in ipnosi uno scritto con una luce talmente fioca in cui nessuna persona, e

nemmeno lo stesso soggetto nelle condizioni normali di veglia, riuscirebbero a discernere neppure le lettere dell'alfabeto scritte in esso.

E' stata anche constatata un'iperestesia dell'olfatto mescolando oggetti di diverse persone ed invitando il paziente a restituire ad ognuno il suo, servendosi dell'odorato per riconoscerlo.

ALLUCINAZIONI NEGATIVE Si possono avere in ipnosi sia allucinazioni positive che negative. Per quanto riguarda quelle positive, sono quelle per cui classicamente, si definisce che il soggetto percepisce l'esistenza di oggetti che di fatto non esistono attorno a lui, e avverte sensazioni varie (gustative, olfattive ecc.) senza che vi sia il corrispettivo stimolo sensoriale obiettivo. Per quanto riguarda, invece, quelle negative, possono essere assolute o relative e sono possibili per tutti i sensi; per cui si possono avere cecità, emianopsie (D'Abundo), sordità, ageusie, anosmie ecc., per un tempo che va da poche ore a parecchi mesi, per poi svanire gradatamente (Binet e Féré). Tali allucinazioni negative, quando sono parziali, possono essere limitate, ad esempio, per la vista ad un determinato colore od oggetto, per l'udito a determinati rumori, per il gusto a particolari sapori, per l'olfatto a un solo odore ecc. Si può, ad esempio, arrivare a non far scorgere, a un soggetto, una persona che si muova dinanzi a lui, suscitandogli serie preoccupazioni per il movimento degli oggetti da essa causato.

ILLUSIONI Sono alterazioni delle percezioni, per le quali uno stimolo effettivamente esistente, che colpisce gli organi sensoriali, non viene giustamente valutato e considerato. In ipnosi si può quindi far percepire come amara una bevanda dolce, far passare per ammoniacca l'acqua di colonia, far percepire freddo un oggetto caldo e viceversa, mettere vicino a un giovane ipnotizzato un vecchio e fargli credere che sia un'avvenente fanciulla, desiderosa di lui ecc. Dallo studio delle illusioni, risulta come ogni immagine suggerita sia per il soggetto profondamente ipnotizzato una realtà indiscutibile. Ogni alterazione percettiva, perché possa meglio realizzarsi, deve essere però accompagnata da un'immagine. Quindi, per esempio, spesso non basta dire << hai caldo >>, ma bisogna aggiungere << hai caldo perché sei vicino a un grande braciere acceso, che manda molte fiamme e arroventa l'aria ecc. >>.

b) Modificazione dei processi intellettivi.

Nel soggetto ipnotizzato, la facoltà dell'intelligenza che più risulta compromessa è la critica, la quale viene soppressa in grado maggiore o minore, a seconda del grado dell'ipnosi. Insieme all'attività critica possono risultare compromesse anche la capacità di analisi e di sintesi associativa e

selettiva, di comprensione elaborazione e valutazione delle percezioni e delle idee.

c) Modificazione dell'ideazione.

Si devono distinguere due tipi di modificazioni che riguardano l'ideazione. Un primo tipo avvengono durante l'esecuzione di suggestioni che vengono date dall'ipnotista come semplici suggerimenti e senza alcuna forma imperativa, vengono sentiti dal soggetto come coattivi; sicché, ad esempio, il suggerimento di svolgere una determinata azione diventa un'idea coatta, che il paziente sente il bisogno di eseguire in ogni caso, spesso pure se gli si spiega che egli è succube in quel momento di una suggestione ipnotica. Il secondo tipo di modificazioni dell'ideazione sono invece quelle che vengono artificialmente provocate dall'ipnotizzatore attraverso suggestioni adatte. E' possibile così instaurare, sia durante la trance che a distanza di essa, ideazione di tipo coatto (ricordi coatti, dubbi coatti, ossessioni interrogative) oppure ideazione di tipo sub delirante (melanconica, ipocondriaca, religiosa, erotica, di persecuzione, di grandezza, di ambizione, di gelosia, di querela ecc.).

2.4.3. Modificazioni degli istinti e dei sentimenti, del carattere e della volontà.

a) Modificazioni degli istinti e dei sentimenti.

Mentre in ipnosi è facile causare vistose modificazioni della sfera percettivo-intellettuale, l'esperienza dimostra che ciò non è altrettanto possibile per quel che riguarda la sfera istintivo-affettiva. E' risaputo, infatti, come sia difficile far compiere ad un soggetto, anche in ipnosi profonda, un'azione che urti contro i suoi radicati principi morali, o contro le sue tendenze istintive e affettive. Gliela si può far compiere con l'inganno percettivo-allucinatorio, suggerendogli cioè false percezioni relative alla persona che egli ama o odia ma non per aver modificato le sue tendenze e i suoi profondi sentimenti. Un esempio classico è quello delle suore di Charcot che, messe in sonno ipnotico profondo, immobili, sopportavano sulle mani le lampade con i carboni accesi, ma si svegliavano immediatamente non appena si faceva il gesto di scompigliare loro le vesti come per violentarle. Quindi anche in ipnosi vi sono delle resistenze e dei comportamenti spontanei. Si possono osservare anche fatti che rivelano un comportamento spontaneo contro i comandi dati dall'ipnotista. E' noto come alcune mamme, alle quali sia stato indotto un sonno ipnotico profondo, tale da non interrompersi neppure col frastuono di una rumorosa via cittadina, si sveglino al tenue vagito della loro

creatura, giacente in una stanza attigua. *Un soggetto in ipnosi, inoltre, reagisce senza alcuna inibizione ai comuni sentimenti di gioia, dolore, paura, amore; questi se si adoperano adatte suggestioni, non possono essere dissimulati dal soggetto in ipnosi, ma esplodono in tutta la loro interezza.* E' facile riscontrare un' *esaltazione del tono del sentimento e una certa iperestesia affettiva* (Richet, Morselli), per cui basta, ad esempio, ad un sonnambulo parlare di sciagure per vederlo facilmente piangere o, viceversa, di eventi lieti per vederlo diventare sorridente, loquace, allegro.

b) Modificazioni del carattere e della volontà.

E' risaputo che anche il carattere, ossia l'insieme dei tratti psicologici e comportamentali che " caratterizzano" ogni singolo individuo, non sia suscettibile di grandi modifiche in ipnosi. Lo stesso vale per la volontà che può essere considerata come la facoltà di realizzare deliberatamente una azione con un fine prestabilito, sia nel senso positivo del movimento, sia in quello negativo dell'inibizione. Non risulta, infatti, che una persona in trance possa rivelare segreti o dire cose che siano contro il suo interesse, a meno di non ingannarla, così come lo si può fare da sveglia, con la differenza però che con la suggestione ipnotica l'inganno riesce più facile.

2.5 Trance autoindotta e a manifestazione spontanea.

2.5.1 Definizione e aspetto fenomenologico.

Volendo dare una definizione dello stato di trance, si potrebbe prendere in prestito quella che Fromm e Nasch hanno utilizzato per descrivere l'ipnosi ossia: << ...uno stato modificato di coscienza caratterizzato da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente si modifica o si riduce la percezione dell'ambiente esterno e l'interazione con esso >>. Se per descrivere la trance ci basassimo solo sulle condizioni di coscienza e sulle modificazioni psicosomatiche che la caratterizzano dovremmo riconoscere che essa è sovrapponibile in effetti allo stato ipnotico; se però prendiamo in considerazione l'elemento relazionale ossia il particolare rapporto ipnotizzatore-soggetto, ci accorgiamo che esso costituisce l'elemento fondamentale per indurre lo stato di ipnosi, mentre manca completamente negli stati di trance che per tale motivo definiamo *trance autoindotta*.

*Quindi, forse, sembra più corretta la proposizione di Granone, il quale differenzia appunto la trance autoindotta, che egli chiama ipnosi, e che considera come un modo di essere dell'organismo, dall'ipnotismo che è invece la possibilità mediante il rapporto tra soggetto e operatore di indurre uno stato di trance definito appunto eteroindotto.*⁶

Si deve allora intendere per trance autoindotta, anche definita come autoipnosi, uno stato di ipnosi che il paziente si induce da solo, mediante progressivi esercizi di rilassamento. Perché possa attuarsi è necessario che il soggetto sia capace di raggiungere una certa profondità di trance, che implichi almeno catalessia e qualche altro fenomeno ipnotico, mediante un processo spontaneo e attivo di immedesimazione riproduttiva, di monodeismo suggestivo e di ideoplasia controllata. La trance autoindotta va poi anche distinta da quello stato di trance ipnotica di breve durata che compare spontaneamente in relazione diretta all'esecuzione di un'azione postipnotica. Apparentemente, infatti, essendo questo breve stato di trance indipendente dalle richieste postipnotiche dell'ipnotista, si potrebbe considerarlo come uno stato autoindotto in cui appunto non è necessario il rapporto con l'operatore; in realtà per alcuni autori esiste sempre, nell'autoipnosi seguente a quella eteroindotta, un elemento relazionale inconscio stabilitosi precedentemente durante l'elaborazione delle suggestioni ipnotiche. Si possono riconoscere diverse forme di trance autoindotta; alcune di esse hanno la caratteristica di manifestarsi spontaneamente, mentre altre vengono evocate deliberatamente mediante tecniche autoipnotiche standardizzate.

2.5.2 Comune trance quotidiana.7

Erickson e Rossi sostengono che «< qualunque cosa affascini o catturi o assorba una persona può essere definita come ipnotica >> e definiscono come *comune trance quotidiana*, «< quei momenti nella vita di tutti i giorni in cui siamo così presi o preoccupati per questa o quella faccenda da perdere momentaneamente il contatto con l'ambiente esterno>>. Secondo Erickson questo fenomeno di comune trance quotidiana può apparire anche nel corso di una psicoterapia analitica; egli giunse a questa conclusione, e passò quindi dal concetto di comune trance quotidiana a quello di *trance terapeutica*, perché aveva notato, nell'esperienza con i pazienti, che si verificavano dei naturali momenti di rilassamento terapeutico spontaneo della durata di 10-20 minuti, in cui la maggior parte delle persone era in grado di ottenere un migliore accesso alle proprie emozioni, intuizioni, e pensieri più profondi. Egli, quindi, sviluppava spesso il suo lavoro terapeutico proprio a partire da queste autoipnosi spontanee del paziente, che sembrerebbero aumentare la permeabilità dell'inconscio. Il concetto della trance quotidiana si avvicina, secondo Rampelli, a quello di *ipnosi vigile* di Granone che si riferirebbe ad «< uno stato di veglia durante il quale possono lo stesso prodursi profonde

alterazioni della suggestibilità, della volontà e somato-viscerali >>; l'ipnosi vigile viene anche definita dallo stesso Granone come una condizione di << suggestiva passività psicosomatica durante la quale si possono avere anche importanti modificazioni somatiche (analgesia, contrattura, catalessi), apparendo integra la coscienza del soggetto e del pari, entro certi limiti, la sua capacità di riflessione e di critica >>. La comune trance quotidiana si può associare secondo Rossi, a quella che egli chiama *risposta ultradiana di guarigione*, una pausa naturale di leggera autoipnosi spontanea che tenderebbe ad instaurarsi ogni 90-120 minuti di attività, che di solito passa inosservata quando non viene addirittura contrastata perché incompatibile con le esigenze della vita sociale e lavorativa. Questa risposta comporterebbe un cambio momentaneo della dominanza emisferica ed una complessa dinamica ormonale da cui ne conseguirebbe una correzione degli eventuali effetti dello stress e il recupero dell'equilibrio somatico e psichico. Quindi questo particolare stato di autoipnosi sembrerebbe essere per Rossi ed Erickson una risposta momentanea e fisiologica della mente umana che fa seguito a << quei momenti... in cui siamo così presi e preoccupati per questa o quella faccenda...>> o a periodi di "attività".

Lo stesso tipo di impostazione si ritrova anche in Bliss, che partendo da una prospettiva etologica, ritiene lo stato di trance un normale meccanismo adattativo nell'ambito dell'evoluzione umana, riferibile quello presente in alcune specie animali. Questi, infatti, se intrappolati in situazioni di pericolo senza la possibilità di lottare o di fuggire, tendono ad immobilizzarsi, come morti, in uno stato presumibilmente autoipnotico che ha effetti mimetici e disincentivanti nei confronti dei predatori. In particolari situazioni, questo meccanismo filogenetico può riemergere nel bambino e, se ripetuto con frequenza, può diventare un processo spontaneo facilmente riproducibile. Le condizioni che possono favorire l'autoipnosi spontanea includono la noia, il rilassamento, il gioco, la riflessione; ma anche emozioni forti come la paura, l'angoscia, la rabbia, il panico. Si possono distinguere quindi, per Bliss, due tipi di autoipnosi spontanea: l'uno, legato a situazioni di calma e tranquillità, l'altro provocato da emozioni intollerabili. Per Bliss, quindi, anche l'ipnosi sarebbe una riattivazione ereditata dall'uomo di processi autoipnotici riferibili a questi meccanismi adattativi.

2.5.3 Riflessione Profonda.

Un altro esempio di autoipnosi ad induzione spontanea lo si può trovare nell'esperienza personale di Aldous Huxley. Egli scelse proprio il termine di

Riflessione Profonda per descrivere uno stato di marcato rilassamento , con il capo inclinato e gli occhi chiusi, caratterizzato da un profondo distacco psicologico progressivo dalle cose esterne, ma senza una vera perdita delle realtà fisiche, da un "accantonare" tutto quanto non era pertinente, e poi da uno stato di completo assorbimento mentale negli argomenti che lo interessavano, che gli permetteva un metodico e libero flusso di pensieri mentre scriveva. Huxley spiegò che credeva di poter sviluppare uno stato di Riflessione Profonda in cinque minuti circa, e che per farlo "semplicemente mollava tutti gli ormeggi" di ogni tipo di consapevolezza, apparendo completamente privo di ogni tipo di contatto con la realtà esterna. In realtà da questa descrizione sembrerebbe che egli adoperasse comunque un sistema , una tecnica, quella appunto del "mollare tutti gli ormeggi" sembrerebbe in maniera intenzionale per indurre la Riflessione Profonda.

Per illustrare meglio questo tipo di autoipnosi si può descrivere un episodio citato dallo stesso Huxley: una volta sua moglie, ritornata a casa dopo una breve assenza, aveva trovato la porta chiusa come al solito ed entrando in casa aveva trovato un espresso bene in vista su di un tavolo del vestibolo destinato alla posta. Poi aveva trovato Huxley seduto tranquillamente nella sua poltrona, evidentemente in uno stato di Riflessione Profonda. In seguito essa lo aveva interrogato sull'ora dell'arrivo dell'espresso, e si era accorta che non conservava alcun ricordo di aver ricevuto una lettera. Entrambi però sapevano che il postino aveva senza dubbio suonato il campanello, che Huxley lo aveva sentito e, interrompendo quello che stava facendo, era andato alla porta, l'aveva aperta, aveva ricevuto la lettera, richiusa la porta, collocata la lettera nel posto adatto, e infine era ritornato nella poltrona dove lei lo aveva trovato. Questo e altri avvenimenti simili li ricordava solo come episodi riferitigli dalla moglie, ma senza sentire che tali racconti costituivano una descrizione di un suo reale comportamento fisico. Per quanto ne sapeva, poteva solo dedurre che quando si erano prodotti, lui doveva essersi trovato in uno stato di Riflessione Profonda. Da queste ultime considerazioni sembrerebbe in effetti che egli fosse inconsapevole di essersi trovato in quel particolare stato, come se, appunto, egli non lo avesse programmato e quindi come se fosse un fenomeno del tutto spontaneo.

2.5.4 Interpretazioni della trance autoindotta spontaneamente.

Per molti autori, come Rossi, Erickson, e Bliss, questo fenomeno di trance autoindotta spontaneamente dovrebbe essere considerato come fatto fisiologico della mente umana.⁸ Da alcuni di essi, inoltre, Breuer per primo o

forse contemporaneamente a Janet, l' "autoipnosi spontanea" è stata ritenuta un fenomeno di grande importanza terapeutica; Breuer, infatti, nel caso di Anna O., aveva osservato che dopo le autoipnosi spontanee della paziente, durante le quali ella rievocava innumerevoli ricordi, avveniva la remissione di alcuni sintomi. Secondo lo stesso autore queste "autoipnosi terapeutiche" erano per qualche verso simili a quegli "stati ipnoidi", indotti da episodi più o meno traumatici, ai quali, a suo avviso, si poteva ricondurre l'origine della malattia. Anche per Erickson le "autoipnosi spontanee" del paziente avrebbero un valore terapeutico; egli infatti spesso sviluppava il suo lavoro di terapia proprio a partire da esse ritenendo che aumentassero la permeabilità dell'inconscio. Mario Rampelli, in un suo scritto per un congresso (1998), riflettendo sui meccanismi di difesa, sosterebbe che gran parte di essi implicano delle dissociazioni, o come direbbe Janet delle *disaggregazioni*, ossia una separazione-dissociazione di particolari nuclei ideo affettivi, in genere di natura traumatica, nel campo della coscienza. Egli, partendo da questa considerazione, sostiene pertanto, che l'attivazione di un meccanismo di difesa, implicando comunque un processo di dissociazione, potrebbe comportare uno stato autoipnotico; egli sostiene, inoltre, che « un comportamento definibile come stato autoipnotico sia, quindi, il correlato esteriore di un'attivazione di processi interni. Questi possono avviarsi in due direzioni opposte, in rapporto alla diversità degli stimoli che li hanno sollecitati, che delineeranno due diverse possibilità di sviluppo delle dinamiche sottostanti a fenomeni autoipnotici: l'una motivata da esperienze dolorose e connessa ad esigenze di difesa, potrebbe avere effetti patogeni legati a meccanismi dissociativi; l'altra, viceversa, facilitata da stimoli rilassanti e da una relazione empatica, come nel cosiddetto *rapport* ipnotico o come anche nel transfert positivo, potrebbe avere effetti terapeutici in quanto, per le proprietà della memoria stato-dipendente, potrebbe consentire il riaccesso a contenuti dissociati con la possibilità di una loro reintegrazione.>>. Ciò corrisponderebbe a quanto affermato da Bliss(1986) per cui « ciò che è stato nascosto dall'autoipnosi può essere rivelato dall'ipnosi >>. Rampelli, infine, conclude affermando che non solo è normale che l'autoipnosi possa apparire nel corso di una seduta di psicoterapia analitica, ma anzi, ciò dovrebbe accadere non raramente in un'analisi ben condotta, in quanto le psicoterapie analitiche presuppongono un intenso rivolgimento dell'attenzione all'interno di sé stessi e questa introversione dell'attenzione è la caratteristica principale dello stato autoipnotico. Su queste basi ci sarebbe da domandarsi se alcuni fenomeni come la riemersione di sogni da parte di chi

prima non se li ricordava non possano rientrare in una specie di risposte a suggestioni postipnotiche "lente". Inoltre, viene da chiedersi se effettivamente questo fenomeno di "autoipnosi spontanea" sia da considerarsi come un fatto fisiologico o se forse si potrebbe, invece, leggere come dinamica di rapporto patologica.

³ Qui verrà utilizzato il termine ipnosi secondo il significato che Granone ne dà per l'ipnotismo; considerando cioè il rapporto tra soggetto e ipnotizzatore quale aspetto fondamentale per il raggiungimento dello stato ipnotico.

⁴ Cfr. Nicola Lalli *Manuale di psichiatria e psicoterapia*, p.151

⁵ Cfr. Milton H. Erickson *Le nuove vie dell'ipnosi* p.397

⁶ Risulta un problema dare una definizione di trance autoindotta che permetta di distinguere questo fenomeno da quello dell'ipnosi e dagli altri M.S.C. soprattutto perché in letteratura mancano delle proposizioni di questo genere. Un tentativo, anche se non completo, di cercare di differenziare tali fenomeni è appunto questo di Granone.

⁷ Mario Rampelli III EUROPEAN CONGRESS ON ERICKSONIAN HYPNOSIS AND PSYCHOTHERAPY Novembre 1998 Venezia.

⁸ Cfr. paragrafo 3.1.1 Comune trance quotidiana.

CAPITOLO III

Ipnosi e psicoterapia

Come rilevava Ferenczi, si possono distinguere due tipi di rapporto psicologico tra ipnotista e paziente: il tipo rude paterno, e il tipo dolce materno. Il primo è autoritario, il secondo carezzevole. Le due tecniche suscitano due tipi diversi di transfert che riproducono il legame del bambino con i genitori. Tale transfert entrerebbe in causa anche quando si utilizzano le tecniche indirette di fissazione dello sguardo in cui l'attenzione cosciente verrebbe, secondo gli psicoanalisti, indirizzata verso un punto mentre l'interesse affettivo e la libido, intesa in senso analitico, verrebbero proiettati sull'operatore.

Ogni operatore adotterà la tecnica più consona al suo particolare tipo di carattere, tuttavia Granone (1989) sostiene che il terapeuta debba propendere verso l'una o verso l'altra, anche in considerazione del particolare soggetto da trattare e dello specifico momento del trattamento in cui si trova ad operare. Si è notato che il sesso femminile è più sensibile alla tecnica dolce, mentre il maschile a quella rude, anche se può capitare che durante le sedute sia necessario abbandonare il trattamento dolce per adottare quello autoritario anche con il paziente femminile. Di fatto ogni operatore deve studiare il suo soggetto e sé stesso per poter agire di

conseguenza. Si distinguono tre forme di ipnositerapia: l'ipnositerapia *suggestiva diretta*, l'ipnositerapia *di sostegno* e l'ipnositerapia della *presa di coscienza*. Nella prima forma, l'ipnosi si avvale della suggestione diretta che tende alla soppressione del sintomo senza modificare l'intima struttura della personalità. Nella seconda forma, l'ipnosi viene impiegata per potenziare una psicoterapia razionale la cui base fondamentale è la persuasione nelle sue varie forme. Nel terzo gruppo infine si annoverano i metodi ipnoanalitici, che innestano il trattamento psicoanalitico su quello ipnotico.

3.1 L'ipnositerapia suggestiva diretta

a) rimozione diretta del sintomo

Comprende quei procedimenti che si avvalgono del prestigio e dell'autorità dell'operatore e quindi dello stato di succubanza e della passività del soggetto. Sono tipologie di rapporto che si ritrovano in ogni tipo di psicoterapia, ma nell'ipnosi suggestiva diretta caratterizzano tecniche simili di imposizione nelle quali la relazione tra terapeuta e paziente è impetuosa, talvolta opprimente, però sempre accettata e assimilata come elemento insostituibile di quel tipo di suggestione che tale metodo comporta. E' un approccio che risulta essere particolarmente utile con persone molto suggestionabili ed estremamente dipendenti che vogliono risolvere i loro conflitti con rapidità e che non sono in grado, per incapacità introspettiva o per altri motivi, di affrontare una terapia meno palliativa. Anche l'età avanzata del paziente può essere un elemento che consiglia l'uso di questo tipo di terapia. Taluni terapisti adottano tecniche di derivazione comportamentista, ovvero uniscono alla suggestione diretta della rimozione del sintomo quella secondo la quale quando la suggestione avrà raggiunto il suo effetto, il paziente raggiungerà una sensazione di auto-soddisfamento. Questa tecnica viene usata, ad esempio, nei casi di eccessi nel mangiare e nel bere e ha il vantaggio di amplificare l'effetto della suggestione diretta attraverso l'"auto-rinforzo" che consiste in un premio: la autoaffermazione che la persona si attribuisce in relazione alla propria risposta.

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. Ma il sintomo ha una funzione difensiva che rappresenta il minore dei mali per la persona, per cui il terapeuta sente spesso la necessità di comprendere tale significato, prima di risolvere il problema del sintomo.

Con questo metodo il sintomo comincia a evidenziare il suo valore all'interno dell'economia psichica del paziente e quindi all'interno del trattamento, tuttavia viene in un certo senso raggirato e la sua comprensione non impegna ancora l'operatore. La comprensione della presenza e del significato dei conflitti, cioè l'insight, che nella psicoanalisi deve essere raggiunto dal paziente, nel metodo di suggestione diretta viene raggiunto dal terapeuta, che però utilizza questa comprensione soltanto per arrivare a sopprimere quel sintomo. In questo tipo di approccio, c'è una collaborazione da parte del paziente decisamente maggiore rispetto alla tecnica della rimozione diretta del sintomo con approccio autoritario.

c) sostituzione del sintomo

Nella tecnica di comprensione del significato del sintomo, il terapeuta fa notare al paziente come il suo disturbo possa essere psichicamente prodotto. Egli mostra al paziente che non ha perduto il controllo delle proprie funzioni, tant'è che spesso il terapeuta crea altri sintomi secondari che lascia al paziente in sostituzione di quelli originari. Ovvero, al sintomo che il paziente lamentava, ne viene sostituito un altro dello stesso valore difensivo per l'Io ma più sintonico alla sua personalità e quindi, in generale, meno disturbante per il suo adattamento. Con questa tecnica si altera la strutturazione nevrotica del paziente senza tentare di cambiarla, e volgendola a vantaggio dell'essere al mondo del paziente stesso.

In ognuna di queste tecniche di terapia ipnotica suggestiva diretta, la parola serve da stimolo alla mobilitazione delle difese e delle energie pulsionali del paziente, che vive le istruzioni del terapeuta come gesti magici e onnipotenti.

3.2 L'ipnositerapia di sostegno o direttiva

E' il secondo grande gruppo di terapia ipnotica. Questo tipo di tecniche costituiscono il nucleo centrale e portante dell'intera psicoterapia ipnotica. L'ipnositerapia 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.

Un primo gruppo di metodi possono definirsi *tranquillanti*. Come sostiene Romero, si può allenare il paziente a tollerare o a differire lo scarico della tensione favorendogli il riposo e il distacco. I confini di questo tipo di ipnositerapia sono piuttosto incerti, o comunque non del tutto definiti e differenziati dal territorio dell'ipnositerapia suggestiva diretta. Un primo sottogruppo riguarda le tecniche tranquillanti che secondo Ermentini (1965) quando sono di tipo distensivo presentano in comune la concentrazione

sulla propria dimensione corporea, anche se si differenzia per il meccanismo passivo, come accade nella tecnica di Schultz, o per gli atteggiamenti dinamici, come avviene nel metodo di Jacobson. I rapporti di transfert e di controtransfert, hanno un valore indubbio anche in questo tipo di tecniche. Tuttavia le tecniche di distensione sono caratterizzate principalmente dal comportamento autonomo del soggetto. Il paziente scinde il rapporto con il terapeuta, dopo che questi gli ha inviato un messaggio curativo da realizzare.

Un secondo gruppo di metodi di ipnositerapia di sostegno è quello relativo ai metodi cosiddetti *psicologici*, talvolta anche definiti razionali per distinguerli da quelli a suggestione diretta in cui il terapeuta fa appello all'obbedienza e all'emotività del paziente. In questo gruppo di tecniche, invece, il terapeuta si rivolge, in parte, alla arte razionale della persona. Viene considerato il valore del sintomo, anche in relazione alla sua collocazione nella situazione esistenziale e psicologica del soggetto. Qui il gioco tensione-distensione viene messo un po' in disparte anche se non del tutto tralasciato. Anche in queste tecniche l'educazione e una certa concentrazione sul tono muscolare è difficilmente separabile da un trattamento ipnotico-terapico di rassicurazione e di rieducazione. Tutti i metodi descritti hanno in comune la ricerca, lo studio e l'analisi dei complementi del paziente, del suo ambiente e dei rapporti interpersonali. Una volta portato a termine questo procedimento, inizia un secondo stadio in cui l'ipnoterapeuta lavora con l'obiettivo di restaurare uno psichismo mal funzionante. Talvolta si innesca un trattamento specifico, che spesso risulta essere la motivazione finale della psicoterapia attuata. Un esempio è dato dall'ipnositerapia di sostegno su cui si inserisce un trattamento specifico di preparazione per la donna gravida. Ad un lavoro di ricerca e di elaborazione del sintomo, subentra 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 ad uno stato di acquietamento che sintetizza la tranquillità psichica con il rilasciamento e l'abbandono di carattere somatico.

Questo tipo di terapie, secondo Wolberg, si distinguono in: ipnositerapia di guida, di rassicurazione, di persuasione, di ricondizionamento. Esse si rivelano utili con persone con scarsa capacità introspettiva, che dispongono di poco tempo e denaro e che temono una terapia di tipo più profondo. Si tratta tuttavia di terapie con esiti piuttosto periferici e limitati, incapaci di modificare la struttura caratteriale o gli atteggiamenti molto radicati del paziente. In queste tecniche l'ipnosi ha un effetto catalizzatore poiché

favorisce il rapporto di fiducia tra paziente e terapeuta che ha una valenza decisiva in questi tipi di tecniche. 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.

Molto diffuse sono anche le tecniche *comportamentistiche*. Con la Behavior Therapy vengono usati i principi teorici della teoria dell'apprendimento per ottenere dei cambiamenti nel comportamento del soggetto. Da Pavlov in poi tale teoria ha studiato come il comportamento umano sia un insieme di risposte apprese e così il comportamento male adattato. Il piano successivo è stato quello di cercare di modificare tali risposte errate facendone imparare al paziente di nuove più appropriate o facendo perdere il significato a quelle vecchie. Le tecniche di behaviorismo sono molte, ma si distinguono soprattutto in: tecniche "in vivo" (overt) e tecniche "in vitro" (covert) che sono le stesse tecniche "in vivo" in cui anziché la situazione reale si lavora sulla stessa situazione immaginata dal soggetto.

Desensibilizzazione sistematica e terapia avversiva sono due tecniche tra le più usate in questo tipo di approccio. La prima 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'ansia (per esempio: fame, sete, eccitamento sessuale, rilassamento). Dato che la forma di risposta incompatibile più spesso usata è il rilassamento, l'uso dell'ipnosi appare molto importante. La *sensibilizzazione o terapia avversiva* consiste nel condizionare una certa risposta nel paziente associando al comportamento indesiderato (per esempio l'alcolismo), uno stimolo doloroso o spiacevole. Tale stimolo può essere creato ipnoticamente.

L'ipnosi è stata comunque considerata un valido aiuto nelle terapie brevi. Wolberg (1965) evidenzia che le condizioni che sembrano rispondere meglio all'uso dell'ipnosi nelle psicoterapie brevi sono, ad esempio, gli stati di tensione e di ansia, alcuni sintomi di conversione isterica, alcune reazioni ossessivo-compulsive, ed altri disturbi come l'insonnia, l'enuresi, ecc.

3.3 L'ipnositerapia 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 dell'insight dipende da vari fattori, ma soprattutto dagli

scopi che il terapeuta si propone, a seconda che si prefigga una ristrutturazione della personalità più o meno globale. Si possono distinguere due sottogruppi, a seconda che sia prevista o meno l'analisi del transfert che si instaura tra terapeuta e paziente. Sono, spesso tecniche che si ispirano alla tecnica psicoanalitica. Ricordiamo che il transfert serve essenzialmente alla ricostruzione della vita psichica del paziente attraverso l'attualizzazione di relazioni ed emozioni, grazie all'esperienza relazionale con il terapeuta. Vengono così esaminati nella loro origine i conflitti infantili, poiché grazie al meccanismo della coazione a ripetere (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. Così il transfert assume la connotazione di finestra sul passato e 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.

Talune di queste tecniche quindi non analizzano il transfert ma cercano di risolverlo pragmaticamente. Nella cosiddetta *ipnoanalisi catartica desensibilizzatrice* si tende a desensibilizzare il paziente attraverso una abreazione, un recupero catartico di esperienze traumatiche che sono direttamente correlate con il sintomo stesso. Queste terapie si sono rivelate utili soprattutto nelle nevrosi traumatiche e 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 quindi padroneggiarla. E' chiaro che il terapeuta deve sapere fino a che punto l'Io del paziente è in grado di accettare quel contenuto psichico che è stato rimosso. Nell'*ipnoanalisi desensibilizzatrice* si tende ad integrare i ricordi che sono stati rimossi attraverso regressioni o vivificazioni nella personalità del paziente. Questa tecnica però difficilmente da sola è in grado di risolvere il sintomo in quanto le difese che lo hanno creato non vengono eliminate dal solo fatto di ricordare le esperienze rimosse, e sembra essere efficace quasi esclusivamente quando il trauma è circoscritto ad un evento storico preciso.

Nella ipnoanalisi rieducativa invece, 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 una via d'uscita da quello che sta vivendo. Secondo Gulotta (1980) gli approcci fenomenologico, esistenziale,

antropoanalitico e logoterapico, che Romero fa rientrare tra quelli di sostegno, andrebbero inseriti in questo tipo di terapia pur non dirigendosi verso un insight di tipo psicoanalitico, cioè del profondo.

Talune tecniche ipnoanalitiche invece, analizzano il transfert. 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, seguendo la teoria psicoanalitica classica. Nel secondo si adottano varie tecniche tipiche dei fenomeni psichici che si possono provocare con l'ipnosi (scrittura automatica, visualizzazione delle scene, regressioni, ecc.) vincendo così le resistenze del paziente nei confronti della terapia.

Nella ipnoanalisi di tipo classico si conta sul fatto che l'ipnosi con la sua natura regressiva favorisce di per sé un transfert positivo e placa le difese dell'Io.

Nella ipnoanalisi *controllata*, invece, l'ipnoanalista per analizzare la vita psichica del paziente adotta una serie di manovre che tendono a prevaricare le difese e facendo in modo che il Super-Io del paziente sia meno severo e quindi parzialmente neutralizzato. I meccanismi che rendono inconsci i contenuti psichici e che li manifestano in forma mascherata nei sogni, nei lapsus e nelle fantasie, vengono suggeriti intenzionalmente all'inverso, per giungere da questi fenomeni coscienti ai processi primari del funzionamento psichico. Le fantasie e i sogni vengono così suggeriti (*"sognerà che un animale sta facendo una cosa tremenda. Che cosa?"*). Vengono poi prevaricate le resistenze con varie strategie (*"ha detto che la stanza è vuota, nel sogno, la riempia di cose e di persone poco alla volta..."*).

Romero ricorda che entrambi i metodi prevedono una fase allenativo-ipnotica, una propriamente analitico-esplorativa ed una finale. Nell'ipnoanalisi di tipo classico la risoluzione della nevrosi originaria avviene di solito nello stato di veglia. Il paziente al momento della terapia si trova in una situazione di maggiore maturità rispetto a quella in cui la nevrosi si è sviluppata. Nell'ipnoanalisi controllata, invece, l'intervento del terapeuta è molto attivo, anche in questa fase, e tende a manipolare la nevrosi di transfert attraverso situazioni psicologiche artificialmente indotte facendo in modo che il paziente acquisti man mano più autonomia.

3.4 L'ipnosi, immaginazione e narrazione nella prassi clinica

Ellis, autore della Terapia Razionale Emotiva, sosteneva che noi siamo ciò che pensiamo. Più tardi, Shorr (1974, 1977) sviluppò tecniche per usare le immagini mentali, la fantasia e l'immaginazione regolarmente. Una ricerca

dimostrò che ciò che le persone chiamiamo pensiero non è nient'altro che una riproduzione mentale della realtà esterna mediante l'uso dei sensi interni. Araoz (1982), in accordo con altri autori, include nel concetto di immagine mentale anche le rappresentazioni uditive, gustative, olfattive e cinestetiche. Questa opinione è anche una delle premesse della terapia del comportamento cognitivo. L'immaginazione può anche essere la principale attività nell'ipnosi: immaginandosi guarita, la persona può realmente attivare processi immunologici che ne accelereranno la guarigione. L'immagine di un Io sano innesca forze subconscie che producono un Io sano. Quando il soggetto si lascia andare e viene totalmente assorbito dalla sua realtà interna, sospende le sue funzioni mentali critiche e logiche ed entra in contatto con le memorie, esperienze, saggezze che rimangono solitamente sopite, come disgiunte dalla coscienza. Mentre il soggetto è in comunicazione con il subconscio vengono prodotte nuove connessioni psicologiche perché una volta che egli sia stato assorbito nella sua realtà interna attraverso la temporanea dissociazione dagli stimoli esterni, il subconscio può prendere il sopravvento, in modo assai simile a quando si sogna. Quando un individuo si trova in ipnosi, sperimenta uno stato mentale diverso da quello abituale. Se è adirato o impaurito o sessualmente eccitato o fisicamente ammalato o molto felice, si trova comunque in uno stato mentale diverso. Lo stato mentale dell'ipnosi, diverso da quello della consapevolezza ordinaria, è controllato dalle funzioni parasimpatiche, a differenza dello stato alterato dell'ira e dell'eccitazione di gioia. Più il parasimpatico prende il sopravvento, più viene esperita l'ipnosi. La persona si trova in uno stato diverso, sia mentalmente che fisiologicamente, da quello in cui si trova quando è attivamente impegnata sotto il controllo ortosimpatico. Questa consapevolezza speciale è l'essenza dell'ipnosi, e viene chiamata trance.

L'impiego dell'ipnosi, non annunciata, fu una delle straordinarie caratteristiche dell'unicità di Erickson nei suoi ultimi anni. Tutta la comunicazione umana è ipnosi. Per esempio, quando una persona racconta con drammaticità di dettagli ciò che le è accaduto durante il suo ultimo viaggio, è intento a mutare la consapevolezza di colui che sta ascoltando. Sta tentando di porlo in uno stato cognitivo speciale così che colui che ascolta possa esperire nella mente quello che lui ha provato durante il suo viaggio. Sta inducendo nell'altro un nuovo stato di coscienza. Se ci riesce, la realtà circostante dell'ascoltatore si attenua temporaneamente mentre è partecipe della realtà dell'altro. L'antica arte ipnotica del raccontare storie è stata per molti secoli considerata efficace nel trasportare l'uditorio in una realtà

diversa. L'assorbimento mentale del soggetto diviene la sua realtà. Come dice Bach "*magnetizziamo nella nostra vita ciò che abbiamo nei nostri pensieri*" Il clinico quindi deve agire naturalmente e non ritualmente. Egli può servirsi dei meccanismi ipnotici fondamentali per aiutare le persone a cambiare. Il clinico misura i risultati in base alla riuscita individuale poiché la prova finale di ogni terapia è il suo risultato a lungo termine. Ovviamente ogni caso deve essere trattato in maniera individuale, ma vi sono regole generali della comunicazione che è necessario conoscere e usare affinché questa abbia luogo. Sono le regole su come funziona la mente umana, tenendo ben presente che non tutti pensano nello stesso modo e il clinico deve essere conscio del sistema di rappresentazione preferenziale del paziente. Inoltre, come ricorda Tirone (2005), è di fondamentale importanza la strutturazione di un setting adeguato, a partire dall'ambiente fisico, che deve possedere le caratteristiche idonee affinché si crei l'atmosfera giusta. Oltre alle caratteristiche relative all'ambiente fisico, è importante che vi sia ricchezza di partecipazione affettiva, calore e coinvolgimento. Ovvero, si deve creare tra la persona che chiede aiuto e chi si propone di offrirlo, l'atmosfera adatta al verificarsi di determinati fenomeni. L'attenzione deve essere esclusivamente rivolta alla persona che chiede aiuto e gli obiettivi comuni devono essere centrati sul superamento del problema. La psicoterapia individuale crea così le condizioni di un apprendimento che rappresenta un luogo di riconoscimento del valore dell'individuo e forse una delle poche oasi in una società così poco disponibile all'attenzione verso l'altro.

CAPITOLO IV

LO PSICODRAMMA.

*“.....Un incontro a due: sguardo nello sguardo, faccia a faccia.
E quando sarai vicino io coglierò i tuoi occhi
Per metterli al posto dei miei,
e tu coglierai i miei occhi per metterli al posto dei tuoi,
poi io ti guarderò coi miei occhi e tu coi miei.....”*

“Invito ad un incontro” di J.L.Moreno (1914)

4.1 Psicodramma: definizione e cenni storici

Tra le possibili definizioni generali dello psicodramma proponiamo quella che lo indica come una *rappresentazione scenica spontanea che permette di rendere visibili nel quadro terapeutico e di far rivivere i conflitti interpersonali ed intrapsichici*. Il termine “psicodramma”, nella sua accezione più ampia, è anche utilizzato come sinonimo di “metodo psicodrammatico”. Gli elementi costitutivi di questo metodo di gruppo, interattivo e contestuale, sono lo psicodramma in senso stretto, la sociometria e la psicoterapia di gruppo. Questo metodo che pone l’azione al centro dell’intervento fu inaugurato dal medico viennese Jacob Levy Moreno (1889-1974) nell’intervallo fra le due guerre mondiali.

Gettando le fondamenta di categorie quali il gioco e la scena, Moreno ha aggiunto una nuova dimensione tanto alla psichiatria ed alla psicoterapia, quanto alla psicologia sociale e alla sociologia. Lo psicodramma è un metodo dalle molteplici possibilità. Contiene per sua natura elementi che appartengono alla pedagogia, alla psicologia dell’apprendimento e alla psicologia del profondo. Lo sviluppo dello psicodramma è iniziato durante la prima guerra mondiale, con i giochi di improvvisazione teatrale e di espressione spontanea che Moreno, allora studente in filosofia e medicina, eseguiva con dei bambini nei parchi pubblici di Vienna. Il giovane medico rimase molto presto affascinato dagli effetti terapeutici che poté osservare nei partecipanti. Questi giochi segnarono, a partire da quel momento la sua concezione della medicina, e costituirono per lui una fonte di riflessione sull’importanza delle relazioni emotive e interpersonali nel campo della salute e della malattia psichica e somatica. Egli continuò questa riflessione in qualità di assistente medico in un campo di rifugiati, ed essa è all’origine dello sviluppo della sociometria. Con Freud e Jung, Moreno è stato uno dei rari maestri il cui contributo ha trasformato il campo delle scienze umane. I

termini ed i concetti che designano il suo apporto sono ormai di uso corrente nella psicoterapia e della formazione: *role playing*, sociometria, psicodramma, sociodramma, psicoterapia di gruppo, liberazione della spontaneità, riscaldamento (*warming-up*), spontaneità creatrice, statuto sociometrico, *tele* (comunicazione empatica).

Moreno ha dato il nome di psicodramma alla rappresentazione, mediante il gioco improvvisato, di scene vissute e rivissute, o immaginarie e proiettive. Lo scopo è quello di facilitare lo scambio tra gli individui e tra i gruppi, attraverso lo sviluppo di nuove percezioni interpersonali o la riorganizzazione di vecchi *patterns* cognitivi e delle relative condotte comportamentali. La storia dello psicodramma è in gran parte quella del suo fondatore.

Jacob Levy Moreno nacque nel 1889 a Bucarest, in Romania, e seguì gli studi a Vienna, dove conseguì la laurea in medicina nel 1917. Nel 1918 cominciò ad occuparsi dei problemi dell'espressività, mediante esperienze di gruppo condotte in campi di concentramento per prigionieri di guerra. A quel tempo Moreno si interessava già di psichiatria ed aveva fondato la rivista *Daimon*, un mensile filosofico-letterario. Nel 1921 fondò il "Teatro della Spontaneità" e nel 1923 fondò il primo "Giornale Vivente" dando vita alle esperienze che avrebbero preso da lui stesso il nome di "psicodramma". Nel 1940 fondò l'istituto psicodrammatico di Beacon. Morì proprio a Beacon nel 1974, dopo aver partecipato attivamente all'ultimo congresso da lui presieduto, quello di Psicoterapia di Gruppo a Zurigo, nel settembre del 1973. La Moreno Academy di Beacon è stata chiusa nel 1983, dopo 47 anni di attività, ma la continuità con le esperienze originali dei primordi è assicurata dallo Psychodrama Section del St. Elisabeth Hospital, fondata nel 1939, presso la quale proseguono la pratica clinica, la formazione e la ricerca sullo psicodramma, la sociometria e la psicoterapia di gruppo di ispirazione moreniana.

4.2 Psicodramma e psicoanalisi

L'incontro di Moreno con la psicoanalisi può essere riassunto con le sue stesse parole, pronunciate nel 1912 quando Freud, al termine di un corso presso la Clinica psichiatrica di Vienna, gli domandò che cosa facesse, egli rispose: "Inizio là dove lei finisce. Nel suo studio lei pone le persone in una posizione artificiale, io le incontro per strada, a casa loro, nel loro ambiente naturale. Lei analizza i loro sogni, io cerco di dar loro il coraggio di sognare ancora. Insegno alla gente come si fa a interpretare la parte di Dio." Al

contrario dell'analista che punta sul discorso individuale, Moreno impernia lo psicodramma sull'azione e sul gruppo. Per liberare i soggetti, rendendo loro la spontaneità, egli centra la sua azione non sulla libera associazione, bensì sulla libertà con la quale ciascuno sarà in grado di assumere il proprio ruolo. Poiché a suo giudizio, non è possibile penetrare fino in fondo all'anima, né vedere ciò che un individuo percepisce e sente, lo psicodramma tenta, con l'aiuto del paziente, di trasportare l'anima "al di fuori" dell'individuo. "La psicanalisi consiste essenzialmente in una comprensione di sé in profondità e costituisce una terapia di lunga durata. Lo psicodramma invece, può essere una terapia breve o di media durata (da tre a dieci sedute nel corso di qualche giorno o da dieci a sessanta nel corso di alcune settimane o mesi). Altre volte s'inserisce nella psicoterapia istituzionale o di formazione, altre ancora esso è un prolungamento della psicoterapia di gruppo. Lo psicodramma, infine, può essere utilizzato anche nella formazione" (Schutzenberger, 1975). Comunque, allorché sia caratterizzata dal rispetto di criteri di continuità e di durata nel tempo, una psicoterapia di gruppo di tipo psicodrammatico costituisce una terapia analitica e di gruppo svolta in profondità che può essere paragonata ad una psicanalisi per la *comprensione di sé* aggiungendo però a questo la comprensione "dell'altro da sé" e della relazione *qui ed ora* che essa permette.

Concludiamo questa sezione con le parole di Paul Lemoine ("atti dello psicodramma", 1980): " Dai congressi di psicodramma, in cui si vilipendiava la psicanalisi, all'ultimo congresso di Zurigo in cui si ritiene necessario l'ascolto psicanalitico, quanta strada si è fatta! In ambiente francese tuttavia fin dall'inizio si dedicarono allo psicodramma persone di formazione psicanalitica. Anche la nostra teoria -quella della SEPT (Société d'Etudes du Psychodrame Pratique et Théorique)- è basata sulla psicoanalisi. Tuttavia, lo psicodramma mantiene una dimensione specifica: il discorso del gruppo, la messa in gioco dello sguardo, la rappresentazione drammatica e la sua incidenza sulla guarigione rappresentano altrettanti concetti originali."

4.3 Moreno e C.G. Jung

I riferimenti teorici di Moreno e Jung sono stati coniugati nelle prassi psicodrammatiche condotte dagli analisti junghiani soprattutto a partire dagli anni settanta. Questo fenomeno in Svizzera si è sviluppato ad opera del direttore del Carl Gustav Jung Institut di Zurigo, Helmut Barz; in Italia soprattutto ad opera di analisti junghiani e psicodrammisti quali Wilma

Scategni, Santuzza Papa, Giancarlo Durelli, Ottavio Rosati, Giulio Gasca e Maurizio Gasseau.

Moreno, come Jung, lavorava in un anelito religioso per il divenire completo dell'uomo. Per Moreno la natura della relazione con Dio è di primaria importanza, e Zerka Moreno sostiene che “non sono ancora state accettate le sue idee sull'importanza del giocare il ruolo di Dio, oppure il suo concetto dell'Io-Dio all'interno di ogni uomo”. Moreno con l'aiuto dello psicodramma e del sociodramma, da un lato aprì nuove possibilità per la comprensione dinamica dei gruppi, e dall'altro portò i gruppi, attraverso il gioco dei ruoli, verso un processo di guarigione dell'anima.

Le esperienze nei gruppi di psicologi analitici quali Hobson, Whitmont, Willeford (1967), Seifert (1974), Pignatelli (1971), Fiumara, Rosati (1983) hanno mostrato come i junghiani stiano cercando di sviluppare un approccio originale alla psicoterapia analitica di gruppo. Al termine di una lettera da lui scritta il 26 gennaio 1955 a Hans Illing, uno psicoterapeuta di Los Angeles, Jung riassume le sue opinioni sulla terapia di gruppo:

- a) la terapia di gruppo è indispensabile per l'educazione sociale dell'essere umano;
- b) non è sostituibile all'analisi individuale;
- c) le due forme di psicoterapia sono complementari;
- d) il pericolo della terapia di gruppo consiste nel poter essere limitati dal livello collettivo;
- e) il pericolo dell'analisi individuale è quello di trascurare l'adattamento sociale.

Da qui emerge quella concezione di complementarità tra analisi individuale del profondo e psicoterapia di gruppo che caratterizza il lavoro di molti psicoterapeuti.

Anche se lo psicodramma presenta una serie di strumenti che non si trovano nell'opera di Jung, il concetto di inconscio collettivo, basilare nella psicologia analitica (che per alcuni aspetti differisce da quello di *interpsiche* di Moreno), può essere di grande utilità sia per gli psicodrammisti che per i gruppoanalisti. I ruoli sociodrammatici possono essere visti come personificazioni di immagini archetipiche e appaiono anche negli psicodrammi. Introversione ed estroversione sono chiaramente evidenti anche nello psicodramma come polarità di opposti la cui tensione, se abilmente guidata dal direttore dello psicodramma, può influenzare creativamente la scena psicodrammatica e rappresentare un'utile contraddizione di polarità nella vita del paziente. Moreno (1959-1966)

sostenne che è stata spesso sottolineata la relazione significativa tra psicodramma e sogno. In entrambi i casi si tratta spesso di produzioni fantastiche in cui il protagonista è profondamente coinvolto, e sia nel sogno che nello psicodramma appare un'esposizione della dinamica inconscia.

Ma vi sono secondo Moreno alcune distinzioni sostanziali. I personaggi di un sogno sono fantasmi allucinati, esistono solo nella mente del sognatore, e svaniscono non appena il sogno è finito. Invece i personaggi di uno psicodramma sono persone reali, io ausiliari che recitano, rispondono, si oppongono al protagonista e modificano il sogno e il corso dell'intreccio. Le modalità di interpretazione dei sogni differirono in Moreno e Jung; il primo tendeva a metterli in scena, il secondo dedicava anche un'intera seduta ad un solo sogno e osservava con particolare attenzione, nel lavoro analitico, lo sviluppo del simbolismo in una serie di sogni dello stesso paziente; ma ci sono analogie e parallelismi: così come spesso per l'analista junghiano, come è scritto nel Talmud, il contenuto del sogno è la sua stessa interpretazione, per lo psicodrammista la drammatizzazione dell'episodio onirico che permette al sognatore di cambiare più volte ruolo identificandosi nelle funzioni, nei vissuti e nelle filosofie dei suoi personaggi onirici, è la migliore interpretazione del sogno stesso.

4.4 Aspetti metodologici.

4.4.1 La spontaneità.

Ogni individuo ha la possibilità di agire comportamenti spontanei, nella relazione con se stesso e con il mondo esterno. Ma è anche vero che, nel processo di socializzazione, è presente un costante apprendimento di relazioni che sono destinate a ripetersi stereotipicamente nel corso delle esperienze successive. Moreno parla a questo proposito di "conservate naturali", identificando in esse tutti quei comportamenti che continuano a riprodursi meccanicamente ("per inerzia") nonostante siano lontane nel tempo le circostanze che li hanno provocati la prima volta. Ecco, quindi, che la spontaneità si qualifica come capacità (non voluta, però, non suscitata, bensì libera e -per così dire- "a disposizione") di agire comportamenti funzionali alle esigenze reali dell'individuo, ai bisogni legati al momento del presente.

Moreno distingue quattro diverse forme di spontaneità: innanzitutto essa è uno *slancio*, cioè un impulso primigenio dell'individuo; in secondo luogo essa è un'*acquisizione culturale*, conseguente alle innovazioni che si possono registrare nel campo dell'arte, o a livello di ambienti, organismi o istituzioni

che si sforzano di interrompere il succedersi automatico degli eventi attraverso cui si perpetua la tradizione; esiste poi una spontaneità che è *creazione di un'espressione libera della personalità*; infine, la spontaneità può intendersi anche come una *risposta adeguata ed originale* a situazioni nuove.

4.4.2 Il ruolo.

“Il ruolo è il modo di essere reale e percettibile che assume l’Io; il modo di essere e di agire che l’individuo assume nel momento preciso in cui reagisce ad una situazione data, nella quale sono impegnate altre persone o oggetti” (J.L.Moreno, 1965). Tra i ruoli si possono distinguere: *ruoli emergenti*, *ruoli latenti* (che divengono operativi molto avanti nel corso della vita: ne sono un esempio certe professioni intraprese tardivamente o certi interessi che si manifestano in età avanzata); *ruoli superati*, *ruoli attuali*. I ruoli si possono anche dividere in: *ruoli psicosomatici* (stabiliti dalla nascita nell’interazione con la madre e che si concretano nel bere, mangiare, dormire,etc...); *ruoli sociali* (il padre, la madre, l’insegnante); *ruoli psicodrammatici* (cioè gli stessi ruoli sociali, così come sono giocati sulla scena dello psicodramma); *ruoli individuali* e *ruoli collettivi*. Il ruolo può essere gestito poi in modo adeguato o inadeguato, con flessibilità o rigidità, in consonanza o in dissonanza con gli altri ruoli e così via.

4.4.3 Il gruppo.

Nelle opere di Moreno (e nella tradizione psicodrammatica che più direttamente si ricollega a lui) è fin dall’inizio sottolineata con insistenza l’importanza della dimensione gruppale. Come scrive J. Pundik (1969): “L’uomo è un essere sociale. Nasce nel seno di un gruppo umano, cresce dentro di esso, apprende dal gruppo ciò che gli trasmettono le sue tradizioni e le sue norme di convivenza (...) è membro di raggruppamenti, di organismi, associazioni. È cittadino di una comunità ed è soggetto ai suoi destini. Questi concetti, che sono oggi moneta corrente, non erano tenuti in alcun conto quando Moreno irruppe sulla scena (...) egli si propose di creare una scienza di gruppo, del lavoro nei gruppi, delle cause e delle conseguenze dentro i gruppi, fra gli individui e fra i gruppi(...) Moreno (...) invita gli uomini all’incontro.” Lo psicodramma è dunque un’esperienza vissuta in gruppo: di gruppo, attraverso il gruppo e con il gruppo.

4.5 Strumenti dello Psicodramma

Gli elementi fondamentali dello psicodramma sono tre: il protagonista, il regista e gli ego ausiliari. Il protagonista, in una produzione, tende a rappresentare il gruppo nella sua esibizione psicodrammatica. Egli è il primo attore e all'interno della seduta "rappresenta" i suoi conflitti anziché parlarne. Agisce nel "qui ed ora", non ha importanza quando l'episodio reale si sia verificato. Il paziente ha la possibilità di mettere in scena la sua realtà e di rappresentare situazioni e persone della propria vita secondo quella che è la sua percezione. Talora per la prima volta il paziente ha la libertà di produrre la sua singolare versione emotiva di una persona o di una situazione (ne è un esempio un padre descritto dal figlio come un incrocio tra Hitler e King Kong pur essendo un omettino dolce che non raggiunge il metro e settanta). Questo processo produce un sollievo catartico numerosi vantaggi terapeutici. Durante lo psicodramma è il protagonista l'autore del copione messo in scena. (es. di donna ricca e bella che si percepisce come povera e poco attraente).

Il regista, detto anche psicodrammista o direttore dello psicodramma è colui che promuove l'azione. Moreno gli attribuisce la triplice funzione di analista, produttore e terapeuta:

"...come produttore deve essere attento a volgere in azione drammatica ogni indizio che il soggetto offre, a tenere in armonia la linea della produzione con la linea esistenziale del soggetto e non far perdere mai alla produzione il rapporto con il gruppo. Come terapeuta gli è permesso a volte attaccare e scandalizzare il soggetto così come ridere e scherzare con lui; a volte potrà diventare indiretto e passivo e allora, per fini esclusivamente pratici la seduta sembrerà diretta dal paziente. Come analista potrà completare la propria interpretazione servendosi delle risposte provenienti dagli informatori presenti fra il pubblico: marito, genitori, figli, amici o vicini".

Il regista, dunque, è il principale coordinatore e funge, inoltre, da catalizzatore di una seduta. Egli è in ogni circostanza un membro del gruppo e al tempo stesso la sua guida; succederà spesso che il regista si trovi a doppiare il protagonista o i suoi ego ausiliari, aggiungendo *insight* e commenti a questi ruoli.

Gli *ego ausiliari* sono membri del gruppo usati nella seduta come estensioni del regista e del protagonista. Il loro compito è quello di ricoprire ruoli di persone significative nella vita dell'attore come ad esempio una

madre dispotica o un marito geloso.(es. madre dispotica = figlio impotente). L'introduzione di un ego ausiliario in una seduta facilita la messa in scena dei vissuti del protagonista, rendendo immagine "viva" un personaggio assente in quel momento. "La persona che diventa un ego ausiliario deve essere abbastanza flessibile da soddisfare i bisogni del protagonista in una seduta. Un bravo ego ausiliario risponde sensibilmente alle sfumature dell'emozione del protagonista e lo aiuta a oggettivare la visione interna del suo mondo emotivo" (L. Yablonsky '76).

4.6 Tecniche dello Psicodramma.

Durante una sessione di psicodramma si possono utilizzare varie tecniche che facilitino il protagonista o il gruppo a raggiungere soddisfacenti livelli di creatività e spontaneità. Lo psicodrammista deve essere in grado di applicare tali tecniche al momento giusto senza programmarle in anticipo. Qui di seguito elencheremo alcune tra le tecniche più importanti utilizzate all'interno di una seduta di psicodramma:

a) *inversione di ruoli*: consiste nel far assumere al protagonista il ruolo di altre persone, significative per lui a livello relazionale, e nel fargli continuare la scena in atto dal loro punto di vista. In questo modo l'io-osservatore si decentra rispetto all'io-attore, che compie azioni nuove e spontanee delle quali il primo riesce a prendere coscienza; si riescono così ad aggirare ostacoli che altrimenti risulterebbero essere insormontabili. L'inversione di ruoli ha lo scopo di "far uscire una persona da se stessa, sicché possa guardarsi dal punto di vista degli altri" (L.Yablonsky, 1976), oppure di permettere al protagonista, attraverso l'interpretazione del ruolo di un altro, di capire più a fondo le reazioni del suo personaggio. Questa tecnica può, inoltre, fornire un'immagine di sé come in uno specchio, per raggiungere anche in questo caso un insight che consente di visualizzare meglio se stessi attraverso gli occhi di un'altra persona. Tale processo può portare ad una liberazione dalle proprie difese e provocare cambiamenti all'interno di un conflitto. L'inversione di ruoli può infatti rivelarsi molto utile per sviluppare relazioni all'interno di gruppi di qualunque tipo. La prescrizione di invertire i ruoli anche al di fuori dello psicodramma, nella vita di tutti i giorni, può diventare un ottimo sistema per migliorare la comunicazione in caso di conflitti altrimenti difficilmente risolvibili.(es. di signora che non parlava col marito, ma al marito come fosse il suo uditorio, pag.104 Yablonsky).

b) *il doppio*: tecnica che prevede che il paziente rappresenti se stesso e che contemporaneamente venga rappresentato da un Io ausiliario. A

quest'ultimo viene richiesto di "creare un'identità col paziente", muoversi, agire e comportarsi come lui; in tal caso dunque il doppio tenta di diventare realmente il protagonista; inoltre aggiunge una dimensione significativa all'esibizione dell'attore, il quale segue le direttive del regista nel rispondere al suo doppio. Spesso succede che mentre uno dei due esprima amore, l'altro manifesti odio. È dunque molto rivelatrice e terapeuticamente utile, la risposta del protagonista al suo doppio; quest'ultimo può, inoltre, aiutare l'attore ad esprimere sentimenti di paura ostilità, amore che egli è normalmente incapace di tradurre in parole (es. di figlio aiutato dal suo doppio a trovare il coraggio per rispondere in modo adeguato al padre oppressore). Il doppio può anche cercare di esprimere certe ipotesi non del tutto manifeste, basandosi su ciò che sente in un determinato momento (es. di donna apparentemente insoddisfatta di tutti i suoi amanti, che in realtà aveva paura degli uomini e del sesso). "oltre ad aiutare e a penetrare i sentimenti più profondi, il doppio tende a diventare l'amico e il collaboratore del protagonista nelle situazioni difficili, spesso fornendo quel necessario sostegno che mette un protagonista in grado di padroneggiare situazioni complesse e difficili nello psicodramma e che poi facilita il comportamento di successo nella vita" (L. Yablonsky, pag.108).

c) *il soliloquio*: tale tecnica offre la possibilità al soggetto di recitare a voce alta i propri pensieri, è un modo per esprimere a se stesso e al gruppo i suoi vissuti e le tendenze all'azione ancora latenti. Il soliloquio è parallelo al processo delle "libere associazioni" della psicanalisi, con una differenza significativa, però, e cioè che nello psicodramma la tecnica viene utilizzata in una situazione concreta; inoltre lo scopo non è solamente analitico, ma facilita l'azione drammatica. La tecnica del doppio può essere abbinata a quella del soliloquio, in modo da offrire al doppio di sostenere un soliloquio al posto del protagonista in una scena cruciale della rappresentazione.(es. di marito e moglie con problemi sessuali perché non esprimevano i loro reciproci bisogni e desideri). "I pensieri espressi nel soliloquio sono vitali per comprendere il conflitto e risolvere i problemi umani"(L.Y. pag.109)

d) *proiezione nel futuro*: questa tecnica consiste nel far agire il protagonista, con il supporto del gruppo e dell'ego ausiliario, in una situazione significativa, che pensa di dover affrontare in futuro; ciò può preparare il soggetto a comportarsi con maggior adeguatezza quando tale situazione si presenterà. Fondamentale per un corretto impiego di tale tecnica è un adeguato riscaldamento durante il quale devono venire esplicitati il maggior numero possibile di particolari specifici inerenti alla situazione presa in

esame. Il valore del gruppo per l'applicazione di questa tecnica è fondamentale, poiché, adeguatamente riscaldato, sarà in grado di condividere con il soggetto esperienze analoghe, come sostegno alla sua preparazione. La gamma di situazioni future sostenibili tramite il metodo finora descritto è ampia e va da un colloquio di lavoro, all'incontro con una persona particolarmente significativa per il soggetto.

e) *tecnica dello specchio*: in questo caso un io ausiliario impersona un protagonista che sia contrario o non in grado di esibirsi da solo. In questa situazione viene offerta al soggetto la possibilità di osservare se stesso muoversi in una situazione rilevante. Lo specchio può venire deliberatamente esagerato in modo da provocare il protagonista che da spettatore passivo (in quanto si trova seduto nella zona del gruppo) diventi partecipante attivo correggendo la rappresentazione in atto e l'interpretazione della sua realtà.

g) *interpretazione teatrale di un sogno*: il protagonista, invece di raccontare un sogno, lo mette in scena. Dopo un adeguato riscaldamento il soggetto dovrà comportarsi come quando la sera va al letto: indossare un pigiama o una maglietta o essere nudo, coricarsi, assumere la solita posizione per addormentarsi. In seguito il regista chiederà al protagonista di descrivere la situazione che lo circondava al momento in cui ha fatto il sogno: dovrà quindi descrivere la stanza, la posizione e le dimensioni del letto, specificare se la luce era accesa o spenta, se le finestre erano aperte o chiuse e dire quanto tempo impiega di solito per addormentarsi. Inoltre al paziente viene chiesto di respirare con regolarità, di fare i movimenti che fa di solito quando è nel letto (rigirarsi, muovere i piedi, etc...), di rilassarsi e di lasciarsi andare. Successivamente il regista chiede al protagonista di visualizzare mentalmente l'inizio, la parte centrale e la fine del sogno; iniziano una serie di domande specifiche: dove si trova, cosa vede, chi è con lui. Nel caso in cui nel sogno siano presenti altri personaggi il regista introdurrà nella rappresentazione alcuni Io ausiliari; infine il terapeuta chiede al paziente se riesca a scorgere una conclusione del sogno e se sì quale. Il soggetto si risveglia nel suo letto. Esiste anche un ri-addestramento del sogno nel caso in cui il protagonista non sia soddisfatto del suo svolgimento o della sua conclusione e tramite l'ausilio del regista e del gruppo si procederà ad una revisione della rappresentazione precedente. Alcuni metodi aggiuntivi possono essere:

- 1) l'ipnodramma: il protagonista viene ipnotizzato sul palcoscenico ed è libero di agire come vuole con l'aiuto dei suoi ego ausiliari; questa tecnica nasce dalla fusione tra psicodramma e ipnoterapia (vedasi oltre);
- 2) shock psicodrammatico: al protagonista viene chiesto di rivivere l'esperienza allucinatoria quando è ancora viva;
- 3) improvvisazione per la valutazione della personalità: esistono svariate situazioni standard nelle quali il protagonista viene "inserito", che permettono al regista e al gruppo di valutare il profilo di potenziale d'azione dell'individuo;
- 4) psicodramma didattico e gioco di ruolo: io ausiliari, infermieri, psichiatri, psicologi e assistenti sociali assumono il ruolo del paziente in una situazione che può verificarsi nella vita di tutti i giorni; si esperiscono in questo caso entrambi i ruoli; un'altra applicazione didattica consiste nel far assistere i membri dello staff ad una vera sessione di psicodramma con i pazienti; ognuno interpreta dunque il suo ruolo, ma successivamente lo invertirà con l'altro "diverso da lui" per accrescere la sua conoscenza ad esempio di quelle che sono le sofferenze del paziente o al contrario di quali siano le responsabilità dello staff.
- 5) Psicodramma familiare e terapia familiare: i vari membri di una stessa famiglia vengono considerati come un insieme e non singolarmente, allo scopo di ottenere un significativo cambiamento; nell'utilizzo di questo tipo di approccio possono essere impiegate tecniche quali l'inversione dei ruoli, il doppio, essere l'io ausiliario dei un altro membro della famiglia.

CAPITOLO V

L'Ipnodramma

5.1 J.L. Moreno e M.H.Erickson, tra ipnosi e drammatizzazione

Nell'introduzione al "Manuale di psicodramma" di Jacob Levi Moreno, redatta da Ottavio Rosati, quest'ultimo scrive a proposito di Milton Erickson che egli "propone spesso al paziente di fare qualcosa pensando che il cambiamento di stato arriverà tramite il cambiamento di azione. In questo è possibile scorgere un'analogia col pragmatismo di Moreno e la sua concezione di regia terapeutica. Solo che per Moreno spetta al palcoscenico e al gioco psicodrammatico stabilire la dimensione alterata di coscienza che Erickson ottiene con l'induzione ipnotica. La dimensione attiva è comunque evidente, a partire dai primi casi (...) dove Erickson realizza l'acting-out sotto ipnosi di fantasie sessuali o di gravidanza isterica, fino alla sua celebre invenzione delle tecniche di pantomima per indurre la *trance*: tecniche extra-verbali, analogiche, dunque basate sull'*acting*, sulla recitazione."

Certo, una concezione dello psicodramma come terapia *naturaliter* ipnotica può trovare più conferme nel confronto clinico delle due tecniche che in dichiarazioni programmatiche di Moreno e Milton Erickson, i quali furono troppo assorbiti dalla loro opera per poter conoscere l'uno il lavoro dell'altro.

Va innanzitutto detto che la concezione dello psicodramma come 'ipno-teatro' *tout court* deve fare i conti, tra l'altro, con il punto di vista di Moreno che, da una parte, mira a restringere il campo dell'ipnosi e, dall'altra, ad allargare quello dello psicodramma. Egli infatti formulò lo speciale termine di 'ipnodramma' per definire la sessione in cui il protagonista agisce in stato di trance, di trance medio/profondo cioè la sola che secondo Moreno connoterebbe una situazione come ipnotica. D'altra parte è sua convinzione che il soggetto, svegliandosi dalla trance, interpreti il ruolo, talvolta in lui latente, che l'ipnotista gli ha suggerito di assumere al suo risveglio. E' insomma evidente che questa è ancora la tradizionale concezione direttiva, se non addirittura autoritaria, dell'ipnosi che Milton Erickson respinse sempre come riduttiva e limitante. In effetti solo nell'ottica ericksoniana diventa possibile pensare allo psicodramma come a un giuoco ipnotico. Questa ottica infatti ridimensiona l'importanza della trance classicamente

intesa e tradizionalmente indotta, e insegna a riconoscere quelle variazioni di coscienza più sottili e sfumate che danno comunque la possibilità di accesso all'emisfero destro, non dominante, attraverso il gioco, la metafora, la suggestione indiretta. Fatta questa premessa, l'invito di Moreno a un'integrazione consapevole e sistematica dei principi psicodrammatici nell'ipnoterapia può essere raccolto per lo meno in tre direzioni. Innanzitutto lavorando nel modo da lui proposto; in secondo luogo riflettendo su come di fatto questa integrazione abbia già avuto luogo anche se in modo più sporadico che sistematico; in terzo luogo rovesciando i termini dell'invito a un incontro tra psicodramma e ipnosi, integrando cioè i principi della nuova ipnoterapia nello psicodramma. Il caso, per certi aspetti mitico, di Barbara, l'attrice di aspetto angelico e carattere infernale, a partire dal quale il *Living Newspaper* attinato da Moreno si trasformò in psicodramma, può essere reinterpretato spiegandolo, oltre che con la catarsi, con la prescrizione paradossale. Quando Moreno chiese a Barbara di passare dai ruoli di eroina romantica a quelli di donna brutale e aggressiva le prescrisse la sua stessa aggressività, quella che in privato riservava al marito. Le prescrizioni paradossali, da Erickson fino alla scuola di Milano di Mara Selvini Palazzoli, consistono nell'ordinare al paziente il suo abituale comportamento sintomatico ma con un particolare in più. Nel caso di Barbara questo particolare in più fu il palcoscenico che, spostando le scenate da casa a teatro, le trasformava in scene.

A prescindere dall'induzione di trance, Erickson usa spesso la tecnica di suggerire ai pazienti di agire in qualche modo, sulla base dell'ipotesi che il cambiamento di stato possa realizzarsi attraverso il cambiamento di azione. Su questo punto, come già accennato, si può riconoscere una vicinanza col pragmatismo di Moreno e la sua concezione di regia terapeutica. Ma secondo Moreno sono il palcoscenico e il gioco psicodrammatico a porre le basi per lo stabilirsi della condizione modificata di coscienza che Erickson ottiene con l'induzione ipnotica. La dimensione attiva è comunque evidente, a partire dai primi casi (in collaborazione con lo psicoanalista Kubie) dove Erickson realizza l'acting-out sotto ipnosi di fantasie sessuali o di gravidanza isterica, fino alla sua nota teorizzazione delle tecniche di pantomima per indurre la trance: tecniche extra-verbali, analogiche, dunque basate sull'acting, sulla recitazione.

Estremamente teatrale (Erickson stesso lo definisce 'farsesco') è il caso del vecchio falegname che per un'irriducibile paralisi al braccio rischiava di perdere il diritto alla pensione. Per lui Erickson inventò (o forse riscoprì)

una tecnica vagamente settecentesca da malato immaginario recitando con un collega che gli faceva da spalla una falsa diagnosi di 'sindrome da inerzia'. Qui Erickson, finto psichiatra, è davvero autore, regista e attore di una messa in scena terapeutica. Ma più ancora che in questo caso, dove a recitare è il terapeuta e non il paziente, il ricorso a un role playing in linea con la tecnica di Moreno è evidente nel celebre caso di Harvey 'the sad sack'. Per dare a un ragazzo gravemente depresso e sul punto di suicidarsi, la fiducia in se stesso e la capacità di farsi valere, Erickson fece ricorso durante l'induzione alla tecnica del doppio. Harvey, dopo aver letto la frase: "Oggi è una bella giornata" scritta in bella calligrafia da un suo doppio, al comando di Erickson riuscì a scriverla altrettanto bene, per la prima volta in vita sua. Ne ricavò un'autostima e una gioia di vivere che in seguito avrebbero modificato sostanzialmente il suo comportamento nella vita di tutti i giorni.

Il lavoro di Erickson che più ha un carattere psicodrammatico per il ricorso alla distorsione temporale, al role-playing, e alla *surplus reality* è il suo ultimo caso. L'uomo di Febbraio. Il passato infelice della paziente venne ristrutturato interpolando nuove scene nella sua traccia inconscia. Si tratta del corrispettivo psichico di un intervento di chirurgia plastica perfettamente riuscito. L'operazione avvenne in trance attraverso uno scambio di battute non tra paziente e terapeuta ma tra due dramatis personae: l'Io della paziente da bambina e il personaggio di amico di famiglia, ideato e interpretato da Erickson stesso: l'uomo di febbraio. Il caso ha una grande importanza non solo nella storia dell'ipnoterapia ma per tutta la psichiatria dinamica. La strategia di Erickson può anche essere considerata come la soluzione dei complessi problemi posti da quella 'analisi attiva' che per tutta la vita rappresentò la chimera e la croce di Sandor Ferenczi. Con il caso dell'Uomo di febbraio Erickson dà una soluzione al tentativo di Ferenczi di spostare verso l'efficacia terapeutica e riparativa le ambizioni prevalentemente conoscitive della psicoanalisi freudiana, e realizza un vero e proprio psicodramma a deux.

5.2 Nascita e definizione dell'Ipnodramma

Moreno sviluppò l'*ipnodramma* nel 1940 e poi lo organizzò quale metodica di terapia con James Enneis, uno degli allievi a lui più vicini. L'ipnodramma combina il potere dello psicodramma con le specifiche capacità dell'ipnosi di sollecitare la sensibilità più fine e recondita del paziente, accompagnandolo verso l'accesso a materiale traumatico e rimosso. In quegli anni, immediatamente dopo il secondo conflitto mondiale, Enneis stava lavorando

con i soldati affetti da trauma di guerra. A quell'epoca gli psichiatri militari tentavano di far "rivivere" ai soggetti le loro esperienze di guerra traumatiche nel tentativo di neutralizzarne la carica conflittuale e dunque lo shock che, originariamente, era conseguito a quelle. Per ottenere questo venivano adoperati farmaci e droghe ipnotiche. Moreno ed Enneis collaborarono in questa impresa utilizzando le tecniche ipnodrammatiche e trascrivendo i loro iniziali risultati nel 1950 (Moreno & Enneis, 1950). Moreno stesso scriveva: "*Hypnodrama is a synthesis of psychodrama and hypnosis*". Anticipando una visione moderna dell'ipnosi, egli vedeva nella tecnica dell' ipnodramma la possibilità di superare il classico autoritarismo proprio dello stile pratico dell'ipnosi di quei tempi, basato sull'ordine e sul comando.

La questione dell'ipnosi, vista nella sua accezione storica di "manipolazione" della coscienza del soggetto, è del resto un pregiudizio che l'ipnositerapia si è caricata sulle spalle da sempre con difficoltà e coraggio, ma anche ambiguità. Solo grandi personaggi, schivi alla retorica che vuole alcune terapie "ortodosse" ed altre meno -un fatto estremamente contraddittorio, se si pensa a quanto lo stesso studio psicomodinamico della nostra mente dimostri fallace la pretesa di una "verità"-, hanno avuto la serenità di non tener conto di questi preconcetti, pur con i dovuti distinguo tra teoria e tecnica e tra una procedura e l'altra.

Ma come concepisce Moreno questa nuova tecnica terapeutica e quali i caratteri distintivi dallo psicodramma classico da egli precedentemente già formulato? Viene assunto che l'intera operazione ipnotica abbia un nucleo psicodrammatico fondamentale intorno a cui essa ruota in tutti i suoi aspetti.: a) nel ruolo dello stesso ipnotista che diviene il regista psicodrammatico, assistito dallo staff o io ausiliari, come nello psicodramma; b) nei passi che portano al sonno ipnotico; e c) durante la trance ipnotica del soggetto, la suggestione verbale dell'ipnotista è sostituita dalla produzione psicodrammatica. Il paziente, durante la trance è trattato come un soggetto nella sessione di uno psicodramma, è cambiato nell'attore psicodrammatico, costituendo il protagonista che, in cooperazione all'ipnotista/regista e gli "ego ausiliari" esternalizza la struttura interna del suo lavoro mentale. Rispetto al setting ipnotico classico, qui il soggetto può esprimere la propria esperienza, non solo utilizzando il canale verbale, ma anche quello motorio e questo accentua la valenza catartica dell'intero processo.

Enneis era convinto che l'ipnosi potesse facilitare per il paziente una più rapida accettazione dell'ausiliario nel ruolo ed una più rapida e meno temuta integrazione all'interno della coscienza del materiale rimosso presentato sotto

ipnosi. Egli inoltre osservò che la memoria dei comportamenti che avevano luogo nella sessione dell'ipnodramma era maggiore che non nel solo psicodramma, per cui giunse a stabilire che l'ipnosi permetteva nello psicodramma una maggiore caduta delle inibizioni e la possibilità di raggiungere più intesi stati di spontaneità espressiva. Recenti autori che si sono dedicati allo studio dell'argomento sono giunti alla conclusione, anche da me verificata, che anche nel setting psicodrammatico, come in quello ipnotico, il soggetto si trovi spesso in trance. Ad esempio Adam ed Allee Blatner (1988) affermano che "*La rappresentazione psicodrammatica genera spesso uno moderato e dolce livello di catalessi nel protagonista e negli altri partecipanti*" (p. 121).

La psicodrammatista Eva Leveton (1992) che si è specificamente interessata dell'ipnodrama moreniano, in alcuni suoi saggi pone un utile raffronto tra la tecnica ipnotica e quella psicodrammatica. L'autrice afferma che in entrambe sia presente una forma "paradossale" di comunicazione, che, mentre vincola il soggetto, gli permette al contempo di esprimersi liberamente: "*L'ipnotista che dice 'Puoi persino non ascoltare la mia voce', dirige un messaggio alla mente inconscia del soggetto. Questi, libero di non ascoltare, ma in realtà ascolta ogni parola. Lo psicodramma fornisce un cast di personaggi che spesso forniscono una versione enfaticizzata delle difficoltà e delle frustrazioni del protagonista. Ma sia il direttore che il cast dei personaggi sono lì per aiutare il protagonista. Entrambi, ipnotista e psicodrammatista, si assumono l'intera responsabilità di quella sessione. Ma proprio nel paradosso nascono la spontaneità e la creatività. Contemporaneamente, entrambi spesso danno al protagonista la sensazione di essere totalmente caricato della responsabilità per la prima volta. Sia ipnotizzatore che lo psicodrammatista offrono un'esperienza che per definizione è straordinaria e che possiede qualcosa di un rituale di "realtà elevata" Contrariamente alle psicoterapie individuali e di gruppo che si basano prevalentemente sullo scambio di informazioni verbali, lo psicodramma e l'ipnosi forniscono un'arena dove il soggetto può immettere un mondo diverso, il mondo del passato, del futuro, di intensità elevata. Entrambi fanno spesso uso della 'storia' per incorniciare il dilemma del soggetto ... Non diversamente dai rituali non sciamanici come la ruota della medicina -wheel medicine- o le pitture con la sabbia, lo psicodramma e l'ipnosi pongono il soggetto proprio al centro del suo dilemma e gli forniscono gli strumenti per esplorare allo stesso tempo ciò che è non-familiare e tradizionale, restituendolo ad una dignità senza tempo..."*

5.3 Funzione dell'Ipnodramma

E' parte fondamentale dell'essere umano un bisogno profondo di raccontare ed ascoltare storie. E' l'atto della cultura che celebra la sua potenza nel dialogo sempre rinnovato tra il gruppo e l'individuo e viceversa. Costituisce parte fondante di quella attività "ludica" che originariamente ha permesso al pensiero di separarsi dagli oggetti e alle azioni di prendere le mosse dalle idee invece che dalla visione. E il raccontare ed ascoltare fiabe ripercorre, con tutta la sua forza creatrice, la storia di questa importante acquisizione: la possibilità di poter rappresentare. Possiamo infatti affermare che l'intera vita che si offre all'individuo, sin dall'inizio, costituisce lo sforzo costante di apprendere ad ascoltare le storie che diverranno, selezionate lungo la strada, la personale trama offerta all'ascolto dell'altro, ai suoi occhi prima di tutto e poi, gradualmente alla capacità acquisita di immaginare anche solo all'ascolto (persino la notizia in questo senso). In questa attività noi condividiamo esperimenti costanti, creiamo comunità ed ideologie. La più semplice conversazione è piena di aneddoti personali; ogni sforzo di spiegare una storia condivide in metafora necessità e valori; ogni elemento di una cosa "sapiante" è espresso in fondo meglio da una storia. Le infinite modalità in cui le nostre menti pensano sono l'essenza di quella storia. Ed allora, nella trama dell'ipnodramma che sviluppa una particolare metafora, essa lavora inducendo un positiva "regressione al servizio dell'Io", come direbbero Gill & Brenman, proprio perché costituisce l'area ludica dell'illusione (*in lusum*, essere in gioco). Il processo consiste in un "recupero" profondo nella vita remota del soggetto, amplificato dal particolare stato di coscienza in cui si trovano gli attori, in aree dove è superata la censura realizzatasi attraverso le rigide difese dell'Io. Lo psicodramma, così proiettato e rappresentato fuori dal nostro psichismo, procede allora nella costante dialettica tra Ipnos ed i suoi tre figli: Morfeo che dà struttura alle figure dei sogni; Ikelos, che porta alla luce smascherata degli incubi i nostri mostri e Fantasos che invia al soggetto "le sue creazioni:scene, luoghi, situazioni, paesaggi o case. Costruisce in sostanza lo scenario del sogno, ...resta dietro le quinte, non appare ma mostra, non agisce ma rappresenta" (Riolo F., 1980). Questo comporta che il soggetto venga indirettamente messo a confronto con la propria vicenda storica in una continua oscillazione tra campo immaginario e

campo reale, costantemente provocato ed attratto da quella fessura che tra i due si crea, come campo transizionale e dunque ponte tra le scene mentali e quelle della vita. L'equilibrio psicosomatico dell'individuo è ora costantemente provocato, percorso da idee ed emozioni destoricizzate secondo la consueta logica formale, nel tentativo di conciliare quanto emerge di "asimmetrico": la persona è ora indotta ad osservare la propria storia o un definito evento, a superare le resistenze inconse e, quindi, le reazioni emotive come lo stupirsi, il meravigliarsi, il commuoversi nella partecipazione alla trama frantumano i pregiudizi verso la ricostruzione di una possibile nuova storia.

Franco Granone così si riferisce al metodo ipnodrammatico: "*Questo metodo si segue ogniqualvolta si vuole ottenere catarsi, facendo rivivere al soggetto episodi trascorsi, intensamente emozionanti per lui. Si riporta il paziente con la memoria al tempo in cui si è prodotto il fatto lesivo con la conseguente insorgenza dei sintomi nevrotici e, preparatogli lo scenario, lo si lascia libero di dare sfogo alle sue emozioni represses e di... recitare ad occhi aperti quanto egli stesso desidera, o che l'operatore opportunamente suggerisce. Tale metodo permette al soggetto di esteriorizzare nell'azione i suoi conflitti e di integrarli entro determinati limiti (Chertok, Moreno e altri).*" (Granone 1989 p132) In realtà quello che viene corretto non è il nostro passato, ma l'esperienza emotiva archiviata in esso e congelata, come la assurda staticità del sintomo più che visibile, *sottile filo rosso* -direbbe Langs- che riconduce al vissuto traumatico; o piuttosto a quanto di esso è dato oggi "significativamente" dal nostro presente. In un *sistema fuori coscienza* (Heller, 1982), catene associative si liberano per nuovi legami e schemi d'interazione, innescando un processo di creativa ristrutturazione inconscia.

CAPITOLO VI

Ipnosi e drammatizzazione immaginale

Inserire questo capitolo in coda al presente lavoro ha lo scopo di condividere un tentativo personale di applicazione della teoria e della tecnica

dell'ipnodramma ad un modello terapeutico con il quale lavoro già da qualche tempo in studio privato e sul quale mi sono precedentemente formato, vale a dire la *drammatizzazione immaginale* in setting duale. I coniugi Blatner (1988), come già accennato più sopra, osservano che "*La rappresentazione psicodrammatica genera spesso uno moderato e dolce livello di catalessi nel protagonista e negli altri partecipanti*" (p. 121). In effetti, soprattutto dopo aver iniziato a frequentare il corso base di ipnosi clinica, non ho potuto non condividere tale osservazione sulla base della mia esperienza professionale, sia in contesti gruppalì che duali. Così mi è venuta voglia di approfondire tale fenomeno provando, come esporrò di seguito, a mettere a frutto quanto appreso nelle lezioni e nelle esercitazioni alla Scuola Granone.

6.1 Tecnica dello psicodramma in setting duale e drammatizzazione immaginale

Una tematica a lungo ricorso nel dibattito attorno alla teoria e alla tecnica psicoterapeutica di orientamento dinamico è l'atteggiamento del terapeuta nei confronti del proprio oggetto d'intervento. Sembra essersi affermata sempre più la consapevolezza di non poter affrontare la mente di un paziente come mero oggetto da conoscere. Già Jung aveva messo profondamente in discussione la visione oggettivante di Freud, rilevando che la relazione analitica si basa su "un rapporto tra due soggetti interagenti che si offre alla relazione di uno e dell'altro" (cfr. M. Trevi e M. Innamorati, 2000). In questa prospettiva, la seduta si costituisce come spazio intersoggettivo e l'oggetto dell'analisi smette di essere esclusivamente l'interpretazione del passato e la sua riattualizzazione nella relazione, quanto la costruzione di un dialogo tra immagini, vissuti e scenari interni al paziente come al terapeuta. Lo psicodramma, pur nella varietà delle sue declinazioni tecniche e teoriche, si pone di massima quale ampliamento e specificazione di tale prospettiva. Il gioco drammatico "attivando sia il registro delle percezioni dei sensi che quello del corpo, sviluppa l'incisività delle intuizioni conoscitive. Esse, successivamente al loro accesso alla coscienza, possono diventare strumenti di conoscenza della realtà interna ed esterna e tradursi in progetti trasformativi sperimentabili in altri contesti di vita. Solo sostenendo un dialogo continuo e fluido con l'inconscio e la dimensione immaginale dei ruoli che esso ci pone, possiamo acquisire la capacità e la libertà di sviluppare le funzioni rimaste in arretrato e integrare le istanze personali differenti in configurazioni originali, muovendoci in uno spazio ambiguo ed

“equivoco”, il mondo dei simboli, al di là dell’asservimento a insegnamenti certi e/o modelli “forti” (Druetta, 1992).

Nell’ambito delle tecniche di psicodramma in setting duale si evidenziano tra gli altri tre approcci significativi: quello dello *psicodramma bi-personale* sviluppato da Bustos, lo *psicodramma interno*, sviluppato da Fonseca e quello *immaginale* concettualizzato da Giulio Gasca, quest’ultimo costituisce di fatto il mio riferimento principale.

In linea con l’approccio moreniano, Bustos (cfr. Bustos, 1979) si avvale delle tecniche psicodrammatiche sia come forma di riscaldamento sia per rappresentare il conflitto del paziente. Tutti i personaggi della scena sono interpretati dal paziente e solo occasionalmente il terapeuta fa il doppio o una parte di Io ausiliario. Secondo Bustos, quest’approccio è specificamente adatto per soggetti a nucleo psicotico e più in generale con patologie relazionali di tipo diadico. Il coinvolgimento del terapeuta nella scena del paziente deve essere limitata nel tempo, proprio perché egli deve essere il garante del punto di vista dell’osservatore esterno e deve de-triangolarsi rispetto agli aspetti transferali insiti al contenuto della rappresentazione. Nello psicodramma *bi-personale*, possono essere utilizzati *oggetti mediatori* come le sedie vuote, i burattini, il disegno. Questi *media* assumono la stessa funzione dei giocattoli nelle terapie analitiche dei bambini.

L’uso di mediatori è necessario in particolare nel trattamento di bambini, adolescenti, pazienti psicotici o con disturbi post traumatici da stress, perché consentono una messa in scena a distanza della relazione problematica. In particolare, lo psicodramma bi-personale si è dimostrato utile nelle situazioni in cui la relazione psicoterapeutica tende a essere assimilata a certe relazioni di assoggettamento come quella tra vittima e aggressore. Il mediatore in tal caso funge da terzo che consente un decentramento rispetto al vincolo psicopatologico.

Nello *psicodramma interno* di Fonseca (Fonseca, 2004) e Silva Dias (Silva Dias, 1996) è assente un vero e proprio gioco corporeo, ma gli scambi di ruolo avvengono verbalmente. Il terapeuta verbalizza l’ingresso nel ruolo di un personaggio della scena e all’interno del ruolo ne amplifica aspetti di contenuto o emozioni. Diversamente dallo psicodramma bi-personale, nello psicodramma interno, così come quello immaginale di Gasca (Gasca, 1998), il corpo perde la sua priorità nella messa in scena e lo spazio scenico diventa l’immagine interna. Partendo da un concetto di psicodramma relazionale, Fonseca considera il ruolo del terapeuta come un elemento che si gioca nello scenario dell’Io e del Tu. Il paziente seduto o sdraiato tiene gli occhi

chiusi e cerca di prendere coscienza delle sensazioni corporee. Il terapeuta si muove come figura sullo sfondo che stimola l'attenzione del paziente su se stesso e sulle proprie visualizzazioni interne. Il processo psicoterapeutico è così identificato con il fluire spontaneo delle immagini, piuttosto che nella risoluzione di conflitti. Il contatto è solamente verbale e l'orientamento verso i personaggi mira a scoprire il desiderio del protagonista e dei personaggi, evitando razionalizzazioni difensive.

La *drammatizzazione immaginale* (Gasca 1998) è una particolare applicazione, in contesto duale, del gioco psicodrammatico, così come viene concepito nell'alveo dello *psicodramma analitico individuativo (PAI)*. Quest'ultimo (cfr. Gasca, 2003) trova nella metapsicologia junghiana il proprio fondamento e si connota come una terapia *attraverso* il gruppo che opera mediante il raffronto metodico tra il *qui ed ora* e il *là ed allora* dei partecipanti.

La struttura di una sessione di psicodramma analitico individuativo ha normalmente inizio, senza una fase di riscaldamento corporeo, dalle interazioni dei membri del gruppo che portano ad una prima drammatizzazione. Le sequenze di scene (3-5 per protagonista) sono giocate con più protagonisti in successione e vi è un alternarsi tra giochi drammatici e vissuti degli attori. I principi terapeutici ispiratori di questa metodologia si rifanno, oltre che al pensiero di Jung, alla teoria dei ruoli-progetto e constano essenzialmente nella presa di coscienza (reazionale e affettivo-intuitiva) della relazione tra modi di essere attuali in gruppo, radici storiche personali e dinamica di ruoli interni, il tutto finalizzato al "porsi come *soggetto* rispetto alla propria *storia di vita interiore*" (cfr. Gasca, 2003). In questa prospettiva, l'interpretazione non data dal terapeuta, ma dalla stessa scena (o sequenza di scene), il che rimanda ad una molteplicità di codici, possibili, ponendoli talvolta in collegamento, talaltra a confronto, o in antitesi, spingendo ad elaborarli ed integrarli.

Sulla teoria dei ruoli-progetto si fonda la metodologia dello PAI, intendendo per *metodologia* "un modo di procedere in cui la prassi posta in atto, dal modello generale di setting alle tecniche particolari applicate nei singoli casi, sia guidata da una teoria di riferimento sviluppata a partire dalle tecniche stesse e a esse funzionale, che comprenda una meta psicologia e presupposti di base su cui si fondino il senso e gli obiettivi delle tecniche applicate" (Gasca, 2003). Vale dunque la pena soffermarsi per un attimo sul concetto di *ruolo-progetto*, il quale si differenzia, per complessità e implicazioni, sia dall'accezione sociologica del termine sia da quella

moreniana, in cui il ruolo s'intende come un modo di rapportarsi a certi concetti e situazioni ed è il precipitato di altri ruoli esperiti. Il ruolo-progetto è una funzione che integra, organizza ed articola l'insieme di possibilità attraverso cui un individuo si rapporta ad una determinata classe di contesti e di situazioni. In relazione al mondo esterno i ruoli strutturano il modo in cui ciascuno interpreta ciò che percepisce e come interagisce con esso. Rispetto al mondo interno i ruoli sviluppati da ciascuno nel corso di precedenti interazioni con altre persone e in lui stesso presenti come modelli comprensibili dell'agire proprio e altrui organizzato, dando loro un senso, impulsi, tracce mnestiche, immagini, rappresentazioni, cosicché esse possano interagire tra loro e presentarsi alla coscienza, come ad esempio avviene nei sogni, attraverso un vero e proprio teatro interiore (cfr. Gasca, 1992). Per dirla con Jung, il sogno è infatti come un "teatro in cui chi sogna è scena, attore, suggeritore, regista, autore, pubblico e critico insieme" nel quale le "figure del sogno sono tratti personificati della personalità di chi sogna" (Jung, 1976). Muovendo da tale ottica, ripresa poi da Hillman (Hillman, 1984), nella concezione junghiana non solo il sogno, ma anche le fantasie interiori, di tutto ciò che si muove nell'inconscio possono essere compresi dal di dentro attraverso una logica teatrale "se lo spettatore capisce che è il suo stesso dramma che si sta rappresentando sul palcoscenico interiore non può restare indifferente alla trama o al suo scioglimento, si accorgerà via via che gli attori si succedono, e che l'intreccio si complica che ...è l'inconscio che si rivolge a lui e fa sì che queste immagini di fantasia gli appaiono davanti. Si sente perciò costretto, o è incoraggiato dal suo analista, a prendere parte alla recita". Se ne può derivare che i ruoli costituiscono dei veri e propri mediatori sia tra il mondo interiore e quello esterno sia tra i molteplici aspetti e livelli di struttura ed integrazione presenti in ciascuno dei due mondi.

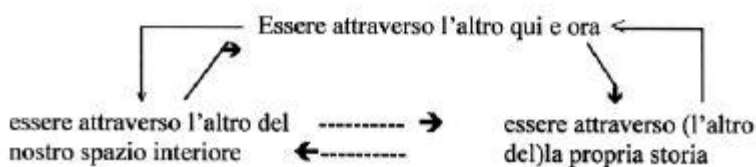
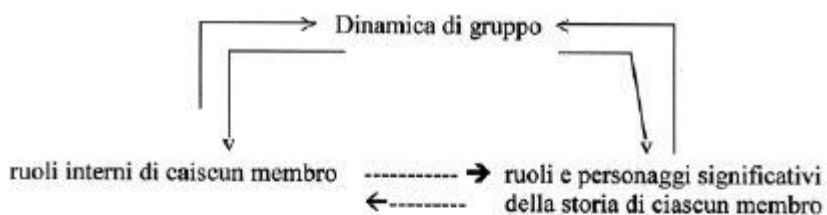
Per visualizzare schematicamente la prospettiva peculiare della teoria dei ruoli dello psicodramma analitico individuativo circa la dinamica di gruppo (psicodrammatica o meno) ci si può servire del modello di un triangolo, ciascun vertice del quale è unito agli altri due da una coppia di frecce dirette l'una in senso opposto all'altra (cfr. Gasca 1998). Il vertice superiore di tale triangolo rappresenta la struttura attuale del gruppo, intesa come l'insieme di ruoli che ciascun componente assume e di quelli che attribuisce ad altri. Il vertice inferiore destro rappresenta invece il complesso di ruoli che ciascun membro del gruppo ha in passato assunto o visto assumere da persone per lui significative, nei gruppi di cui ha fatto parte (il primo e più importante di

questi è la famiglia di origine). Infine, il vertice inferiore sinistro rappresenta la costellazione dei ruoli interni. Essi corrispondono per certi aspetti alle funzioni (anima; ombra; persona e così via) e in altri casi ai complessi autonomi della psicologia junghiana, mentre per altro verso hanno molti punti in comune col concetto di gruppaltà interna sviluppato dalla gruppoanalisi. Le frecce a doppio senso che collegano i tre vertici alludono al fatto che mentre i ruoli assunti o attribuiti qui e ora in gruppo sono attualizzazioni di modelli costituitisi in passato e al tempo stesso espressione e proiezione di propri ruoli interni, il gioco di ruoli nel gruppo presente evoca ricordi di episodi con struttura simile e attiva nell'inconscio dei membri del gruppo i ruoli interni in risonanza con la dinamica del gruppo stesso. Attraverso un processo di *assimilazione proiettiva*, tali ruoli interni si sono formati sulla base delle immagini di *Altri Significativi* incontrati nel corso della propria storia, e al contempo tali Altri hanno potuto venir compresi, proiettando su di essi l'uno o l'altro dei propri ruoli interni. Anche per rappresentare anche le dinamiche tranferali di un gruppo è possibile servirsi di un modello omologo a quello sopra descritto.

In questa variante il vertice inferiore destro rappresenterà la componente delle dinamiche tranferali legate al manifestarsi nella situazione terapeutica della influenza della storia passata del paziente attraverso l'assimilazione proiettiva dei terapeuti o di altri membri del gruppo a persone significative del proprio passato: tale modello di transfert corrisponde a quello prevalente nelle prime teorizzazioni freudiane. Il vertice inferiore sinistro rappresenterà allora l'assimilazione proiettiva dei terapeuti e degli altri membri del gruppo a parti o funzioni del paziente stesso, cui corrispondono da parte degli interessati controproiezioni complementari: tale modello di transfert e controtransfert corrisponde a quello prevalente nella tradizione junghiana. Infine, il vertice superiore rappresenta il porsi in relazione tra loro dei membri del gruppo per ciò che ciascuno di loro realmente e attualmente è. Ciò corrisponde al *tele* definito da Moreno (1946-1953) come quel processo con cui ciascun membro del gruppo valuta e stima intuitivamente che tipo di uomo sia l'altro che non nasce da fantasie inconscie nevrotiche o meno, ma da un complesso di sentimenti evocati dai reali attributi di una persona, nonché da ciò che essa effettivamente incarna e rappresenta. Tale dimensione autentica del rapporto può, d'altro lato, venir considerata anche nell'ottica Binswangeriana (cfr. Binswanger L., (1935) Sulla psicoterapia, in *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1970) dell' *essere-per-l'altro* ed *essere-con-l'altro* o in quella di May (May R. (1969) *Existential*

Psychology, Random House, New York, 1969) dove l'elemento essenziale della psicoterapia è l'incontro a livello di persone reali del quale il transfert rappresenterebbe una distorsione. Schemi di dinamica di gruppo, proiezioni transferali e modi di essere attraverso la relazione con l'altro come evidenziati dalla pratica dello psicodramma.

E' importante comprendere che, nel modello teorico ed operativo dello psicodramma, questi tre circuiti non si danno l'uno ad esclusione dell'altro, né si alternano o competono tra loro, ma sono costantemente presenti in un rapporto dialettico ciascuno manifestandosi o prendendo forma attraverso l'altro. "Così ad esempio noi conosciamo e comprendiamo gli altri attraverso le nostre parti interne similari e grazie a certe nostre esperienze passate che d'altra parte hanno assunto e assumono nell'orizzonte del mondo presente un certo senso, forma e struttura solo in quanto elementi di una costellazione di relazioni con altri. *Ora questo modello di relazione transferale, nato da un lavoro di gruppo, è perfettamente applicabile all'analisi di transfert e controtransfert in una situazione duale*" (Gasca, 1998; il corsivo è mio).



Schema di dinamica di gruppo, proiezioni transferali e modi di essere attraverso la relazione con l'altro come evidenziati dalla pratica dello psicodramma. I tre circuiti possono considerarsi sovrapposti come tre diversi aspetti di una stessa dinamica (Gasca 1998).

Infatti, in un setting duale terapeuta e paziente si rapportano mediante le loro caratteristiche personali e, soprattutto, attraverso le aspettative che ciascuno ha sul processo analitico. Inoltre, ciascuno porta nella relazione analitica la sua costellazione di ruoli interni, e, nello specifico, quelli che saranno attivati dall'interazione con la costellazione dell'altro. Infine ciascuno sarà, nell'assumere il ruolo di paziente o di terapeuta, influenzato più o meno scientemente dalla somma di ruoli assunti e visti assumere da altri negli incontri significativi della sua storia passata. E ciascuno di questi tre momenti rifletterà in se gli altri due e ne sarà riflesso. Se nell'ottica psicodrammatica l'inconscio, così come il sogno nel modello junghiano, viene considerato come un dramma di ruoli interni, nel quale ciascuno di essi e tutti nel loro insieme traggono il proprio senso dal dramma interiore stesso, anche la psicoterapia individuale può venir riportata ad un'interazione di ruoli-progetto. Quindi applicando il modello del triangolo qui sopra esposto alla relazione transferale duale, il vertice della situazione attuale (l'analista come *care taker* competente e pure dotato di caratteristiche variabili individuali), il vertice delle situazioni passate (adulti da cui il paziente bambino dipendeva fisicamente e cognitivamente) e il vertice delle funzioni interne del paziente (terapeuta interno, Io ideale, *Selbst* proiettate sull'analista) saranno sovrapposte. "Così a seconda dei casi l'analista si vedrà investito di un ruolo le cui connotazioni varieranno tra padre, madre, maestro, tecnico al servizio della scienza e della ragione, vecchio saggio, guaritore, oracolo, ma anche Trickster, o autorità da abbattere o divoratore di cervelli, mentre il paziente si sentirà nei ruoli complementari" (ibid. 1998). In questa prospettiva diviene fondamentale l'importanza, per il terapeuta che abbia scopi ed impostazione analitica, di essere cosciente e distinguersi dai ruoli che di volta in volta assume e, attraverso di essi, rendersi conto dei ruoli di volta in volta assunti da questi e/o proiettati da questi su di lui, così da non identificarsi in un unico ruolo, ma, passando dall'uno all'altro, poterli rimandare al paziente come possibilità che il paziente stesso ha in sé e può assumersi come proprie: padre o madre di se stesso, cioè funzione normativa mutuo-autonoma (e non più eteronoma) e funzione affettiva accogliente; funzione conoscitiva-analitica, funzione di Puer (spirito critico trasformativo e creativo)

e così via, fino alla funzione che è precipuamente analitica: quella di Soggetto. Vale a dire la capacità di non fare tutt'uno con la vicenda, il qui ed ora, il ruolo assunto di volta in volta, ma di porsi riflessivamente rispetto ad esso per coglierne il senso in relazione al contesto attuale, alla propria storia personale, alla complessità del mondo interno ed ai possibili progetti futuri. Tale funzione, che è quella che in particolare è sviluppata dallo psicodramma analitico individuativo e che il conduttore interpreta soprattutto nel doppiaggio, è essenziale nell'analisi del controtransfert e, attraverso di esso, del transfert, ma mediante l'esperienza analitica deve essere progressivamente mostrato al paziente come farla propria.

Ancora qualche nota inerente alle tecniche specifiche della drammatizzazione immaginale. L'assenza di un gruppo o di personaggi ausiliari non costituisce un impedimento assoluto ad usare, anche in un contesto duale, il gioco drammatico. A differenza della tecnica di Bustos (vedi sopra), secondo Gasca è sufficiente, come nell'immaginazione attiva Junghiana o nel *rêve éveillé* di Desoille (Desoille, 1974), "invitare il paziente a visualizzare dinnanzi a se un'immagine, immedesimandosi quindi in uno dei personaggi in essa presenti. Il terapeuta, stando accanto al paziente, sente da questo le descrizioni verbali di ciò che il paziente vede, pensa o prova nelle diverse parti e, come in una scena di psicodramma, può invitarlo a fare dei cambi di ruolo o doppiarlo. La tecnica può essere ottimamente inserita, anche occasionalmente, in una seduta condotta verbalmente e, per la tensione emotiva e/o la quantità di materiale nuovo che può produrre, è consigliabile consista nella visualizzazione di una sola scena, per non più di 10 minuti in una seduta di 50-60 minuti, il resto della quale sarà dedicata all'elaborazione delle nuove prospettive e connessioni emerse." Rispetto all'immaginazione attiva o al *rêve éveillé* la scena visualizzata con questa tecnica si caratterizza per non essere in genere prodotta al momento dalla fantasia del paziente, ma per essere la ricostruzione del ricordo di un evento reale o di un sogno. Le eventuali scene non provenienti dall'esperienza passata del paziente sono soggette alle stesse rigide regole che abbiamo riscontrato. Ciò che rende specifica la tecnica della drammatizzazione immaginale rispetto al *rêve éveillé* o alla fantasia attiva è la funzione centrale che assume il cambio di ruolo, con l'effettiva, a volte imprevedibile, assunzione di nuovi punti di vista.

L'ambito di applicazione sembra, sul piano terapeutico, poter essere tutta la fascia di disturbi nevrotici, mentre, almeno con le tecniche attualmente usate, si hanno delle riserve sul suo uso nella cura della schizofrenia e

soprattutto della personalità borderline per la difficoltà che hanno tali pazienti ad usare correttamente le funzioni immaginali.

6.2 Un esempio clinico

Lara è una giovane donna di ventisette anni che vedo settimanalmente in studio da circa un anno e mezzo. Si era rivolta a me in seguito all'insorgenza di una serie di problematiche che comprendevano disturbi del sonno, senso di insoddisfazione, difficoltà di concentrazione, progressivo isolamento sociale e sporadici attacchi d'ansia. Figlia unica, genitori separati, Lara era nata e cresciuta in una famiglia benestante residente in una grande città del Sud Italia. Dopo la laurea triennale, conseguita a pieni voti presso una facoltà umanistica del Settentrione, la giovane aveva deciso di fermarsi al nord, dove conviveva da circa un anno con il fidanzato, per continuare gli studi e cercare lavoro. Qualche tempo più tardi, la storia con il fidanzato era finita a causa di forti gelosie reciproche ed ingiustificate, da allora Lara aveva cambiato diversi domicili in condivisione con altre studentesse. Nel frattempo, si era iscritta ad un master biennale di specializzazione e, per circa due anni, la sua vita si era svolta all'insegna di una "apparente calma interiore a fronte di una evidente iperattività esteriore": cambiando in poco tempo un numero consistente di corsi di formazione, lavori, relazioni. Circa sei mesi prima che giungesse al mio studio, Lara aveva iniziato a lamentare i primi sintomi, accompagnati da una diffusa e persistente sensazione di disagio esistenziale.

Dopo alcune sedute di valutazione e conoscenza reciproca, decidemmo di iniziare un percorso psicoterapeutico finalizzato principalmente alla remissione sintomatologica. Dopo quasi un anno, la terapia aveva dato discreti risultati: gli attacchi d'ansia non si erano ripresentati, i disturbi del sonno erano andati scemando e lentamente Lara aveva ripreso ad avere una vita sociale attiva. Nonostante ciò, la paziente continuava a riportare una pervasiva sensazione di insoddisfazione e inconcludenza legata a diverse aree della sua vita, unitamente al pensiero ricorrente di non essere compresa da amici e parenti. Avevamo approfondito in seduta soprattutto temi e dinamiche inerenti alla storia familiare, rilevando come queste fossero complesse e di difficile elaborazione, eppure tanto ricorrenti, in maniera più o meno traslata, nella vita relazionale e perfino professionale della paziente. Mi colpiva come Lara raccontasse fatti anche molto dolorosi della sua vita, inerenti all'infanzia, al divorzio dei suoi genitori, a lutti ed abbandoni, denotando ottime capacità descrittive, ma scarsissima partecipazione

emotiva. Era come se narrasse episodi letti su di un libro e, perfino durante le drammatizzazioni immaginali, la paziente attivava spesso massicce difese intellettualizzanti, non riuscendo a “stare sulla scena”. Quando glielo feci notare, lei rispose che in effetti “non provava niente” rispetto agli eventi del suo passato, che erano “cose che potevano accadere a chiunque” e che preferiva concentrarsi sul presente e sul futuro, anche se ciò le risultava frustrante a causa della ricorrente sensazione di non riuscire a “realizzarsi”.

Così decisi di parlare a Lara della possibilità di utilizzare quelle che definii “tecniche di rilassamento profondo” per approfondire alcuni temi personali e contattarne gli aspetti emotivi. Ne parlammo per quasi tutta una seduta e, la seduta successiva, lei si disse molto interessata e decisa a provare.

Utilizzai dapprima il rilassamento frazionato, poi, rilevando una certa resistenza nella paziente, provai con il metodo di Kline con visualizzazioni quale tecnica induttiva, la quale si rivelò utile per ottenere un leggero stato ipnotico ed una maggiore concentrazione su immagini, connesse a ricordi, con le quali lavorare tramite drammatizzazione immaginale.

Qui di seguito riporterò la trascrizione parziale, a scopo esemplificativo, dell’elaborazione fatta su di un ricordo d’infanzia di Lara mediante il metodo sopra descritto. Si tratta della seconda induzione eseguita con la paziente ed ha avuto l’obiettivo condiviso di ripercorrere ed approfondire un episodio di cui mi aveva parlato circa un mese prima.

Dalla Seduta 37°

[...]

Lara: “ Sono nella mia casa al mare. E’ mattina e mi sono appena svegliata. Papà e mamma sono in cucina, li sento gridare, litigare fra di loro”.

Terapeuta: “Quanti anni hai, Lara?”

L.: “Sei”.

T.: “Sei anni. E sei da sola nella tua stanza?”

L.: (annuisce continuando a tenere gli occhi chiusi)

T.: (sospiro) Ho sei anni, mi sveglio sola nella mia stanza della casa al mare e papà e mamma litigano forte in cucina... come mi sento?”

L.: (lacrime scendono sul viso) “Sono triste ... Ho paura.

T.: “Ho paura...”

L.:”Ho paura perché gridano, si tirano delle cose ... Fanno tanto tanto rumore ... Ho paura che ... vadano via.”

T.:”Sì, ho paura che vadano via e mi lascino qui da sola...”

L.: (annuisce e scoppia in un pianto a dirotto, sempre tenendo gli occhi chiusi) “La mamma lo sta dicendo a papà ... *Vattene! Non ti voglio più vedere!* (lo dice quasi urlando e nel suo dialetto di origine).

T.: “Già... Sono la mamma di Lara e sono molto arrabbiata con mio marito...”

L.:”Sì, perché mi ha fatto male, mi ha tradita ... Mi ha lasciata sola.

[...] (La drammatizzazione immaginale prosegue ancora per qualche minuto e per tutto il tempo la paziente parla tra le lacrime, alternandosi nei ruoli della madre e della se stessa a sei anni. Dopo avere stabilito un segnale di condizionamento e uno di resistenza, eseguo la deipnotizzazione suggerendo idee di benessere. Non appena Lara apre gli occhi, si apre in un sorriso consolatorio, dopodiché si tocca il viso come stupita di aver pianto...)

Dopo l’induzione, durata in tutto una ventina di minuti circa, commentammo ed iniziammo a lavorare sui contenuti emersi. Ciò che maggiormente mi colpì dell’esperienza fu che per la prima volta Lara aveva mostrato una reazione emotiva esplicita ed autentica connessa ad un ricordo. La paziente era perfettamente cosciente delle emozioni sentite nel rievocare la scena poco prima, tuttavia riferì di non averle mai provate precedentemente come vissuti riconducibili a quello specifico episodio. Ovviamente l’esperienza fornì svariati importanti spunti di riflessione per le sedute successive, soprattutto inerenti alle modalità relazionali che Lara tendeva a mettere in atto con gli amici e nelle relazioni sentimentali. Non ripetemmo induzioni per alcune settimane, concentrandoci invece sull’elaborazione dei temi emergenti.

Permaneva però il disagio nella paziente per la sua difficoltà a definirsi professionalmente. Nonostante fosse intelligente e creativa, ogni suo progetto professionale o di vita finiva per naufragare in una miriade di distrazioni e piccoli contrattempi, fino a perdere di attrattiva ed essere abbandonato in favore di uno nuovo. Concordammo allora di ripetere una induzione, durante la quale emerse un ricordo che Lara associò spontaneamente e che non aveva mai portato in sedute precedenti.

Dalla Seduta 41°

[...]

L.: Vedo un’immagine ... un ricordo (sorridente)... ci siamo io e mio padre, nella mia stanza a [...]. Ho circa cinque anni, fa caldo e stiamo giocando con i *Lego*.”

T.: “Ho cinque anni, sono nella mia stanzetta e sto giocando con le costruzioni insieme al mio papà.”

L.:”Sì, stiamo costruendo una casetta ... è la casa in cui un giorno abiteremo tutti e tre, di fronte al mare.”

T.: “E’ divertente costruire questa casetta con papà ...”

L.:”Sì, ma ... (il sorriso della paziente si rattrista) non riusciamo a finirla. Non riusciamo mai a finirla ... Ogni volta papà sposta qualcosa ... un alberello, il comignolo ... poi non ha più tempo, deve andare via, al lavoro ...”

T.: Questa casetta promette proprio bene, peccato che non riusciamo mai a finirla e ad andarci ad abitare...”

L.:”Non finirà mai. E’ ancora là, su una mensola nella mia cameretta a [...]”.

T.:”E’ ancora lì ad aspettare che qualcuno la finisca. Chissà se potesse parlare che cosa direbbe?”

L.: (l’espressione di Lara ricorda un broncio infantile) “Direbbe: *Finiscimi tu! Mettimi la porta, che qualcuno possa entrare ... Mettimi il comignolo, che almeno il fumo possa uscire!*”

T.: “Sono una casa mai finita ... mai *de-finita*. Non ho passaggi d’entrata e uscita. Vuoi aiutarmi tu, Lara?”

L.: (annuisce)

T.:”Allora fallo. Di fronte a te, Lara, c’è la casetta. Ancora appoggiata su quella mensola, in camera tua, riesci a vederla?”

L.: (annuisce)

T.: Ricordi ancora dove sono le tue costruzioni?”

L.: “Sì...”(un leggero sorriso. Lievi movimenti con le mani.) “Ecco, ora è finita”.

T.: “Ora ho finito la casa. E’ proprio bella adesso”.

L.: (annuisce) “Adesso sì.”

(deipnotizzazione).

I temi che Lara ha associato (e sta ancora associando) a seguito di questa drammatizzazione immaginale sono stati di una gravidanza fondamentale per il prosieguo del suo percorso. L’elaborazione di contenuti quali il divieto inconscio di definirsi senza la presenza del padre (risposatosi e trasferitosi all’estero), la difficoltà di costruire una “porta d’accesso” alle proprie emozioni più intime, nonché una via stabile di espressione e di sfogo delle stesse (comignolo), ha fornito chiavi di lettura importanti per il disagio esperito dalla paziente.

La mia esperienza clinica nell’utilizzo di tecniche ipnotiche in psicoterapia, di fatto al momento non va molto oltre quanto riportato qui sopra, ciononostante, ho potuto riscontrare direttamente l’efficacia e le potenzialità di questo strumento nella liberazione di energie psichiche, libidiche ed emotive, oltreché, per dirlo con Granone, nella capacità di influire “... *sulla personalità psichica profonda e sulle tendenze, inculcandovi pulsioni energicamente attive, capaci di governare beneficamente la condotta del paziente nello stato di veglia. Parliamo con Erickson ed altri di un inconscio creativo che mobilita possibilità psichiche e viscerali, usualmente sopite nella veglia.*”(Granone 1989, pag373).

... Su questa base, sento di voler ulteriormente approfondire i temi inerenti all'ipnosi ed al suo utilizzo clinico, per esplorarne possibili applicazioni nel mio ambito professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Amer. J. Clin. Hypnosis*, 1965.
- Ammaniti M., a cura di, *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002
- Bandler, R., Grinder, J., (1981). *La metamorfosi terapeutica*. Roma: Astrolabio.
- Binswanger L. (1935) *Sulla psicoterapia*, in *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1970
- Blatner Adam & Allee Blatner *The Art of Play: Helping Adults Reclaim Imagination and Spontaneity* published by Human Sciences Press in 1988
- Bliss E. L., *Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis*, New York: Oxford University Press, (1986).
- Blake W., *Visioni*, Milano: Mondadori, 1973.
- Blankenburg W.: *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit*. Enke Verlag, Stuttgart, 1971. Trad. it.: *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie paucisintomatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998
- Boria G., 1997, *Lo psicodramma classico*, Milano, Franco Angeli
- Borgna E.: *Il fantasma della psicopatologia*. In: *Breviario di psicopatologia*, Feltrinelli, Milano, 1996
- Breuer J., Freud S.; *Über Den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene*, Vorläufige Mitteilung (1892). Tr. It. *Comunicazione preliminare sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, in Freud, *Opere*, vol. I, *Studi sull'isteria e altri scritti*, Torino: Boringhieri (1967).
- Bustos D., *Psicoterapia psicodrammatica*, Sao Paulo, E. Brasilense, 1979
- Callari Galli, M.: *Lo spazio dell'incontro*, Meltemi editore, Roma, 1997
- Carassiti, A.M., *Dizionario Mitologico*, Odysseus, Genova 1996
- Chisotti, M., (2006). *Milton Erickson: profilo biografico*. www.ipnosicostruttivista.it
- Crasilnek. *Ipnosi clinica*. Roma: Astrolabio.
- Desoille R., *Teoria e pratica del sogno da svegli guidato*, Astrolabio, Roma, 1974
- Diekman A. J., *Deautomatizzazione ed esperienza mistica*.
- Dolto F., *I problemi degli adolescenti*, Longanesi & C., Milano 1991
- Druetta, W. (1992). *A che ruolo giochiamo? Psicodramma Analitico*. *Rivista dell'Associazione per lo sviluppo dello Psicodramma Individuativo*, n. 0
- Eliade M., *Storia delle credenze e delle idee religiose*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, Milano 2006
- Erickson M. H. , Rossi E. L. , *Hypnotherapy*, New York: Irvington, Pub. Inc.(1979).Tr. It. *Ipnoterapia*, Roma: Astrolabio (1982).
- Erickson M. H. (1967), *Le nuove vie dell'ipnosi* Roma: Astrolabio 1978 123 *Experimental Hypnosis*, L. M. Le Cron, ed., New York, Macmillan,1952.

- Ferenczi S., (1909), *Psychanalyse I, (Euvres complètes, Tome I, 1908- 1912*. Paris: Payot, 1968). Tr. It. Introiezione e transfert, *Opere*, vol. I Milano: Raffaello Cortina Ed., 1989.
- Fornari F., *La riscoperta dell'anima*, Bari: Laterza Ed.,1984.
- Fonseca J., *Contemporary Psychodrama. New approaches to theory and technique*. Brunner Routledge, New York 2004
- Fornari F., *La riscoperta dell'anima*, Bari: Laterza Ed.,1984.
- Freud S., *Introduzione al narcisismo* (1914), *Opere vol. 7*, Torino: Boringhieri, 1978.
- Fromm E., Nash M. R. (1997) *Psychoanalysis and Hypnosis*, Madison: International Universities Press, Inc.
- Gasca G., L'analisi duale condotta secondo la teoria e la tecnica dello psicodramma analitico, in "*Psicodramma analitico*"n.7, Centro Scientifico Editore, Torino 1998
- Gasca G., *Psicodramma Analitico*, FrancoAngeli, Milano, 2003
- Gasca G., *Lo psicodramma come analisi attraverso il gruppo*, in: *Psicodramma Analitico*, n. 0, dicembre 1992, Torino
- Gasseau M., Gasca G.,1991 *Lo psicodramma junghiano*, Torino, Bollati, Boringhieri
- Gulotta, G., (1980). *Ipnosi: aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici*. Milano: Giuffrè Editore.
- Granone F. *Trattato di Ipnosi*, Torino , UTET (1989) .
- Haley, J., (1976). *Terapie non comuni: tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Heller, A., *A theory of history*, 1982,Routledge&Kegan Paul Ltd, London
- Hillman J., *Le storie che curano*, Cortina, Milano, 1984
- Hillman J., *Senex e puer in Puer Aeternus*, Adelphi, Milano 1999,
- Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Springer Verlag, Heidelberg, 1913. Trad. it.: "Psicopatologia generale", Il Pensiero Scientifico, Roma, 1988
- Jung C.G., *Psicologia della figura di Core* (1941), *dell'archetipo del fanciullo*, (1940) e «Aspetto psicologico in *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*, *Opere*, vol. 9/1, Torino,Boringhieri, 1980
- Jung C.G. (1916-1948) *Considerazioni generali sulla psicologia del sogno*, in *La dinamica dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1976
- Jung C.G., *Simboli della trasformazione* vol v , 1970 Boringhieri ,Torino
- Jung C.G., *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino
- James W., *Le varie forme della conoscenza religiosa*, Roma-Milano: Bocca, 1954.
- Janet P., *La Médecine Psychologique*, Paris: Flammarion (1923). Tr. it. *La medicina psicologica*, Roma: Il pensiero Scientifico ed., 1994.
- Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Napoli: Liguori Ed.,1999.
- Leveton, E.: *A Clinician's Guide to Psychodrama*,1992, Spinger Pub. Co.
- Ludwig A. M., *Gli stati alterati di coscienza*.
- May R., *Existential Psychology*, Random House, New York, 1969
- Montesarchio G., Sardi P., 1987 *Dal teatro della spontaneità allo psicodramma classico - Contributo per una revisione del pensiero di J.L. Moreno*, Franco Angeli, Milano
- Moreno J.L., 1985, *Manuale di psicodramma - Il teatro come terapia*, Astrolabio
- Moreno J.L., 1987, *Manuale di psicodramma - Tecniche di regia psicodrammatica*, Casa Editrice Astrolabio

- Moreno J.L. ed Enneis J. M., *Hypnodrama and Psychodrama*, Beacon House, Beacon, N.Y. 1950
- Mosconi, G. *Psicoterapia Ipnotica*. Padova: Piccin.
- Murphy G., *Personality: a biosocial approach to origins and structure*, New York:Harper Ed., 1947.
- Muscatello C. F., Scudellari P.: *Prognosi e destino. Comprensione narrativa e predittività negli eventi psicopatologici. Comprendre, 8*, 115-124, La Garangola, Padova
- Riolo, F., *Sulla fantasia*, Rivista di psicoanalisi, 1980
- Rossi E.L., *The Sympton Path to Enlightenment: the New Dynamics of Self Organization in Hypnotherapy*. Pacific Palisades: Palisades Gateway Publishing, (1996).
- Rossi E. L. , Nimmons D., *The Twenty Minute Break*, (1991), New York: Jeremy Tarcher. Tr. It. Autoregolazione del sistema mente corpo, Roma: Astrolabio, 1977.
- Rampelli M., *Psicoterapie analitiche e comune trance quotidiana*, III EUROPEAN CONGRESS ON ERICKSONIAN HYPNOSIS AND PSYCHOTHERAPY, "The New Hypnosis", 1998, Venezia: Fondazione Cini.
- Samuels A. et al., *Dizionario di Psicologia Analitica*, Cortina, Milano, 1987
- Sidoli M., *The Unfolding Self*, Sigo Press, Boston, 1989
- Silva Dias V., *Sobhos e psychodrama interno*, Agora, Sao Paulo 1996
- Tirone,G., (2005). *Psicologia dell'anima*. Torino: Libreria Editrice Psiche.
- Tirone,G., (2005). *Il potere della parola nella relazione d'aiuto psicologico*. Torino: Libreria Editrice Psiche.
- Trevi M.: *Per uno junghismo critico*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2000
- Trevi M. e M. Innamorati, *Riprendere Jung*, Bollati Boringhieri, Torino 2000
- Yablonsky L., 1978, *Psicodramma- Principi e tecniche*, Roma, Astrolabio - Ubaldini Editore