

Edoardo Casiglia - Erik Gadotti

**CONSENSUS DELLE SCUOLE ITALIANE
DI IPNOSI CIRCA I PRINCIPI GENERALI
DELL'IPNOTISMO E DELL'IPNOSI**

**Rocco Cacciacarne - Debora De Mattia
Nicola De Pisapia - Sebastiano Filipozzi
Margherita Giacomello - Silvia Giacosa
Giovanni Gocci - Massimo Guantieri
Antonio Lapenta - Pier Giorgio Malesani
Alessandro Norsa - Federico Novarese
Carlo Piazza - Battistino Sanna
Maria Donatella Stefanini - Federica Tagliati**

**Edizioni31 Editore
2022**

CONSENSUS DELLE SCUOLE ITALIANE DI IPNOSI CIRCA I PRINCIPI GENERALI DELL'IPNOTISMO E DELL'IPNOSI

Edoardo Casiglia^{A,B,C,D,E,F,G}, Erik Gadotti^{A,B,H},
Rocco Cacciacarne^I, Debora De Mattia^I, Nicola De Pisapia^H, Sebastiano Filipozzi^L,
Margherita Giacomello^A, Silvia Giacosa^{M,N}, Giovanni Gocci^O, Massimo Guantieri^L,
Antonio Lapenta^A, Pier Giorgio Malesani^L, Alessandro Norsa^{D,P,Q,R}, Federico Novarese^L,
Carlo Piazza^L, Battistino Sanna^I, Maria Donatella Stefanini^{A,S,T}, Federica Tagliati^{L,U}

^AIstituto Franco Granone, Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale (CIICS), Torino

^BIstituto Artigianelli, Dipartimento Mente e Coscienza (DMC), Trento

^CUniversità degli Studi di Padova (UNIPD)

^DEuropean Society of Hypnosis (ESH)

^EInternational Society of Hypnosis (ISH)

^FAmerican Psychological Association (APA)

^GAssociation of Psychological Hypnosis

^HUniversità degli Studi di Trento (UNITN), Trento

^ISocietà Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMP), Parma

^LIstituto Ipnosi Bernheim, Verona

^MAssociazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi (AMISI), Milano

^NScuola Europea di Psicoterapia Ipnosica (SEPI), Milano

^OSummer School of Hypnosis (AETOS), Venezia

^PUniversità degli studi di Verona (UNIVR)

^QSocietà Scientifica Italiana Ipnosi Clinica in Psicoterapia e Medicina Umanistica (SIPMU), Verona

^RIstituto Salesiano Universitario (IUSVE), Venezia

^SAssociazione Professionale Nazionale Programmatori Neuro-Linguistici, Urganò

^TScuola di Perfezionamento per le Forze di Polizia, Ministero dell'Interno, Roma

^USocietà Italiana di Ipnosi (SII), Roma

Prima edizione dicembre 2022

ISBN 978-88-6486-119-7



Edizioni31 editrice.
Via Galileo Galilei 15/1
38015 LAVIS (TN)
P.IVA 01567700222

@ 2022 Edoardo Casiglia
ORCID 0000-0002-0003-3289
<https://www.didattica.unipd.it/off/docente/2B401F8A3939EF733C439084A7DEA3AB>
edoardo.casiglia@unipd.it
mente&coscienza@artigianelli.tn.it

Tutti i diritti di traduzione, riproduzione e adattamento
totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati

Background

Le molteplici Scuole e Associazioni italiane che si occupano di ipnosi hanno, ciascuna, una propria particolare visione dell'ipnosi e dell'ipnotismo, come è inevitabile a in un mondo plurale. L'incertezza che ancora rende opachi alcuni aspetti dell'ipnosi giustifica queste divergenze, che si andranno via via riducendo grazie allo sviluppo della ricerca in questo campo divenuto esponenziale anche in Italia negli ultimi trent'anni.

L'ipnosi dal punto di vista narrativo è una coscienza modificata con conservazione della critica, dal punto di vista antropologico è un ripercorrere il suolo che si era calpestato agli albori dell'Io, dal punto di vista psicoterapeutico è una procedura basata sulla relazione e sull'empatia, dal punto di vista medico è un ausilio alla diagnosi e alla terapia, dal punto di vista sperimentale è uno strumento, dal punto di vista speculativo una filosofia. Questi concetti saranno chiariti da quanto segue in questo *Consensus*, messo a punto per evidenziare quanto di condiviso vi sia sull'argomento.

Il presente documento va inteso come un *Consensus in itinere*, dinamico e suscettibile nel tempo di aggiornamenti e adeguamenti al mutare delle conoscenze nel campo dell'ipnosi. Ai lavori per la sua formazione hanno contribuito esponenti delle Scuole e di altre entità elencate in Tabella 1.

Ipnosi e ipnotismo: aspetti generali e terminologici

Ipnosi

L'ipnosi¹ è stata definita come una modificazione fisiologica e dinamica della coscienza soggettiva, dovuta ad un rapporto fra chi induce e gestisce l'ipnosi ("operatore" o "ipnologo" o "ipnotista") e chi vi partecipa ("soggetto").² Il rapporto è frutto della combinazione di relazione e comunicazione. Nell'ipnosi è sempre presente la logica; l'abbassamento (ma non annullamento) della critica permette l'accoglimento del senso della parola e del non verbale.

In virtù e nell'ambito di tale modificazione di coscienza, che per il soggetto ha carattere non intellettuale ma di vissuto esperienziale, sono possibili cambiamenti psichici, somatici e viscerali [1-15] che si realizzano per mezzo di monoideismi plastici. La modificazione di coscienza si accompagna a prevalenza della funzione rappresentativa emotiva e dell'emisfero non dominante, a modificazioni dell'estrocezione e dell'introcezione, a modificazioni delle percezioni di spazio e tempo e ad esaltazione delle capacità cognitive e intuitive, il tutto derivante dall'instaurarsi di un rapporto privilegiato fra il soggetto e l'operatore. Si tratta di una relazione e una comunicazione che nel loro insieme costituiscono il *rapport* [18], passante questo per il corpo³ e quindi riverberante sul piano psicosomatico [19]. Relazione e comunicazione fra due o più di due soggetti [20] sono le condizioni necessarie per la formazione dell'ipnosi eteroindotta deliberata.⁴

¹ Sostantivo femminile [16].

² Da un punto di vista antropologico, il termine "soggetto" implica che chi pratica l'ipnosi e chi interagisce con l'operatore sono dotati di coscienza soggettiva, appartengono cioè alla specie *Homo sapiens* e hanno una funzione "lo" attiva e adeguata [17]. In questo documento il termine "soggetto" indica l'essere umano che viene indotto in ipnosi e gestito, mentre per chi induce e gestisce l'ipnosi si impiegherà il termine "ipnotista" o "ipnologo". Saranno invece evitati i termini "persona" (in quanto *persona*, -ae indica in latino la maschera con la quale l'attore si presentava sul palcoscenico celando il suo aspetto reale, cosa che nell'ipnosi non avviene) e "individuo" (in quanto per assodata nozione l'io non è individuale ma multiplo) [17]. Il termine "partecipante", tipico del mondo delle discipline psicologiche, dovrebbe essere riservato al *setting* sperimentale e "cliente", tipico del mondo della psicoterapia privata, dovrebbe sempre essere evitato perché il paziente (colui che patisce) versa al professionista un onorario mentre il cliente (colui che acquista) salda il conto al bottegaio.

³ "passante per il corpo" è dizione tipica di alcune Scuole, che intendono con ciò enfatizzare il ruolo del soma nell'ipnosi; la maggioranza delle altre Scuole parla di "riverberazione sul piano psicosomatico". Le due dizioni vanno considerate come sinonimi.

⁴ Nell'ipnosi spontanea è plausibile la relazione fra due parti di una stessa psiche.

Alla modificazione partecipa o si associa sempre un certo grado di dissociazione, che tuttavia non caratterizza l'ipnosi; tale dissociazione è fisiologica e analoga a quella che si osserva nella vita quotidiana,⁵ ma secondo alcune Scuole c'è isomorfismo fra "dissociazione fisiologica" e "troppa dissociazione patologica".

L'ipnosi, che agisce sul piano della coscienza soggettiva, quindi fra soggetti nel senso descritto alla nota 2, è tipica della sola specie *Homo sapiens* [17,21], mentre certe forme di catatonia o paralisi flaccida che si verificano in altre specie (un tempo raggruppate sotto la denominazione, peraltro impropria e fuorviante, di "magnetismo animale") non entrano nel novero dell'ipnosi.

Ipnatismo

Secondo la maggior parte delle Scuole, l'ipnatismo è l'insieme delle procedure che, in un *setting* strutturato (v. oltre), vengono deliberatamente poste in essere al fine di portare alla realizzazione del monoideismo plastico che è alla base dell'ipnosi. Il termine "ipnatismo" potrebbe quindi rappresentare anche l'induzione ipnotica⁶, che può avvenire con numerose e diverse modalità (v. oltre).

L'ipnosi in un'ottica antropologica

La *trance* ipnotica⁷ [16] è una delle molte forme di *trance* (originariamente *transe*, dal latino *transire*, cioè "camminare a fianco" o anche "andare oltre") come quelle estatiche, mistiche, artistiche, orgasmiche ecc. che sono tipiche dell'*Homo sapiens*.

⁵ Va ricordato che il genere *Homo* nasce dissociato e si associa attivamente per progressiva selezione evolutiva durata almeno 400.000 anni, toccando il culmine dell'associazione nella specie *Homo sapiens* posteriore alla glaciazione di Würm [17]; oggi il *sapiens* è forse persino troppo associato, se non altro per aver rinunciato a gestire coscientemente gli aspetti simbolici del pensiero in favore della nascita dell'Io.

⁶ In passato e in alcuni contesti, il termine "ipnatismo" può essere risultato fuorviante in quanto talora associato all'ipnosi da spettacolo (v. oltre); è compito del presente *Consensus* ripulire il significato di tale termine riportandolo nell'alveo della scienza galileiana.

⁷ Alcune Scuole non differenziano "ipnosi" e "trance ipnotica", considerando le due espressioni come sinonimi. Altre, sulla scorta dell'ipnosi senza *trance* di Milton Erickson, le tengono separate.

Non è sperimentalmente acclarato né formalmente codificato, ma viene suggerito da alcuni, che nella genesi dell'ipnosi abbiano un ruolo fenomeni di regressione verso condizioni infantili o verso stadi primordiali della coscienza egoica [19,22-24], anche con inconscia aderenza alle voci bicamerali dei defunti che parrebbero essere tipiche della fase preconsa dell'umanità [17] o più modernamente ai condizionamenti personali e di specie [25]. In realtà, come l'ipnosi si realizzi non è ancora chiarito, benché ricerche sperimentali con tecniche di *imaging* abbiano per lo meno acclarato dove ciò si realizzi (v. oltre).

La coscienza modificata tipica dell'ipnosi potrebbe definirsi come uno stato pluripotenziale con spostamento dell'attenzione verso l'interno, con potenziamento dell'assorbimento interno, aumento della creatività e verosimilmente riconfigurazione topologica dinamica dell'attivazione della *default mode network* [26] e riduzione dell'*inner speech* [27]. Come dimostrato già con l'elettroencefalogramma, l'ipnosi non è sonno e neppure veglia, pur trattandosi di coscienza del tutto fisiologica [19,28,29].

Ipnologo, ipnotista e ipnotizzatore

Le Scuole definiscono in genere "ipnologo" o "ipnotista" chi, iscritto ad un Albo e adeguatamente formato in un contesto didattico adeguato, pone in essere l'ipnosi in condizioni controllate nell'ambito delle proprie competenze professionali, non includendo chi pratica l'ipnosi non simulata nell'ambito di altri contesti non sanitari. Il termine "ipnotizzatore" è considerato desueto e fuorviante per legami con l'ipnotismo da spettacolo e si tende ad evitarlo; tuttavia si considera lecito, per mancanza di termini più adeguati, affermare che un soggetto "viene ipnotizzato" e al termine della seduta "viene deipnotizzato".

La comunicazione ipnotica

Si conviene di chiamare “comunicatore d’ipnosi” o secondo altre Scuole “comunicatore ipnotico” chi, nell’osservanza della normativa vigente in Italia (v. oltre), non è abilitato a praticare l’ipnosi come ipnologo ma, avendo seguito con profitto adeguata formazione, possiede gli strumenti culturali per dar luogo a una comunicazione verbale, paraverbale e non verbale più efficace di quella ordinaria e applicabile alla relazione d’aiuto.

Dove e come si formano un ipnologo o un comunicatore d’ipnosi

Per quanto riguarda l’ambito universitario, in Italia esiste un insegnamento di “Ipnosi in Medicina e nella Ricerca” erogato da un’Università pubblica agli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (insegnamento precedentemente denominato “Medicina Psicosomatica e Ipnosi Clinico-Sperimentale”). Sempre in ambito istituzionale, i principi relativi all’ipnosi sono erogati come insegnamenti nella cornice di alcuni Master universitari per medici, per odontoiatri e per infermieri, nonché di alcune Scuole di Specializzazione in Psicoterapia per medici e psicologi che, pur essendo private, sono accreditate ed approvate a livello ministeriale⁸ ed erogano un titolo professionalizzante riconosciuto dallo Stato, nonché di un Istituto esercitante un pubblico servizio nel settore dell’Istruzione e Formazione secondaria e terziaria dotato di un Dipartimento Mente e Coscienza.

Un *training* specifico in ipnosi per i medici⁹ è stato auspicato dai maestri del passato [19,31,32] e oggi lo è anche per gli psicologi [33].

In ambito meramente privato, l’istruzione atta a divenire ipnologo sanitario e ad operare come tale nell’ambito delle proprie rispettive competenze professionali è erogata a medici,

⁸ Inizialmente al Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (MIUR), che oggi è detto Ministero dell’Istruzione e del Merito.

⁹ che conoscono meglio di altri la differenza, fondamentale nella teoria dell’ipnosi, fra “coscienza” e “sensorio” [30]

psicologi e odontoiatri iscritti ai rispettivi albi professionali. Alcune di dette Scuole erogano ad altri operatori sanitari¹⁰ iscritti ai rispettivi albi professionali l'istruzione atta a divenire comunicatore ipnotico o comunicatore efficace e ad operare come tale nell'ambito delle proprie rispettive competenze. Alcuni laureati iscritti ad albi professionali si autodefiniscono ipnotisti dopo un percorso non formalizzato di auto-apprendimento non controllato da alcuna istituzione. Alcuni comunicatori ipnotici che non sono operatori sanitari si dedicano talora alla politica, alla pubblicità o al *marketing*.

L'ipnosi non è medicina alternativa

Essendo una materia insegnata nell'ambito universitario in corsi di studio ufficiali, l'ipnosi non è una medicina alternativa.

L'ipnosi non è di per sé psicoterapia

L'*American Psychological Association* (APA) nel suo *Position Statement on Hypnosis* del settembre 2009 [34] ha stabilito che la pratica dell'ipnotismo e l'impiego dell'ipnosi non sono di per sé forme di psicoterapia¹¹. Analogamente, l'*EFPT Psychotherapy Guidebook* ha relegato nel 2019 l'ipnosi al trattamento di disordini patologici di interesse medico o psicologico, svincolandola *de facto* dalla psicoterapia *per se*.¹² Di qui la liceità della pratica dell'ipnosi a fini sanitari anche da parte di chi non abbia i requisiti di psicoterapeuta (ad esempio da parte di psicologi, di odontoiatri e di medici generici, internisti, cardiologi,

¹⁰ Sono comunemente considerati operatori sanitari idonei, purché iscritti ad un albo professionale, gli appartenenti alle seguenti categorie che di regola accedono all'Albo dopo aver conseguito un diploma di Laurea almeno triennale: Assistente sanitario, Biologo, Dietista, Educatore professionale (con laurea sanitaria e inserito in struttura sanitaria), Fisioterapista, Igienista dentale, Infermiere/a, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ortottista/assistente di oftalmologia, Ostetrica/o, Podologo, Tecnico/a audiometrista, Tecnico/a audioprotesista, Tecnico/a della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecnico/a della riabilitazione psichiatrica, Tecnico/a di neurofisiopatologia, Tecnico/a ortopedico/a, Tecnico/a sanitario/a di radiologia medica, Tecnico/a sanitario/a di laboratorio biomedico, Terapista della neuro- e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale.

¹¹ Nel successivo Statement del 2015 l'APA ha precisato che l'ipnosi, pur non assurgendo al ruolo di terapia, dovrebbe essere impiegata da psichiatri o altri professionisti sanitari (in Italia si intendono come tali i medici, gli psicologi e probabilmente gli odontoiatri) dopo un *training* e un diploma (il che è ciò che accade nelle Scuole di ipnosi) e nell'ambito delle rispettive competenze (<https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-Hypnosis.pdf>).

¹² Si veda França G in: <file:///C:/Users/Edoardo%20Casiglia/Downloads/18bad7cd-e1c2-4fba-a2f9-62c2b33ce0cb.pdf> (luglio 2019).

neurologi, dermatologi, ginecologi ecc., ciascuno nel proprio ambito di competenza), purché non si definisca psicoterapeuta e non pratici una psicoterapia strutturata^{13,14}. Vista l'ampia gamma di applicazioni dell'ipnosi (Tabella 2), l'ipnologo non è necessariamente un terapeuta.

Ovviamente, pur non essendo di per sé una terapia, l'ipnosi può essere impiegata – e spesso lo è – nella psicoterapia, così come in altri contesti della relazione fiduciaria d'aiuto (ad esempio nella medicina generale, in varie specialità mediche, nella psicologia d'appoggio, nelle competizioni ad alto livello e nello sport) [6,7,35]. Chi, essendo medico o psicologo, usa l'ipnositerapia in quanto psicoterapeuta [36], cioè definendosi tale e praticando una psicoterapia strutturata e codificata, lo fa sotto l'egida della normativa richiamata in nota 13. Il titolo di "ipnositerapeuta" rilasciato da alcune Scuole non abilita quindi alla psicoterapia chi non abbia effettuato l'apposita annotazione all'Albo; di conseguenza l'ipnositerapeuta non psicoterapeuta si limiterà ad applicare l'ipnotismo ai campi nei quali è abilitato (medicina generale, cardiologia, dermatologia, psicologia d'appoggio, criminologia ecc.).

¹³ Qualsiasi medico abilitato all'esercizio professionale ed iscritto all'Albo professionale può praticare la psichiatria anche se non è specialista, essendo la psichiatria materia di insegnamento nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia; non può praticare una psicoterapia strutturata né definirsi psicoterapeuta se non è specialista in Psichiatria o in Psicoterapia o in Neuropsichiatria Infantile o in Psicologia Clinica nonché annotato come psicoterapeuta all'idoneo Albo. Lo psicologo abilitato può definirsi psicoterapeuta se Specialista in Psicoterapia e annotato come psicoterapeuta all'idoneo Albo. Ad entrambe le categorie, se praticanti già una psicoterapia documentata, è stata a suo tempo concessa una sanatoria *una tantum* indipendentemente da titoli di studio o professionalizzanti, ma previa considerazione di specifiche formazioni curriculari. La normativa è regolata da: Art. 3 della L. 18 febbraio 1989, n. 56; art. 17, comma 96, della L. 15 maggio 1997, n. 127; D.M. 11 dicembre 1998, n. 509; art. 2, comma 3, della L. 29 dicembre 2000, n. 401.

¹⁴ Per quanto riguarda invece la liceità dell'ipnotismo per chi non sia un operatore sanitario, che ha altre basi, si veda oltre alla sezione "Aspetti medico-legali e criminologici".

Ipnosi spontanea

Quando di verifica l'ipnosi spontanea

Si dà per scontato che fasi di ipnosi spontanea [37], peraltro mai studiata sperimentalmente, si realizzino nella vita quotidiana¹⁵. Eventi ripetitivi (specie se ti tipo destro/sinistro) e condizioni di particolare *stress* acuto, di dissociazione [38], di momentanea riduzione della critica, di *abaissement du niveau mental*¹⁶ e di estasi [19,39] possono favorire la transizione all'ipnosi ed è verosimile che ciò accada frequentemente. Il mondo naturalistico con orientamento al futuro, secondo Milton Erickson, può di per sé dare scaturigine alla *trance* ipnotica. Le cosiddette "aree logiche" espresse nelle teorie cognitiviste potrebbero essere le "aree digitaliche" (nel solo senso di "aree non-analogiche o con logiche ridotte") ove si genera fra l'altro l'ipnosi spontanea.

Fenomenologia dell'ipnosi spontanea

Un ipnologo esperto non ha difficoltà a notare che un soggetto si trova in un dato momento in ipnosi spontanea, anche solo sapendo riconoscere le espressioni del volto e il linguaggio del corpo [41,42]. Viceversa, da un punto di vista soggettivo, l'ipnosi spontanea passa il più delle volte inosservata a chi la vive, potendosi semplicemente palesare come attenzione apparentemente ridotta verso la gran parte del mondo esterno¹⁷, lieve e spesso inavvertita derealizzazione e/o depersonalizzazione e rilassamento (spesso finalizzato ad un'azione) con successivo stato di aumentato benessere.

¹⁵ Alcuni, considerando che l'ipnosi è solo una fra le tante circostanze in cui la *trance* può avvenire, parlano di "trance spontanea" mentre considerano scorretto parlare di "ipnosi spontanea". In altre parole, la *trance* andrebbe riferita ad "un'ampia gamma di condizioni mentali e di atteggiamenti psicologici in cui la persona può entrare normalmente anche per conto proprio", mentre "il concetto di ipnosi suggerisce la presenza di un atteggiamento mentale a sé stante che fa seguito ad un'induzione formale di tale stato nella persona" [43]; in quest'ottica l'ipnosi sarebbe quindi il processo mentre la *trance* sarebbe il fenomeno.

¹⁶ Terminologia tipica della psicologia analitica junghiana, che Carl G. Jung [25] probabilmente mutuò dal pensiero di Pierre Janet.

¹⁷ Ma in realtà l'attenzione è iperconcentrata attivamente su una particolare idea interna fino a realizzare il monoideismo plastico.

Condizioni tipiche nelle quali si realizza un'ipnosi spontanea sono le situazioni di pericolo con dissociazione [19], la guida di veicoli da parte di conduttori esperti, l'uso professionale di strumenti musicali, le cerimonie ed esperienze di carattere religioso [25,39] correlate con la dimensione del sacro e favorite da un aumento dell'attività delle aree prefrontali e del lobo limbico e/o da una disattivazione del lobo parietale [44], la preghiera (specie se ripetitiva) [19,45-47], la presenza a lezioni e convegni di lunga durata, lo stazionamento davanti al televisore, la contemplazione del fuoco nel caminetto ecc. In tali circostanze l'attenzione è potenziata e circoscritta ed è ovviamente possibile svolgere nello stesso momento attività concrete (guidare, suonare, pregare, parlare, usare il telecomando, creare mentalmente ecc.). All'uscita dall'ipnosi spontanea il soggetto può sperimentare un'errata valutazione del tempo trascorso [48] e il ricordo autobiografico cosciente del periodo ipnotico può essere ridotto o del tutto assente. Tale amnesia retrograda può essere spontanea, specie nei soggetti altamente ipnotizzabili (v. oltre) nei quali è spesso definitiva¹⁸.

Quando e come sfruttare un'ipnosi spontanea

Diverse condizioni di emergenza [49] con percezione di pericolo personale si accompagnano a dissociazione e ad ipnosi spontanea. È di solito in ipnosi spontanea chi viene approcciato dopo un incidente fisico (stradale, sul lavoro ecc.) o giunge ad un Pronto Soccorso. In tali condizioni, stante l'ipnosi spontanea già presente, è spesso superfluo procedere ad un'induzione formale e si può direttamente gestire l'ipnosi per ridurre o abolire il disagio, l'ansia [50] e il dolore [2-5,51] (v. oltre). Neppure è necessaria una deipnotizzazione formale in quanto il soggetto estingue spontaneamente il monoideismo plastico quando la sua mente realizza che esso non è più necessario.

¹⁸ Invece nel caso dell'amnesia retrograda deliberatamente indotta durante una seduta di eteroipnosi con un condizionamento postipnotico i ricordi possono il più delle volte essere recuperati.

L'ipnosi spontanea del guidatore, del musicista, del giocatore ecc. è non solo utile ma indispensabile per lo svolgimento delle attività proprie. Come dimostrato, fasi di autoipnosi con aumento della *performance* fisica permettono ad alcuni di compiere imprese non usuali (salvataggio di malcapitati in pericolo, specie in acqua, sollevamento di pesi schiacciati ecc.) attingendo a risorse interne solitamente non accessibili¹⁹ [6].

¹⁹ Tali imprese sono poi solitamente definite "eroiche" ma sono in realtà imprese ipnotiche; è verosimile che molti eroi civili e di guerra agiscano in realtà in condizioni di ipnosi spontanea, con aumento delle facoltà fisiche e sottovalutazione dei rischi.

Ipnosi in un *setting* strutturato

La relazione nell'induzione e nella gestione dell'ipnosi

La relazione. In un *setting* strutturato, l'ipnosi è iniziata da una deliberata procedura d'induzione (v. oltre). Benché sia possibile e spesso auspicabile impiegare delle tecniche precostituite o escogitate al momento per indurre l'ipnosi (qualsiasi manuale di ipnosi ne è pieno), in realtà quel che conta nell'induzione, nell'approfondimento e nel mantenimento dell'ipnosi è nient'altro che la speciale relazione (*rapport*) fra ipnotista e soggetto. L'ipnosi va quindi vista come un sistema binario nel quale l'operatore organizza la propria attività sulla base delle caratteristiche o delle richieste o delle necessità del soggetto, il quale accetta la procedura in base alla propria opportunità. Tutte le Scuole riconoscono la centralità della condizione umana e della parola per la trasformazione dei vissuti interni e pongono l'accento sull'approccio neurolinguistico, sebbene inteso in modi diversificati.

La relazione ipnotica può essere già presente se la coppia si conosce a fondo e vi è fiducia reciproca accompagnata da stima.²⁰ Altrimenti la relazione va impostata di volta in volta nei modi più vari.²¹

La relazione/comunicazione tra chi induce e chi è indotto è una condizione essenziale affinché l'induzione ipnotica avvenga e va sempre scrupolosamente costruita con particolare attenzione affinché l'ipnosi sia gestibile. Come condurre la seduta ipnotica va sempre concordato preliminarmente e va esplicitamente chiarito che la relazione che si instaura fra operatore e soggetto/i si caratterizza per la piena consapevolezza che l'ipnosi è una condizione naturale e fisiologica e che il ruolo di chi induce è quello complementare

²⁰ È tuttavia difficile raggiungere un adeguato *rapport* nelle coppie strettamente legate da vincoli stabili; ad esempio, la relazione coniugale è superiore alla relazione necessaria per l'ipnosi e può inibirla.

²¹ Esistono tante tecniche quanti sono gli ipnotisti.

di guida. Si basa su una piena fiducia nella capacità di chi induce e nelle caratteristiche di chi viene indotto [52], nonché su un rapporto di fiducia, di accoglienza, di rispetto e di presa a cuore inteso come *take care* dell'altro.

Ogni medico, psicologo, odontoiatra e operatore sanitario capace di empatia è in grado di istituire con naturalezza una relazione d'aiuto (ed è ciò che si verifica praticamente sempre nei rapporti che coinvolgono la salute), ma impostare in tempi ragionevoli una relazione speciale risulta di fatto più facile agli ipnotisti esperti e navigati e ai comunicatori ipnotici di vasta esperienza. La possibilità di instaurare una solida relazione dipende dalle qualità interiori dell'operatore (quindi anche dalla sua cultura) ma soprattutto dalla cosiddetta abilità ipnotica [53,54] del soggetto (che a sua volta dipenderebbe dallo "spessore interiore" di questi)²².

L'ipnotizzabilità. La capacità di indurre e di essere indotti è una qualità che in larga misura si apprende. La facilità o abilità ad essere indotti, storicamente denominata "ipnotizzabilità" [55,56], è una caratteristica misurabile [57,58] che si può apprendere e incrementare in un rapporto di coppia nel corso di sedute ripetute ma che probabilmente è anche innata dipendendo da caratteristiche in parte anatomico-fisiologiche (larghezza del corpo calloso, attitudine ad attivare determinate aree cerebrali ecc.). L'ipnotizzabilità è un argomento in divenire che, con le sue scale talora discutibili e *time-consuming*, pone notevoli problemi agli sperimentatori [57-60].

Nel XIX secolo si riteneva che tra i soggetti più abili nell'ipnosi andassero considerati popolani, artigiani, militari, ex-militari e in genere soggetti abituati all'obbedienza passiva [61,62]. Successivamente le prospettive sono ripetutamente mutate, tanto che non è possibile riassumerle in questa sede. Alcuni ammettono che le persone più abili nella

²² Alcuni non condividono la metafora qui denominata "spessore interiore" e non considerano il grado di istruzione del soggetto un requisito attinente all'attitudine all'ipnosi, vedendo come un possibile *bias* culturale l'importanza data a questi fattori. Si può forse ritenere che i soggetti con un maggiore spessore interiore siano quelli creativi ed immaginifici, che hanno una disposizione ad elaborare costruttivamente i pensieri e dialogare dentro di sé [43], caratteristiche queste che potrebbero dipendere sia da fattori innati che da vissuti esperienziali e culturali.

trance (più ipnotizzabili, ma sarebbe meglio dire più facilmente inducibili) vivano nel quotidiano, in misura superiore alla media, esperienze di concentrazione attentiva che le possono portare a modificare la coscienza di sé²³ con immersione in fantasie e riflessioni [63]. Modernamente un'ampia disamina ha suggerito che, a proposito della predisposizione ad entrare in *trance*, esistano tre dimensioni di ipnosi, ciascuna associata ad uno di tre tipi di soggetti ipnotici migliori: soggetti molto buoni che hanno da tutta la vita una storia segreta di fantasticherie "reali come la realtà" [64], soggetti molto buoni che hanno una sorprendente tendenza a dimenticare gli eventi nella loro vita e presentano anche amnesia per l'ipnosi (verosimilmente coincidenti con quelli che Scuole ancora denominano "sonnambulici") e soggetti molto buoni che non sono inclini né alla fantasia né all'amnesia ma che invece hanno atteggiamenti, motivazioni e aspettative positivi nei confronti della situazione ipnotica e sono predisposti ad abbandonarsi alle suggestioni [64]. Vi è probabilmente un'associazione fra abilità ipnotica e le varie forme in cui si può manifestare un tratto di immaginificità nella persona [65].

La questione dell'ipnotizzabilità in relazione all'età, per lo più espressa da pubblicazioni descrittive e solo in minor misura scientifiche, è quindi oggetto di discussione e la visione che vuole soggetti anziani e in via di sviluppo meno suscettibili all'induzione rispetto agli adulti nel pieno della maturità è una diatriba aperta, così come lo è la presunta divergenza insegnata da alcune Scuole ma non da altre circa la curva dell'ipnotizzabilità e quella della suggestionabilità in relazione all'età [66]. Alcune Scuole hanno nel proprio alveo ipnologi – per lo più psichiatri o psicoterapeuti – che sanno stabilire in sicurezza valide relazioni privilegiate di tipo ipnotico anche con adolescenti [67] e con bambini piccoli. Secondo alcuni, gli adolescenti e i bambini sono persino più ipnotizzabili degli adulti in virtù della

²³ Va ribadito che per alcune Scuole è imprescindibile ammettere che la coscienza non sia mai persa in ipnosi, ma soltanto modificata. In effetti, chiunque può verificare che il soggetto in ipnosi mantiene il proprio Io e la coscienza fisiologica di sé, cosa che viene illustrata con facilità estrema persino nelle più banali dimostrazioni tenute in un *setting* didattico. Difatti Tellegen e Atkinson parlano di *self-altering experiences* [63], dove *altering* va tradotto nell'italiano "che modificano" e non "che alterano".

loro predisposizione a giocare – a fare “come se” – e presentano una *trance* più profonda [43,58,68]. È plausibile inoltre che la letteratura sulla scarsa ipnotizzabilità infantile sia “composta prevalentemente da storie aneddotiche di casi e da studi non controllati” [69] e che le pur poche indagini sui bambini siano “decisamente promettenti per quanto concerne il trattamento di alcuni disturbi, quali in particolare l’enuresi, il *distress* connesso con la chemioterapia e il dolore acuto causato da procedure mediche invasive” [70]. Erickson considerava l’ipnoterapia pediatrica “un’ipnoterapia rivolta ad un bambino, nella piena consapevolezza che i bambini sono persone piccole e giovani” [70]. Si ritiene in generale che intervenire sulle personalità in corso di sviluppo comporti comunque teorici rischi maggiori di quelli dell’ipnosi nei giovani adulti, così da richiedere un *training* specifico.

In alcuni soggetti l’induzione non riesce. Benché manchino studi controllati e conclusivi, si tende ad ammettere che siano poco ipnotizzabili i soggetti con importante *deficit* cognitivo e quelli che hanno avuto in precedenza esperienze negative o sgradevoli con l’ipnosi, dirette o indirette, anche solo per avere assistito a spettacoli con ipnosi mal condotti da nei quali magari il soggetto era in qualche modo ridicolizzato; in questi casi (resistenza culturale) è spesso difficile o addirittura impossibile ottenere il monoideismo plastico. Si presume altresì che resistenze all’ipnosi possano essere l’espressione di un fondato timore del soggetto di avere reazione avverse in caso di induzione, quasi egli percepisse a un livello non conscio la debolezza del proprio Io; benché non vi siano dati scientifici conclusivi in materia, si presume che sia controindicato forzare le resistenze molto forti, soprattutto se non si è psichiatri o psicoterapeuti esperti in grado di riconoscere i segni di un imminente scompensamento psicotico o di recuperarlo qualora si verificasse. In certi contesti, ad esempio quello sperimentale, ogni reazione avversa va assolutamente prevenuta con una rigida selezione.

Ciò apre il tema ancora poco chiarito delle personalità (chiamate a torto o a ragione *borderline*) che dinanzi ad uno *stress* o ad una dissociazione possono reagire sviluppando o meglio slatentizzando una psicosi²⁴. Prima di indurre ipnosi è quindi sempre bene approntare una diagnosi finalizzata a valutare i criteri di esclusione e/o di utilità. Il problema del riconoscimento preliminare delle personalità a rischio è ancora aperto e tale da trarre talora in errore anche psichiatri e psicoterapeuti di notevole esperienza; il rischio è maggiore quando a indurre l'ipnosi è un operatore di formazione non psichiatrica e non psicoterapeutica, il che è assai frequente. Questa del rischio di scompenso psicotico in soggetti predisposti è in pratica la sola reale controindicazione all'ipnosi.

La profondità dell'ipnosi. Benché in psicoterapia possa essere sufficiente un'ipnosi superficiale, in altri contesti – come quello medico-clinico, quello chirurgico e quello sperimentale – è di regola necessaria una relazione intensa, tale da condurre ad un'ipnosi profonda [1,7].²⁵ È il contesto a definire la qualità, il tipo e la profondità dell'ipnosi [71,72]; il contesto terapeutico definisce un'ipnosi specifica dello psicoterapeuta, quello didattico-formativo un'ipnosi specifica dell'apprendimento e della formazione, quello sperimentale un'ipnosi specifica del ricercatore, quello conversazionale un'ipnosi di tipo comunicativo, quello metaforico- simbolico-immaginario una di tipo strategico indiretto e così via. È stato dimostrato sperimentalmente [22] che una valida relazione capace di condurre all'induzione ipnotica può essere ottenuta anche se operatore e soggetto sono distanti e

²⁴ Dal punto di vista antropologico questi soggetti rappresentano probabilmente dei "fossili viventi" simili ai nostri progenitori con mente bicamerale che erano la regola nel Neolitico [17]. Il mantenimento continuo di un Io stabile – una conquista recente della specie *Homo sapiens* – è un processo attivo che richiede dispendio di energia e che non è accessibile alla totalità della popolazione [17].

²⁵ Il concetto di "profondità dell'ipnosi" è rigettato da alcune Scuole, che preferiscono sostituire a questa metafora quella di "specificità d'organo" [19]. Tuttavia la profondità dell'ipnosi è stata sperimentalmente misurata [73].

comunicano attraverso un *device* (ad esempio per interfono,²⁶ mediante radioline tipo *walkie-talkie*, attraverso una connessione di rete o per telefono).

Il monoideismo plastico

Il monoideismo plastico, concetto accettato in linea di principio da tutte le Scuole, è una condizione nella quale, per focalizzazione dell'attenzione, una singola idea assume una tale rilevanza da divenire "plastica", cioè fattiva, efficace, tale insomma da produrre l'ipnosi con una fenomenologia sia psichica (vissuti del soggetto) che fisica (effetti apprezzabili da osservatori esterni o mediante strumenti).

Nel monoideismo plastico la mente riduce o interrompe la sua attività di *mind wandering* [71] e si concentra su un'unica immagine interiore [17,28]: un oggetto reale, un suono, un profumo, un ritmo (in pratica un qualsiasi oggetto che ricada sotto i processi percettivi) ma anche un'immagine o un oggetto esclusivamente mentale.

Formalizzato e sostenuto negli anni '60 del secolo scorso da Franco Granone [19], il monoideismo plastico è stato recentemente dimostrato in via sperimentale mediante la risonanza magnetica funzionale [72]; si tratta quindi ormai non di un'opinione sulla quale discutere ma di un fatto scientifico da accettare. Oggi si sa che il monoideismo plastico è caratterizzato principalmente da un'ampia attivazione delle aree prefrontali con disattivazione delle altre aree corticali: le aree attivate durante il monoideismo plastico non si sovrappongono all'attivazione di altre aree, che sono anzi inibite [72]: di qui il monoideismo.²⁷ Il monoideismo plastico è quindi una condizione reale e dimostrabile, financo misurabile in unità di misura fisiche, non un semplice concetto descrittivo, il che lo

²⁶ L'induzione e la gestione a distanza sono necessari per gli studi con la risonanza magnetica funzionale, nei quali l'operatore non può stazionare nella stanza del magnete e comunica con il soggetto attraverso un interfono. Tali studi non sarebbero stati possibili se non dimostrando preventivamente la possibilità dell'induzione e della gestione dell'ipnosi a distanza (nella sperimentazione citata in [22] operatore e soggetto distavano 50 metri e stavano in ambienti separati).

²⁷ Ciò si osserva meglio non in condizioni basali ma nel corso di un *task*, qualunque esso sia.

pone nell'ambito delle scienze naturalistiche e lo sottrae a quello delle discipline descrittive e delle opinioni.

In un *setting* strutturato il monoideismo plastico inizia al termine dell'induzione con un meccanismo "a grilletto" del tipo tutto-o-niente [74]; nulla si sa circa i suoi meccanismi d'innescio nell'ipnosi spontanea.

Già il solo insorgere del monoideismo plastico in ipnosi neutra (detta "inerte" da alcune Scuole) ha sempre un'azione ansiolitica, che può essere incrementata nel contesto della gestione dell'ipnosi mediante opportuni suggerimenti fino a raggiungere un reale potere terapeutico [50].

Poiché di fatto l'ipnosi inizia quando inizia il monoideismo plastico e cessa al cessare di questo, alcune Scuole fanno coincidere le due condizioni e definiscono l'ipnosi come monoideismo plastico.

Secondo altre Scuole, prevalentemente psicoterapeutiche, è invece problematico dire se alcune forme definite "ipnosi" coincidano con il monoideismo plastico, essendovi un continuo oscillare sinusoidale fra ipnosi e non ipnosi²⁸: secondo questa prospettiva, in clinica non si lavora sulla suggestione ma sull'evocazione e il concetto di ipnosi potrebbe suggerire "salienza per il soggetto" o "assorbimento" anziché "monoideismo plastico". Tali Scuole affermano che attraverso la ricerca scientifica si può finire per stereotipare la situazione, mentre nella pratica psicoterapeutica "variazioni meno scientifiche sono accettabili":²⁹ tali Scuole ammettono che processi non consci di *ruminatio* servano bene alla funzione di parlare con il linguaggio familiare del paziente³⁰ [75,76].

Questa posizione di ridimensionamento del valore della scienza è del tutto legittima e riporta di fatto la psicoterapia là dov'era nata, cioè nell'ambito del Magistero, della

²⁸ Benché l'ipnosi non sia sonno e non si possa perciò parlare né di sonno né di veglia, questa posizione ricorda le *vigiliae* militari dei Romani che avevano appunto un andamento ciclico, sinusoidale.

²⁹ Altri ammettono che lo psicologo dovrebbe essere una persona legata al pensiero scientifico applicato alle scienze sociali e umanistiche [66] ma che il legame scientifico spesso manca, problema che non si pone per il medico.

³⁰ Alcune Scuole fanno notare che è comunque sempre necessario distinguere tra fase colloquiale e ipnotica.

Linguistica e delle discipline umanistiche³¹. Ovviamente con una definizione così ampia come quella qui sopra descritta è difficile stabilire se un soggetto sia o non sia in ipnosi, mancando una chiara fenomenologia attribuibile al monoideismo plastico; a tale proposito le Scuole suddette³² viaggiano su due binari paralleli: da un lato suggeriscono che anche segnali minimi sono importanti ai fini dell'accertamento dell'ipnosi pur non escludendola, dall'altro ammettono che gli psicoterapeuti non ricercano espressamente una netta percezione della fenomenologia del monoideismo plastico o non sono interessati ad essa.

In realtà, a detta degli psicoterapeuti, in molti casi fenomeni correlabili al monoideismo plastico (rilassamento psicosomatico, ansiolisi, percezione individuale e spesso inattesa di caldo e freddo, pesantezza, amnesia, disorientamento spaziotemporale, *trance* spontanea o indotta e comportamenti postipnotici) sono rilevabili anche nel contesto della psicoterapia. A volte, in adeguata dimensione transferale di *rapport*, lo psicoterapeuta si può accontentare, per la diagnosi di ipnosi in atto, di basarsi sulla fiducia implicita presente nel contratto terapeutico³³. Altri affermano che lo psicologo dovrebbe essere una persona legata al pensiero scientifico applicato alle scienze sociali e umanistiche [78] ma che il legame scientifico spesso manca, problema che non si pone per il medico.

Induzione dell'ipnosi

Come si ottiene l'induzione ipnotica. In una fase di preinduzione (che fa già parte della relazione, cioè del *rapport*) è importante illustrare al soggetto gli obiettivi dell'induzione stessa, spiegando che cosa si farà insieme e stabilendo un patto che permetta alla persona di scegliere liberamente³⁴ di essere indotta. La preinduzione può essere di tipo diretto o

³¹ Posizione, appunto, lecita in quanto il pensiero deriva dal linguaggio [17,77] ed è perciò del tutto plausibile che la psicologia sia considerata una disciplina linguistica-umanistica-descrittiva e non una scienza. Alcuni psicologi, tuttavia, fanno ricerca sperimentale secondo criteri scientifici.

³² Che potrebbero anche accettare il principio secondo il quale "tutto è ipnosi" [75-77,79].

³³ Tale approccio fideistico (non scientifico ma neppure antiscientifico) appare accettabile in ambito psicoterapeutico purché si abbia chiara nozione delle sue implicazioni.

³⁴ Il concetto di libertà in ipnosi e nella vita quotidiana sarà trattato più oltre.

indiretto³⁵. In questa fase si costruisce una buona relazione, si prende a cuore la persona e si stabilisce l'obiettivo che ci si pone, si cerca una sintonizzazione, un'alleanza tra ipnologo e soggetto impiegando la fiducia e (secondo alcuni ma non altri) il rilassamento. Alcune Scuole ritengono che l'induzione autoritaria-direttiva abbia serie controindicazioni e nessun vantaggio, altre che esistano degnamente anche ipnosi autoritarie-direttive (non per questo coercitive) che rappresentano un'altra modalità di fare ipnosi sicuramente lontana dalla visione Ericksoniana.

La fase di induzione vera e propria, che in un contesto psicoterapeutico vede un'attenzione verso sé stessi senza passare per il momento dall'obiettivo problematico, consiste nel modificare la coscienza fino a giungere al monoideismo plastico.

Al di fuori dell'emergenza esistono modi lenti, rapidi e istantanei per indurre l'ipnosi, cioè per fare scattare il monoideismo plastico [28,80]. L'induzione lenta è solitamente percepita come più piacevole dal soggetto ed ha da un lato il vantaggio di permettere un lavoro indiretto e profondo dell'Inconscio verso il cambiamento terapeutico, dall'altro lo svantaggio di richiedere un tempo che potrebbe essere utilmente impiegato nella gestione dell'ipnosi. L'induzione rapida e istantanea è più spesso usata dai medici e dai ricercatori, oltre che nel *setting* didattico, mentre tutte le Scuole che impiegano l'ipnosi nella psicoterapia concordano sull'avversione alle induzioni istantanee, sostenendo che esse, quando usate in ambito psicoterapeutico, invariabilmente falliscono nel creare la relazione voluta. Il fondamento dell'ipnosi non è necessariamente la parola³⁶. Benché questa rimanga per alcuni uno strumento privilegiato, altrettanto importanti ed efficaci sono l'aspetto paraverbale, il canale tattile dei "passi", il comportamento non verbale (incluse la prosodia, le caratteristiche toniche e timbriche della voce, le pause, i silenzi e la postura), l'uso di una lingua diversa o creata *ad hoc* e ogni altro accorgimento che in qualsiasi modo

³⁵ Alcune Scuole preferiscono la dizione "di tipo direttivo o non direttivo" oppure "di tipo materno o paterno".

³⁶ Tant'è che è possibile e facile indurre anche i non udenti.

faciliti una relazione profonda fra ipnologo e soggetto nella quale, in qualsiasi ambito (terapeutico, diagnostico, didattico, sperimentale), sia palese che il primo è lì per il secondo e lo prende a cuore, avendone cura.

Fenomenologia dell'induzione. La fenomenologia fisica (semeiologica) dell'induzione è molto chiara a chiunque sia aduso all'ipnosi e la capacità di riconoscerla viene appresa con la pratica.

Ricerche sperimentali hanno dimostrato che l'induzione ipnotica ha un quadro neurologico suo proprio [19,80], che vede principalmente l'attivazione dell'emisfero destro nelle induzioni lente con rilassamento e l'attivazione ulteriore delle aree prefrontali (soprattutto destre) e del precuneo nelle induzioni rapide o senza rilassamento [81]. L'induzione ipnotica attiene quindi alla fisiologia umana, non alle discipline descrittive. Lo psicoterapeuta o lo psicoanalista di derivazione umanistica che utilizzino l'induzione ipnotica devono essere consapevoli di poter agire anche su specifiche strutture neurologiche, come il ricercatore deve aver presente che la struttura neurologica implicata non è sempre individuabile. Da un punto di vista esteriore, l'induzione ipnotica si caratterizza per una più o meno rapida transizione verso l'ipnosi.

Induzione, ipnosi e suggestione. L'induzione ipnotica non è basata sulla suggestione ma su un processo che conduce al monoideismo plastico, il quale nella suggestione non si verifica.

Una volta indotta l'ipnosi, raggiunto cioè il monoideismo plastico, si realizza però un aumento della suggestionabilità che in effetti è costantemente sfruttato nella gestione dell'ipnosi.

Tecniche di induzione. Le tecniche non sono importanti nell'induzione, in quanto ciò che conta è soltanto la relazione fra operatore e soggetto. Delle tecniche si può benissimo fare a meno³⁷. Tuttavia al neòfita o in casi nei quali si debba fare in fretta o quando non si riesca a stabilire in tempi ragionevoli un'idonea relazione può essere opportuno far ricorso a qualcuna delle tecniche preconfezionate [17,82,83] o a qualche tecnica personale preventivamente messa a punto dall'operatore.

Le tecniche sono tanto più efficaci quanto più chi le applica crede alla loro efficacia e quanto maggiore è la sua autorevolezza. Va ribadito che, benché le tecniche possano aiutare i meno esperti o accelerare il processo di induzione quando sia necessaria una maggiore rapidità, il loro unico scopo unico è quello di favorire la relazione fra operatore e soggetto: ci sono molte tecniche ma lo scopo dell'induzione è sempre lo stesso: la relazione.

Secondo alcuni, indurre consiste nell'attivare un processo di interiorizzazione mediante un *freezing* della mente a tutti i suoi processi cognitivi, cioè uno stacco mentale dalla realtà esterna in virtù del quale la mente dal punto di vista inconscio³⁸ diventa protagonista. Il punto di inizio di tutte le tecniche è insomma fare un "fermo immagine" della relazione fra soggetto e mondo esterno e portarlo nel mondo interiore. Le tecniche non hanno valore induttivo ma soltanto complementare.

È possibile, anzi facile, indurre l'ipnosi senza alcuna tecnica, soltanto parlando o – come accennato – anche senza parlare, utilizzando il comportamento paraverbale o non verbale e persino nessun comportamento [84,85]. Spesso l'induzione si instaura da sé, se fra ipnotista e soggetto vi è una buona intesa, se vi sono state sedute ripetute o se l'ipnotista ha carisma o gode di una fama di "bravura" (ma chi è abile ad essere indotto in ipnosi è comunque sempre il soggetto).

³⁷ Ovviamente anche fare a meno delle tecniche è in certo qual modo una tecnica.

³⁸ Con tutte le riserve dovute all'acclarato continuo interscambio fra processi consci e non consci e alla constatazione che la coscienza soggettiva germina continuamente dall'Inconscio, in tal modo si sposta un po' l'attenzione dall'ipnosi come modificazione di coscienza in senso stretto.

Nell'emergenza o quando vi sia grande necessità da parte del soggetto, non solo non si riesce ad attuare la fase preinduttiva e si passa direttamente a quella induttiva, ma persino l'induzione vera e propria è il più delle volte non necessaria;³⁹ la *trance* ipnotica è un meccanismo per così dire primitivo e nell'emergenza si lavora direttamente nel campo induttivo perché il soggetto è già predisposto ed ha l'Inconscio⁴⁰ già "aperto". Lo stesso può accadere quando vi sia notevole aspettativa o quando il *setting* e l'obiettivo predispongano il soggetto/paziente ad affrontare (speso ma non solo terapeuticamente) il suo percorso. Nella visione psicoterapeutica dell'induzione, viene infatti valorizzata una posizione mentale che lasci sopire le aree logiche con riduzione della critica verso il "magazzino delle risorse nelle aree analogiche"⁴¹ [76].

Approfondimento dell'ipnosi

L'approfondimento è la fase che, spesso attraverso ulteriori tecniche, permette di rendere più profonda⁴² e stabile l'ipnosi. Alcuni definiscono l'approfondimento con la metafora dello scivolo all'interno. Potrebbe essere questo il periodo dopo la *trance* ipnotica del quale parla Erickson [75,76], un periodo nel quale il paziente è ancora suscettibile di ricevere spunti e suggestioni. La profondità raggiungibile dipende dall'operatore ma soprattutto dall'abilità ipnotica del soggetto e dalla qualità empatica della relazione.

³⁹ Secondo alcuni, tuttavia, anche nell'emergenza è importante passare per tutte le fasi, preinduttiva compresa, al fine di stabilire un rapporto migliore.

⁴⁰ Stanti i diversi significati che ogni Scuola gli attribuisce, si sono ottenute in pratica 12 definizioni di Inconscio dalle Scuole coinvolte nel presente documento. Ai fini del *Consensus* si accetta che il termine "Inconscio" [28] sia una nominalizzazione, cioè un processo trasformato in evento, un aggettivo trasformato in sostantivo, una metafora. In questo stesso paragrafo che costituisce la nota 40, "nominalizzazione", "processo" e "trasformato" sono a loro volta metafore. Purtroppo, benché l'Inconscio sia sempre stato concepito in termini puramente descrittivi [86], la sua esistenza reale è stata recentemente dimostrata sperimentalmente con i metodi codificati e con le unità di misura della fisiologia umana [29]. Benché tutti siano in rado di localizzare (metaforicamente) la sede del proprio Io [87], coscienza e Inconscio sono in incessante relazione in quanto la prima deriva dal secondo e riversa in questo suoi contenuti che ricadono *sub limine*.

⁴¹ Secondo alcune Scuole le aree analogiche rappresentano l'Inconscio o il non conscio inteso come deposito delle capacità, laddove le aree logiche sono tipiche della coscienza soggettiva, con le due metafore in continua trasmigrazione reciproca ridotta dall'attivazione emozionale.

⁴² Il concetto di profondità dell'ipnosi è messo in discussione da alcune Scuole, soprattutto da quelle che si occupano esclusivamente di psicoterapia, nella quale un'ipnosi cosiddetta profonda non è in genere necessaria. Tuttavia gli ipnotisti sperimentali sanno che per ottenere, dimostrare e misurare certa fenomenologia (allucinazioni, rivivificazione, *neglect*, aumento della *performance* ecc.) non si può prescindere da un'ipnosi profonda [1]; derivando da studi pubblicati, tale evidenza scientifica è un fatto e non il prodotto di opinioni.

Le tecniche di approfondimento, come quelle di induzione, sono tante quanti sono gli ipnotisti. La modalità di approfondimento più ovvia è sfruttare la fase di maggiore vulnerabilità e minore capacità critica che si verifica – perdurando pochissimo, forse 1-2 secondi – nella fase di incipiente deipnotizzazione, durante la quale si può riportare rapidissimamente il soggetto in ipnosi franca; la profondità così ottenuta è molto maggiore di quella precedente e il processo può essere ripetuto un certo numero di volte in rapidissima successione senza soluzione di continuità ottenendo in meno di un minuto una profondità che il soggetto è solito quantificare come “100%”. Una prassi semplicissima è quella di suggerire al soggetto, rimanendo in ipnosi, di aprire gli occhi, dicendogli che quando questi gli verranno chiusi con un tocco della mano egli tornerà in una condizione di *trance* molte volte più intensa; e così di seguito rapidamente per 6-7 volte, senza mai uscire realmente dall’ipnosi [28].

Gestione dell’ipnosi

Principi generali. Raggiunta la *trance* ipnotica (cioè scattato il monoideismo plastico), è possibile somministrare durante lo stato di coscienza modificata suggestioni idonee alla conduzione e alla gestione dell’ipnosi.

È questa la parte più rilevante della seduta, giacché indurre l’ipnosi senza poi gestirla è di per sé un esercizio sterile, utile soltanto in ambito didattico o sperimentale. Gestire l’ipnosi significa agire attraverso il linguaggio verbale, paraverbale [28,84] e non verbale [85] generando metafore e immagini⁴³ che portino il soggetto indotto ad attivare le proprie risorse [87] attraverso l’attivazione di processi mentali semplici o complessi coinvolgenti dimensioni conscie e soprattutto non conscie.

⁴³ Alcune Scuole preferiscono nettamente il termine “immagini” al termine “metafore”, ove per immagini (mentali) si intendono quelle non implicante necessariamente la componente visiva ma create anche da altri sensi; il termine metafore è considerato da alcuni troppo specifico e tipico di alcune correnti di pensiero, non includendo la vasta gamma di immagini che si possono creare durante la *trance*.

La gestione dell'ipnosi è impegnativa e – a differenza dell'induzione che è alla portata di chiunque – richiede competenze specifiche, talora specialistiche.

Il monoideismo plastico apre così ampi, duraturi e poco difesi pertugi sulla mente profonda e – essendo appunto “plastico” – consente di dare corpo psichico e fisico a così tante e prolifiche suggestioni e metafore [88,89], da far affermare che gli impieghi dell'ipnosi in un *setting* strutturato sono moltissimi (un piccolo campionario è riportato in Tabella 2). La gestione dell'ipnosi dipende molto dallo scopo che ci si prefigge.

Storicamente i primi impieghi furono quelli in chirurgia, ove il chirurgo stesso sapeva talora raggiungere un grado di analgesia ipnotica [2,5,51,90] sufficiente a rendere più facile e meno doloroso e crudele l'atto operatorio.⁴⁴

Tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo l'ipnosi fu usata con iniziale soddisfazione dagli psichiatri;⁴⁵ da questi deriva il moderno impiego dell'ipnosi nell'ipnoanalisi e nell'ipnositerapia nelle psicoterapie prevalentemente brevi [91], mentre nella prassi psicoanalitica l'impiego è scarso.

Il medico clinico non psicoterapeuta tende ad applicarla alla risoluzione di particolari problemi legati alla propria sfera d'azione o specialità (Tabella 2).

Lo psicologo non psicoterapeuta ricerca una relazione più efficace con il paziente (e spesso non raggiunge il monoideismo plastico o financo non è interessato a farlo).

Lo psicoterapeuta usa l'ipnosi anche per incidere sulla sfera profonda, fino a giungere allo svelamento di un trauma, alla risoluzione di un condizionamento⁴⁶, al recupero di un ricordo reale o onirico caduto *sub limine* e alla ricostruzione di personalità.

⁴⁴ Prima dell'avvento dell'anestesia farmacologica, così certamente si faceva a Padova da parte del chirurgo (la figura dell'anestesista ancora non esisteva). I primi anestetici chimici non erano comunque esenti da rischi e problemi (esplosioni del paziente con l'etere, morte improvvisa con il cloroformio ecc.) e pare che alcuni abbiano preferito proseguire con l'ipnosi per alcuni anni. I “cavadenti” antesignani dei moderni odontoiatri usavano quanto meno energiche tecniche di distrazione (grida, rullo di tamburi ecc.) che, se non erano ipnosi, vi andavano vicino.

⁴⁵ che poi l'abbandonarono per motivi non scientifici, anche sotto l'incalzare della nascente psicoanalisi e della psicologia analitica.

⁴⁶ Quelle che un tempo erano denominate nevrosi sono più modernamente ricondotte a condizionamenti.

Il ricercatore scientifico, che non agisce come terapeuta e quindi non ha i limiti imposti dalla legge di cui alla nota 13, spazia in ogni campo sotto la propria responsabilità, con il consenso informato del soggetto e previa approvazione del competente Comitato di Bioetica; questa attività di ricerca, oggi molto fiorente in alcuni istituti pubblici e privati [1], consente all'ipnosi di evolvere, aggiornarsi, trovare nuove applicazioni e spiegazioni fisiopatologiche e rimanere una scienza viva nell'ambito della metodologia galileiana. In virtù di tali ricerche oggi si sa che alcune fenomenologie dell'ipnosi un tempo attribuite a fattori puramente psicodinamici come l'analgesia, sia in forma di anestesia locale (*hypnotic focused analgesia*) che generale (*hypnotic focused anaesthesia*) [2-5,51,90], le allucinazioni [8,13,14,92], la paralisi flaccida [9], i *neglect* (le negligenze per una parte del mondo) [10-12,93,94], la rivivificazione [15] e l'aumento della performance fisica e psichica [6,7] sono in realtà anche eventi fisici visualizzabili con le tecniche di *neuroimaging*, riproducibili sperimentalmente e misurabili con i metodi e le unità di misura che sono tipici della fisiologia umana [1].

Alcuni didatti, docenti e allievi delle Scuole hanno poi portato in clinica le applicazioni dei risultati sperimentali [95-102; si veda anche la Tabella 2] e di conseguenza oggi è possibile ottenere prestazioni sanitarie in ipnosi o con l'ausilio della comunicazione ipnotica.⁴⁷ In ipnosi è possibile non solo risolvere ma anche produrre un condizionamento con disturbo fobico, ossessivo-compulsivo o di conversione [103]. La ricerca con ipnosi, occupandosi del funzionamento della mente, costituisce altresì una zona di frontiera con altre discipline scientifiche e umanistiche quali la neurofisiologia, la fisica quantistica, l'arte, l'antropologia, la criminologia, la morale, la filosofia, la teologia ecc.

Nella gestione dell'ipnosi si tende a parlare molto più che durante l'induzione, al fine di dare al soggetto o al paziente, nell'ambito della collaborazione con l'ipnotista, gli

⁴⁷ Ad esempio all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (<https://www.cittadellasalute.to.it>) [100,104] (ove esiste un'unità *Pain Therapy and Palliative Care*), al Presidio Ospedaliero Cardinal Massaia dell'Azienda Sanitaria Locale di Asti [97-99] e all'ARNAS Azienda Ospedaliera G. Brotzu di Cagliari (Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna (<https://www.aobrotzu.it/>)) [95,96].

strumenti atti a raggiungere lo scopo voluto. Nella psicoterapia, lo svelamento dell'origine e del significato del sintomo può aprire la strada alla ristrutturazione.⁴⁸

La libertà in ipnosi. Circa l'induzione, tutte le Scuole ritengono che il soggetto sia libero⁴⁹ di accettarla o meno.

Nell'ipnosi gestita in un qualsiasi *setting*, la critica è ridotta ma non azzerata [104], essendo l'ipnosi accettazione critica dell'idea altrui⁵⁰ [17,28]. Il soggetto in monoideismo plastico è quindi libero di accettare o non accettare quanto gli viene suggerito. Una recente ricerca con tecniche di *imaging* ha dimostrato che in ipnosi si attivano proprio le aree cerebrali che sono attive nella coscienza e nella libertà [105].

Chiunque può verificare che un soggetto in ipnosi non eseguirà mai azioni suggerite che egli non approvi coscientemente o che siano contrarie ai suoi principi o al suo codice morale o al suo benessere personale. Solo per mezzo di inganni deliberati, ad esempio allucinando contesti non esistenti, è talora possibile indurre il soggetto a comportarsi come nella vita ordinaria non farebbe, ma appunto di trucchi si tratta.

Ipnosi da spettacolo e da intrattenimento. Come sotto specificato, l'ipnosi da intrattenimento non è vietata in Italia e di conseguenza è consentita a chiunque, benché chi la pratica al di fuori della scriminante specifica prevista dall'art. 728 c.p. risponda per qualsiasi situazione di mero pericolo che possa verificarsi.

⁴⁸ Il ruolo di quello che era definito "trauma non coscientizzato" (oggi più propriamente "disturbo post-traumatico da stress") nella genesi di molti disturbi mentali è oggi messo in discussione da alcuni. Su questa visione indice probabilmente molto lo "spirito del tempo" [25].

⁴⁹ Che poi la libertà esista, non solo nella pratica dell'ipnotismo ma in generale nella vita quotidiana, è stato posto in discussione sia da un punto di vista filosofico che sperimentale [106-111]. Se essa esiste, non è comunque con ogni probabilità libertà cosciente, dato che non si vede come questa possa esistere in un universo deterministico (si tratterebbe di una singolarità, come il *big bang* o un *black hole*) [106].

⁵⁰ L'accettazione acritica dell'idea altrui è piuttosto suggestione o manipolazione [112].

L'intrattenimento è spesso privato (in cene, nei salotti, fra amici ecc.) ma talora assume i caratteri dello spettacolo di fronte a molti astanti in un ambiente teatrale (ipnosi da palcoscenico) [113-117].

Molte esibizioni di sedicenti ipnotisti da palco sono semplici trucchi che si avvalgono di *partner* compiacenti, mentre alcuni intrattenitori sono veri ipnotisti, talora laureati [113,114], anche se il loro repertorio relativo all'ipnotismo rimane limitato rispetto alle prospettive sanitarie. Ciò che caratterizza l'ipnosi da intrattenimento è l'assenza di una relazione d'aiuto. Inoltre, se inesperti, gli ipnotisti da spettacolo sono meno atti a identificare i rari soggetti pronti a sviluppare crisi psicotiche o altri disagi in seguito all'induzione ipnotica⁵¹.

⁵¹ In alcune Scuole che si caratterizzano per la loro serietà agli ipnotisti neodiplomati viene chiesto di firmare un atto nel quale si impegnano a non praticare spettacoli d'ipnosi.

Uscita dall'ipnosi

Problemi terminologici

Non esiste purtroppo un termine adeguato e univoco per indicare l'uscita dall'ipnosi in un *setting* strutturato. Il fuorviante termine "risveglio" va assolutamente evitato in quanto l'ipnosi non è sonno. Il termine "esduzione", abbastanza diffuso, indicherebbe più propriamente l'uscita dall'induzione prima che si sia raggiunta l'ipnosi (una condizione alquanto rara a determinarsi). Alcuni suggeriscono il termine "riorientamento", che tuttavia sottintende erroneamente che il soggetto in ipnosi sia disorientato. Il termine "deipnotizzazione" rimanda, è vero, alla figura dell'ipnotizzatore da intrattenimento ma si conviene che sia possibile, in mancanza di alternative più valide, indicare l'uscita dall'ipnosi con il termine "deipnotizzazione", purché se ne condivida il reale significato e non lo si intenda alla lettera.

Secondo alcuni la deipnotizzazione è una fase importante per supportare la fissazione di determinati processi, essendo il soggetto molto recettivo ai suggerimenti. Su questo punto vi sono tuttavia discordanze, dato che in altre Scuole il condizionamento viene somministrato principalmente durante l'ipnosi e non durante la deipnotizzazione.

Nella deipnotizzazione, che deve essere formale e ripercorrere il più possibile, in senso contrario, le eventuali suggestioni somministrate durante la gestione dell'ipnosi, il soggetto è guidato a tornare allo stato di coscienza ordinario attraverso una rifocalizzazione dell'attenzione sui contenuti abituali preipnotici. Una deipnotizzazione condotta male, troppo in fretta o con criteri non formali può far residuare nel soggetto un senso di disagio o angoscia. Tutte le Scuole concordano sul fatto che, prima di far uscire il soggetto dall'ipnosi, sia opportuno suggerirgli di lasciare che la sua mente lavori su quello che è stato detto e fatto.

Somministrazione di condizionamenti postipnotici

Suggerimenti somministrate in ipnosi e/o durante la deipnotizzazione hanno un'altissima probabilità di rimanere vigenti anche dopo il termine della seduta e di fatto è uso comune lasciare al soggetto condizionamenti [116] che possano essere utili in ambito terapeutico oppure nella sperimentazione scientifica. Suggestioni di benessere, tranquillità, serenità e ansiolisi vengono sempre somministrate per essere attivi nel postipnotico, ma è altresì possibile lasciare condizionamenti specifici da porsi in essere, ad opera del soggetto (spesso inconsapevolmente) in momenti precisi della giornata o di una determinata giornata. I condizionamenti postipnotici possono essere programmati per eseguirsi in un dato momento e perdurano teoricamente per un periodo stabilito dall'ipnotista o - se non stabilito - per sempre, anche se in pratica tendono ad affievolirsi nel tempo (tuttavia è facile ristabilirli in sedute successive). Uno dei condizionamenti somministrati più di frequente, utile in tutti i campi, è quello di tornare immediatamente in ipnosi, con il consenso del soggetto, saltando l'induzione, in sedute successive o al verificarsi di determinate circostanze della vita quotidiana.

Fase postipnotica

Secondo alcune Scuole, nell'immediata fase postipnotica che segue da vicino la deipnotizzazione – come detto sopra – il soggetto rimane, per un breve tempo, molto suscettibile a suggestioni e condizionamenti. Si tratta di una fase privilegiata. Alcune Scuole preferiscono che in questa fase il soggetto sia lasciato in silenzio affinché consolidi quanto avvenuto nella fase ipnotica, altre ne approfittano per ottenere un racconto di quanto vissuto durante l'ipnosi. Tali apparenti discordanze, che riguardano soprattutto l'utilizzo dell'ipnosi in psicoterapia, riflettono più le caratteristiche del processo terapeutico che la struttura dell'ipnosi.

Nella fase postipnotica al soggetto viene chiesto come si sente; egli non deve in alcun caso lasciare la seduta in condizioni peggiori di quando l'ha iniziata, anche se ciò significasse rifare la seduta. La deipnotizzazione deve essere sempre adeguatamente accompagnata da suggestioni di benessere, ottimismo e rinforzo dell'Io. Gli eventuali condizionamenti suggeriti in ipnosi vanno verificati nella fase postipnotica. Si può chiedere al soggetto se ha qualcosa da aggiungere e agire di conseguenza.

Aspetti medico-legali e criminologici

Basi giuridiche per la pratica dell'ipnosi in Italia

Nell'ordinamento italiano, ciò che non è espressamente vietato è consentito; di conseguenza, non esistendo alcun divieto a porre taluno in ipnosi né a condurre l'ipnosi, chiunque lo può fare. Di più, l'art. 613 c.p. ("Procurato stato di incapacità") recita: "Chiunque, mediante suggestione ipnotica [...] o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti o con qualsiasi altro mezzo pone taluno, senza il suo consenso, in stato di incapacità di intendere o di volere⁵² è punito con la reclusione fino a un anno [...]" e quindi implicitamente avvalga l'uso dell'ipnotismo da parte di chiunque, pur stabilendo pene per le eventuali conseguenze⁵³. Infatti è richiesto soltanto il consenso del soggetto ipnotizzato, senza che siano previsti per l'operatore alcuna particolare qualifica o abilitazione né alcun titolo di studio. Su ciò si basa l'ipnosi da spettacolo o da intrattenimento.

Chiunque sia pratico di ipnosi può evincere come, ai sensi dell'art. 613 c.p., l'ipnosi sia considerata in grado di privare il soggetto della capacità di intendere e volere e sia equiparata alla somministrazione di sostanze psicotrope, un assurdo scientifico per uno studioso moderno, essendo noto che non è possibile in ipnosi privare alcuno della coscienza egoica né spingerlo a compiere atti contrari alla propria volontà travalicando il "libero arbitrio del no" che deriva dall'attivazione della *veto area*, cioè della corteccia dorsale frontomediana (dFMC) [117]. In particolare, è stato dimostrato scientificamente con la risonanza magnetica funzionale che l'ipnosi, lungi dal disattivarle, attiva specificamente le aree cerebrali della coscienza e della volontà [105]. La conseguenza

⁵² L'incapacità di intendere e volere è definita dall'art. 85 c.p.

⁵³ Si tratta di un articolo di rara applicazione che risente grandemente dello spirito del tempo nel quale fu ideato (tra la fine degli anni '20 e l'inizio degli anni '30 del secolo scorso, quando praticamente nulla si sapeva circa l'ipnosi). Non si può fare a meno di chiedersi perché tale articolo, forse giustificabile nell'ignoranza di allora, non sia mai stato aggiornato nei 92 anni successivi [106,111].

dell'art. 613 c.p. è che il pubblico ministero, i giudici delle indagini preliminari e quelli del dibattimento possono sentirsi legittimati – e probabilmente lo faranno – ad equiparare il soggetto in ipnosi ad uno che sia stato reso succube, ad esempio mediante una delle numerose “droghe dello stupro” [19,28,118], il che è scientificamente ingiustificato.⁵⁴ Nell'inchiesta e nel dibattimento il magistrato si avvarrà verosimilmente di una perizia, strumento dall'esito sempre assai incerto e ancor più del solito nel caso dell'ipnotismo, in quanto affidato di regola ad un medico legale che con ogni probabilità ben poco sa di ipnosi.

Un altro controverso articolo che si occupa di ipnosi è l'art. 728 c.p. (“Trattamento idoneo a sopprimere la coscienza o la volontà altrui”), che recita: “Chiunque pone taluno, con il suo consenso, in stato di narcosi o d'ipnotismo o esegue su lui un trattamento che ne sopprima la coscienza o la volontà è punito, se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda [...]. Tale disposizione non si applica se il fatto è commesso, a scopo scientifico o di cura, da chi esercita una professione sanitaria”. Si tratta di una contravvenzione concernente la polizia sanitaria, che pone in luce come l'ipnotismo sia equiparato dalla legge alla narcosi e sia considerato idoneo a sopprimere coscienza e volontà,⁵⁵ cosa che come detto non accade. L'importanza reale di questo articolo è che prevede una scriminante⁵⁶ per gli esercenti una professione sanitaria che operino nel proprio campo di pertinenza a scopo non solo di cura (psichiatri, psicoterapeuti, anestesisti analgici ecc.) ma anche a scopo genericamente scientifico (medici, psicologi, odontoiatri, ricercatori scientifici, didatti, scienziati ecc.). Tutti gli altri rispondono invece di ogni situazione anche di mero pericolo, senza neppure la condizione che il pericolo di realizzi. Benché le sanzioni previste dai due articoli citati siano tutto

⁵⁴ Ed è chiaro che se vi è contrasto fra una presunta verità giuridica e la verità scientifica è la seconda ad essere quella giusta.

⁵⁵ Di coscienza e volontà si occupa l'art. 42 c.p.

⁵⁶ Scriminante: disposizione che priva un atto del suo valore criminale.

sommato lievi, vanno considerati gli aspetti civilistici e risarcitori che invariabilmente seguiranno alla condanna penale.

Consenso⁵⁷ informato

Sia dall'articolo 613 c.p. che dal 728 c.p. emerge l'assoluta necessità del consenso informato alle procedure ipnotiche strutturate. Il consenso, che deve essere compreso, sincero e maturato in una serie di colloqui, può essere verbale nel contesto clinico e didattico, mentre deve essere anche scritto e firmato nel contesto sperimentale. In ogni caso esso va rilasciato prima dell'inizio della sessione d'ipnosi. L'omissione del consenso informato può anche avere sequele in sede civile (ove il querelante ha però l'onere della prova) e può dar luogo a risarcimento a prescindere sia dalla corretta o persino magistrale esecuzione della procedura sia dal suo buon esito [119]. In ambito medico, casi di gravi eventi avversi verificatisi nel corso di procedure effettuate senza preventivo consenso informato⁵⁸ hanno portato all'ipotesi di dolo.

Reati connessi con l'impiego dell'ipnosi

Sono rarissimi i casi noti di reati commessi direttamente mediante ipnosi da parte di personale sanitario (forse solo uno è giunto all'ultimo grado di giudizio con condanna del reo).⁵⁹ Vari reati possono invece essere commessi con l'ipnotismo, al di fuori di una relazione d'aiuto, da parte di personaggi capaci di indurre e gestire l'ipnosi ma non appartenenti al mondo sanitario. Così può essere ad esempio nel caso delle sette che tendono alla subordinazione dell'adepto, nel cui contesto l'ipnosi può essere usata da ciarlatani considerati carismatici per ridurre la critica e intervenire con successive

⁵⁷ o forse meglio assenso

⁵⁸ Non si parla però qui di ipnosi ma di chirurgia maggiore.

⁵⁹ benché si debba ovviamente accettare la verità processuale, è lecito dubitare che essa coincidesse con la verità scientifica.

suggerzioni. Di queste sette, mai studiate con metodo sperimentale, si sa poco dal punto di vista scientifico, benché esse siano ben note ai criminologi esperti nel campo. In molti casi in questi contesti non viene utilizzata l'ipnosi benché l'adepto lo creda. Le cosiddette ipnosirapine⁶⁰ sono in realtà equiparabili a furti con destrezza nei quali la buona fede della vittima è carpita non per mezzo dell'ipnosi ma con la suggestione e la manipolazione. Il secondo comma dell'art. 613 c.p., nella sua approssimazione scientifica tipica dei primi del Novecento, prevede comunque che "la pena è della reclusione fino a 5 anni se il colpevole ha agito col fine di commettere un reato o se la persona resa incapace⁶¹ commette in tale stato un fatto previsto dalla legge come delitto", due circostanze che non risulta si possano verificare in sedute d'ipnosi, soprattutto la seconda (a meno che l'ipnotizzato abbia già una personalità o dei trascorsi inveterati da criminale) [120].

Ipnosi in campo investigativo

In Italia non hanno valore probatorio le risultanze delle sedute di ipnosi, il che è corretto in quanto ciò che è riferito da un soggetto in ipnosi o dopo la deipnotizzazione può essere, in perfetta buona fede, nulla più che un vissuto personale non rispondente ad un fatto reale. Tuttavia la rivivificazione – procedura mediante la quale si porta il soggetto indietro nel tempo, fino non solo a ricordare un evento della sua vita, ma a riviverlo in diretta [15] – può essere utile nel dare lo spunto ad ulteriori indagini, le quali, queste sì, possono condurre ad esiti probatori⁶² utili nelle fasi preliminari e nel dibattimento. È stato

⁶⁰ Le "ipnorapine" o meglio "ipnosirapine" (le ipnorapine sono quelle effettuate durante il sonno) sono semplicemente rapine effettuate mentre la vittima dorme (ma se non c'è violenza fisica si dovrebbe parlare più propriamente di ipnosifurti).

⁶¹ Si ribadisce che in ipnosi nessuno è reso incapace di intendere e volere.

⁶² Ad esempio un soggetto che abbia assistito ad una rapina ma non ricordi per rimozione o altro la targa del veicolo usato dai rei può rivederla in ipnosi rivivificativa, dopo di che chi conduce le indagini potrà verificare a chi corrisponda quella targa, ricostruire l'alibi del proprietario ecc. fino a giungere a conclusioni rilevanti dal punto di vista investigativo; queste conclusioni, non la seduta ipnotica, avranno valore di prova nelle indagini; ovviamente possono essere recuperati così solo fatti che non siano andati perduti per danneggiamento cerebrale.

dimostrato sperimentalmente che la rivivificazione ipnotica è reale e misurabile (ad esempio in millisecondi di reazione a stimoli) [15].

Conclusioni

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificata del tutto fisiologica, iperconcentrata verso l'interno, che si verifica spontaneamente e inavvertitamente nella vita quotidiana ma che può altresì essere perseguita deliberatamente in un *setting* strutturato di eteroipnosi o di autoipnosi anche eteroindotta. Nel contesto di eteroinduzione (ipnotismo) da parte di un ipnologo, l'ipnosi raggiunge i livelli più elevati di profondità e di efficacia fino a produrre fenomenologia psichica (produzione e risoluzione di condizionamenti, rinforzo dell'Io, rivivificazione ecc.) e fisica (analgesia, anestesia, *neglect*⁶³, aumento della *performance* ecc.) apprezzabile e misurabile. Indurre l'ipnosi è molto facile per ragioni antropologiche [121,122], mentre per gestire l'ipnosi servono strumenti culturali anche specialistici. Per questa ragione, benché consentito a chiunque, l'esercizio dell'ipnosi dovrebbe essere ristretto a ricercatori scientifici e ad operatori sanitari iscritti ad albi professionali (i quali godono altresì di una speciale scriminante) e limitato da ciascuno all'ambito delle proprie competenze. L'ipnotismo non è una psicoterapia ma può essere utilmente impiegata dagli psicoterapeuti, così come, nei loro campi, dai medici e dagli odontoiatri; altre categorie sanitarie possono essere idonee alla comunicazione ipnotica. Esistono tecniche preconfezionate di induzione ipnotica e altre che possono essere create dall'ipnotista anche al momento. Esse tuttavia non sono importanti in quanto ciò che fa scattare il monoideismo plastico (ovvero lo stato di ipnosi) è la speciale relazione (*rapport*) fra chi induce e chi è indotto. L'induzione non è suggestione (anzi, la propensione all'induzione e quella alla suggestione seguono forse *trend* opposti in relazione all'età), ma una volta instauratosi il monoideismo plastico si possono somministrare suggestioni che hanno il carattere di condizionamenti e che, se così disposto, possono essere attive anche nel

⁶³ Alcune Scuole chiamano ancora "allucinazione negativa" quella che è in realtà un *neglect*, cioè un disinteresse verso una percezione [123].

postipnotico. La propensione al *rapport* dipende da fattori genetici, psicodinamici e antropologici (abilità all'ipnosi) di chi viene indotto, dalla capacità e autorevolezza di chi induce e dal rapporto empatico di coppia. Nessuno può essere costretto in ipnosi a compiere atti che non compirebbe nello stato di coscienza ordinaria [105,124]. È opportuno sbarazzarsi dell'idea che l'ipnosi sia una psicoterapia; l'APA si è espressa in tal senso e d'altra parte l'ipnosi è usata dagli psicoterapeuti impegnati in relazione d'aiuto ma anche e soprattutto – legittimamente – da altri esperti quali medici, psicologi, odontoiatri e altri operatori sanitari addestrati che non hanno la qualifica di psicoterapeuti, nonché da ricercatori addestrati che non agiscono in un *setting* terapeutico ma sperimentale e che spesso considerano l'ipnosi un mero mezzo di indagine. L'ipnositerapia è soltanto uno dei molti campi di applicazione dell'ipnosi in ambito sanitario.

Tabella 1. Scuole e Istituti i cui esponenti hanno contribuito alla *panel discussion* e ai lavori per la formazione del *Consensus*

Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi (AMISI), Milano
Istituto Artigianelli, Dipartimento Mente e Coscienza (DMC), Trento
Istituto Franco Granone, Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale (CIICS), Torino
Istituto Ipnosi Bernheim, Verona
Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica (SEPI), Milano
Scuola Italiana di Ipnosi (SII), Roma
Società Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana (SIPE), Roma
Società Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMP), Parma
Società Scientifica Italiana Ipnosi Clinica in Psicoterapia e Medicina Umanistica (SIPMU), Verona
Summer School of Hypnosis (AETOS), Venezia

Tabella 2. Alcuni impieghi leciti dell'ipnosi. Ne esistono molti altri.

In medicina

Trattamento di malattie dermatologiche a componente psicosomatica [125-128]
Come adiuvante nel trattamento dell'ulcera peptica
Come ansiolitico e analgesico nelle procedure fastidiose o dolorose [96-102, 129].
Nel miglioramento della comunicazione fra paziente e personale sanitario [130]
Nel trattamento delle dipendenze da nicotina (tabagismo), da etanolo (alcolismo),
da gioco (ludopatia), da cibo, da sesso, da *computer*, da farmaci ecc. [17]
Come aiuto nel trattamento dei disturbi alimentari

In chirurgia

Ansiolisi preoperatoria e postoperatoria
Trattamento e prevenzione del dolore acuto nocicettivo sistemico (non trigeminale) [2-5,51,90]
Prevenzione e trattamento del dolore postoperatorio
Prevenzione del dolore in piccola chirurgia (mediante *hypnotic focused analgesia*) [2,4,5,51]
Prevenzione del dolore in grande chirurgia (mediante *hypnotic focused anaesthesia*) [3,131]
Prevenzione e trattamento del dolore nei grandi ustionati
Prevenzione e trattamento del dolore e del fastidio nella tonsillectomia, anche nel postoperatorio
Miglioramento della comunicazione fra paziente e personale sanitario [130].

In odontoiatria

Ansiolisi preoperatoria [132]
Trattamento e prevenzione del dolore acuto nocicettivo trigeminale [134-142]
Trattamento del dolore orofacciale cronico [143]
Riduzione della salivazione durante procedura odontoiatrica
Cotrattamento dei disordini temporo-mandibolari [144]

In ostetricia

Assistenza al travaglio [145]
Parto indolore anche in postipnotico

Nella psicoterapia e in psichiatria

Per il trattamento dell'ansia [50] e dell'insonnia
Per il rinforzo dell'Io
Nell'ipnoanalisi
Come adiuvante nel trattamento della depressione [146]
Per l'identificazione di traumi o disturbi post-traumatici da *stress*
Nel trattamento dei disturbi fobici [147]
Nel trattamento delle dipendenze da nicotina (tabagismo), da etanolo (alcolismo),
da gioco (ludopatia), da cibo, da sesso (disordine sessuale compulsivo), da *computer*
(*hikikomori*) ecc. [17,148]
Nel trattamento dei disturbi di conversione
Nel trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi [149]
Nel trattamento dei disturbi sessuali (parafilie ecc.)

In altri ambiti

Nella ricerca scientifica [1-15,22,29,35,46,47,50, 72, 73,69,90,101,105,136,139,140,144,147,150,151]
Per l'aumento o il recupero della *performance* sportiva di potenza e di precisione [6,35]
Per l'aumento delle capacità psichiche e mnemoniche [150]
Come aiuto in caso di esami scolastici e universitari e colloqui di assunzione
Per il recupero di ricordi e immagini mentali [15]
Per il recupero di oggetti smarriti [15]
Come intrattenimento e spettacolo [113,114] a rischio totale penale e civile dell'operatore

Bibliografia

- 1) Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Andreatta E, Regaldo G, Tosello MT, Rossi AM, Bordin D, Giacomello M, Facco E. **Measured outcomes with hypnosis as an experimental tool in a cardiovascular physiology laboratory.** Int J Clin Exp Hypn 2012; 60: 241-261.
- 2) Casiglia E, Rempelou P, Tikhonoff V, Giacomello M, Finatti F, Albertini F, Favaro J, Lapenta AM, Facco E. **Hypnotic focused analgesia obtained through body dysmorphism prevents both pain and its cardiovascular effects.** Sleep Hypn 2018; 19: 89-95.
- 3) Casiglia E, Rempelou P, Tikhonoff V, Guidotti F, Pergher V, Giordano N, Testoni I, Facco E. **Hypnotic general anesthesia vs. focused analgesia in preventing pain and its cardiovascular effects.** Athens J Health 2015; 3: 145-158.
- 4) Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V, Haxhi Nasto H, Azzi M, Rempelou P, Giacomello M, Bolzon M, Bascelli A, Scarpa R, Lapenta AM, Rossi AM. **Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test.** Am J Clin Hypn 2007; 49: 255-266.
- 5) Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Albertini F, Gasparotti F, Facco E, Lapenta AM, Gasparotti F, Venneri A. **Mechanisms of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI).** Int J Clin Exp Hypn 2020; 68: 1-15.
- 6) Tikhonoff V, Azzi D, Boschetti G, Giordano N, Rempelou P, Giacomello M, Tosello MT, Facco E, Rossi AM, Lapenta AM, Regaldo G, Palatini P, Casiglia E. **Increase of isometric performance via hypnotic suggestion: experimental study over 10 young healthy volunteers.** Cont Hypn Integr Ther 2012; 29: 352-262.

- 7) Casiglia E. **Notazioni generali sui modelli e sulla tecnologia.** In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza.* CLEUP, Padova, 2015 (pag. 567-715). (ISBN 9788867874293).
- 8) Casiglia E, Mazza A, Ginocchio G, Onesto C, Pessina AC, Rossi A, Cavatton G, Marotti A. **Haemodynamics following real and hypnosis-simulated phlebotomy.** *Am J Clin Hypn* 1997; 4: 368-375.
- 9) Casiglia E, Montesana L. **Instrumental demonstration of hypnotic flaccid paralysis of corrugator muscles and its use in esthetic medicine.** *Sleep Hypn* 2018; 20: 20-66.
- 10) Casiglia E, Schiff S, Tikhonoff V, Schiavon L, Bascelli A, Haxhi Nasto H, Facco E, Tosello MT, Gabbana A, Rossi A, Avdia M, Amodio P. **Neurophysiological correlates of post-hypnotic alexia. A controlled study with Stroop test.** *Am J Clin Hypn* 2010; 52: 219-234.
- 11) Facco E, Ermani M, Rampazzo P, Tikhonoff V, Saladini M, Zanette G, Casiglia E, Spiegel D. **Top-down regulation of left temporal cortex by «hypnotic amusia for rhythm»: a pilot study on mismatch negativity.** *Int J Clin Exp Hypn* 2014; 62: 129-144.
- 12) Priftis K, Schiff S, Tikhonoff V, Giordano N, Amodio P, Umiltà C, Casiglia E. **Hypnosis meets neurosciences: simulating visuospatial neglect in healthy participants.** *Neuropsychologia* 2011; 49: 3346-3350.
- 13) Casiglia E, Rossi A, Tikhonoff V, Scarpa R, Tibaldeschi G, Giacomello M, Canna P, Schiavon L, Rizzato A, Lapenta AM. **Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing.** *Int J Psychophysiol* 2006; 62: 60-65.

- 14) Tikhonoff V, Senzolo M, Lapenta AM, Palatini P, Casiglia E. **Hypnotic hallucination of body heating modifies splanchnic circulation: haemodynamic and ultrasonographic pilot study in normal volunteers.** *Sleep Hypn* 2018; 20: 31-39.
- 15) Giordano N, Tikhonoff V, Tosello MT, Lapenta AM, Casiglia E. **An experimental approach to hypnotic age regression: controlled study over 10 healthy participants.** *Cont Hypn Integr Ther* 2012; 29: 271-283.
- 16) Casiglia E. **Perché l'ipnosi si chiama «ipnosi».** In: Casiglia E et al: *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza.* CLEUP, Padova, 2015 (pag. 109-110). (ISBN 9788867874293).
- 17) Casiglia E. **L'Io e le sue voci. Antropologia e archeo-psicologia della coscienza egoica.** CLEUP, Padova, 2020. (ISBN 978-8854952973).
- 18) Sheehan PW. **Factors influencing rapport in hypnosis.** *J Abnorm Psychol* 1980; 89: 563-581.
- 19) Granone F. **Trattato di ipnosi.** UTET, Torino, 1972, 1984, 1989. (ISBN 978-8802042947).
- 20) Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. **Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi.** Astrolabio Ubaldini, Roma, 1971, 1978. (ISBN 9788834001424).
- 21) Casiglia E. **Antropologia dell'ipnosi.** In: Casiglia E et al: *Teoria e pratica dell'ipnosi.* Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 32-38). (ISBN 9788889775189).
- 22) Casiglia E, Albertini F, Tikhonoff V, Gasparotti F, Favaro J, Finatti F, Rempelou P, Lapenta AM, Spinella P. **Experimental approach to the transmission of information in hypnosis.** *Psychology* 2018; 9, 1-13.

- 23) Casiglia E. **Antropologia della coscienza**. In: Casiglia E et al: *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 37-55). (ISBN 9788867874293).
- 24) Casiglia E. **Antropologia della coscienza**. In: Casiglia E et al: *I mondi della coscienza. Manuale teorico-pratico di ipnosi*. Libreria Padovana Editrice, 2010 (pag. 3-49).
- 25) Jung CG. **Opera omnia**. Prima edizione in «Opere di C.G. Jung», prima edizione digitale novembre 2015.
- 26) Lin P, Yang Y, Gao J, De Pisapia N, Ge S, Wang X, Zuo CS, Jonathan Levitt J, Niu. C. **Dynamic default mode network across different brain states**. *Sci Rep* 2017; 7: 46088.
- 27) Vicente A, Martinez Manrique F. **Inner speech: nature and functions**. *Philos Compass*, 2011; 6: 209-219.
- 28) Casiglia E. **Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza**. CLEUP, Padova, 2015. (ISBN 9788867874293).
- 29) Casiglia E, Tikhonoff V, Facco E. **The unconscious experimentally demonstrated by means of hypnosis**. *Psychology* 2016; 7: 469-479.
- 30) Casiglia E. **Coscienza e sensorio**. In: Casiglia E et al: *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 79-83). (ISBN 9788867874293).
- 31) Guantieri G. **Formazione psicosomatica del medico e training ipnotico**. *Min Med* 1974; 65: 4592-4595. (PMID: 4437800).
- 32) Mosconi G. **Training ipnotico. Istruzioni per l'uso nella preparazione al parto**. Piccin, Padova, 1987. (ISBN 9788829905331).

- 33) Walling DP, Baker JM. **Hypnosis training in psychology intern programs.** Am J Clin Hypn 1996; 38: 219-223.
- 34) **Position Statement on Hypnosis.** APA Official Actions. Approved by the Board of Trustees, September 2009. Approved by the Assembly, May 2009. Vedere: [https://www.psychiatry.org/file%20library/about-apa/organization-documents-policies / policies/position-2009-hypnosis.pdf](https://www.psychiatry.org/file%20library/about-apa/organization-documents-policies/policies/position-2009-hypnosis.pdf).
- 35) Casiglia E, Tikhonoff V. **"Twisties" and olympic games: a role for hypnosis in top-level athletes who have lost the sense of the self in aerial space?** Psychology 2021; 12: 1379-1383.
- 36) Scilanga CN. **L'ipnosi in medicina e psicoterapia.** Piccin, Padova, 2010. (ISBN 9788829920815).
- 37) Barabasz AF, Barabasz M. **The new APA definition of hypnosis: spontaneous hypnosis MIA.** Am J Clin Hypn 2015; 57: 459-463.
- 38) Kirsch I, Lynn SJ. **Dissociation theories of hypnosis.** Psychol Bull 1998; 123: 100-115.
- 39) Santa Teresa d'Avila. **Autobiografia**, XXIX, 13.
- 40) Colman AM. **A dictionary of psychology.** Oxford University Press, Oxford, 2008. (ISBN: 9780199534067).
- 41) Kermol E. **Le espressioni del volto e il comportamento umano.** CLEUP, Padova, 2020. (ISBN 9788854950566).
- 42) Pacori M. **I segreti del linguaggio del corpo.** Sperling & Kupfer, www.sperling.it, 2018.

- 43) Perussia F. **Manuale completo di ipnosi**. Edizioni Psicotecnica, Torino, 2013. (ISBN 9781482091632).
- 44) Fabbro F. **Neuropsicologia dell'esperienza religiosa**. Astrolabio, Roma, 2010. (ISBN 9788834015759).
- 45) Radtke TJ. **The rosary is good medicine**. Hosp Prog. 1951; 32: 66-67.
- 46) Anastasi MW, Newberg AB. **A preliminary study of the acute effects of religious ritual on anxiety**. J Altern Complement Med 2008; 14: 163-165.
- 47) Stöckigt B, Jeserich F, Walach H, Elies M, Brinkhaus B, Teut M. **Experiences and perceived effects of rosary praying: a qualitative study**. J Relig Health 2021; 60: 3886-3906.
- 48) Cooper LF, Erickson MH. **Time distortion in hypnosis**. II. Bull Georgetown Univ Med Cent 1950; 4: 50-68.
- 49) Casiglia E, Mazza A. **Urgenze in medicina. Teoria e pratica**. CLEUP, Padova, 2013. (ISBN 9788867870059).
- 50) Valentine K, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. **The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis**. Int J Clin Exp Hypn 2019; 67: 336-363.
- 51) Facco E, Pasquali S, Zanette G, Casiglia E. **Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity**. Anaesthesia 2013; 68: 961-965.
- 52) Facco E. **Hypnosis and hypnotic ability between old beliefs and new evidences: an epistemological reflection**. Am J Clin Hypn 2022; 64: 20-35.

- 53) Dell PF. **Hypnotizability and the natural human ability to alter experience.** Int J Clin Exp Hypn 2021; 69: 7-26.
- 54) Elkins G. **Hypnotizability: emerging perspectives and research.** Int J Clin Exp Hypn 2021; 69: 1-6.
- 55) Giacomello M. **Ipnotizzabilità individuale.** In: Casiglia E, Rossi AM, Lapenta AM, Somma M, Tirone G, Tosello M, *Ipnosi sperimentale e clinica.* Editrice Artistica, Bassano, 2006 (pag. 60-64). (ISBN 8885349269).
- 56) Facco E, Testoni I, Ronconi L, Casiglia E, Zanette G, Spiegel D. **Psychological features of hypnotizability: a first step towards its empirical definition.** Int J Clin Exp Hypn 2017; 65: 98-119.
- 57) Facco E, Testoni I, Spiegel D. **Ipnotizzabilità e hypnotic induction profile.** In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza.* CLEUP, Padova, 2015 (pag. 271-287). (ISBN 9788867874293).
- 58) London P. Children's **Hypnotic Susceptibility Scale.** Consulting Psychologists Test, Paolo Alto, 1962.
- 59) Laidlaw TM, Large RG. **Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility and the Creative Imagination Scale: defining two separate but correlated abilities.** Contemp Hypn 1997; 14: 26-36.
- 60) Horton JE, Crawford HJ, Harrington G, Downs JH. **Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain.** Brain 2004; 127: 1741-1747.

- 61) Liébault AA. **Du sommeil et des états analogues: considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique.** Masson, Paris, 1866. Anche Éditions L'Harmattan, Paris. (ISBN 2-7475-6167-4).
- 62) Bernheim H. **De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille: réponse à M. Paul Janet, de l'Académie des sciences morales et politiques.** Extrait de la Revue Médicale de l'Est. Doin, Paris, 1884.
- 63) Tellegen A, Atkinson G. **Openness to absorbing and self-altering experiences (absorption), a trait related to hypnotic susceptibility.** J Abnorm Psychol 1974; 83: 268-277.
- 64) Barber TX. **A comprehensive three-dimensional theory of of hypnosis.** In: Kirsch I, Capafons A, Cardena-Buelna E, Amigò, S, *Clinical hypnosis and self-regulation: cognitive-behavioral perspectives.* American Psychological Association, Washington DC, 1999 (pag. 21-48). (ISBN 1-55798-535-9).
- 65) Shames V A, Bowers, PG. **Hypnosis and creativity.** In: Fromm E, Nash MR, *Contemporary hypnosis research.* Guilford Press, New York, 1992 (pag. 334-363).
- 66) Giordano N, Tikhonoff V, Palatini P, Bascelli A, Boschetti G, De Lazzari F, Grasselli C, Martini B, Caffi S, Piccoli A, Mazza A, Bisiacchi P, Casiglia E. **Cognitive functions and cognitive reserve in relation to blood pressure components in a population-based cohort aged 53 to 94 years.** Int J Hypert 2012; 2012: 274851.
- 67) Fasciana ML. **L'ipnosi con i bambini e gli adolescenti. Tecniche psicoterapeutiche in età evolutiva.** Edizioni Franco Angeli, Milano, 2009. (ISBN 9788856813357).

- 68) Vaihinger H. **The philosophy of 'As if'**. Martino Publishing, Mansfield, 2009. (ISBN 9781578988259).
- 69) Milling LS, Costantino CA. **Clinical Hypnosis with children: first steps toward empirical support**. National Institute for Health Research Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); University of York Centre for Reviews and Dissemination, York, 2003.
- 70) Erickson MH. **Pediatric hypnotherapy**. Am J Clin Hypn 1985; 1: 25-29.
- 71) Guldenmund P, Vanhaudenhuyse A, Boly M, Laureys S, Soddu A. **A default mode of brain function in altered states of consciousness**. Arch Ital Biol 2012; 150: 107-121.
- 72) Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Gasparotti F, Albertini F, Lapenta AM, Venneri A. **Granone's plastic monoideism demonstrated by functional magnetic resonance imaging (fMRI)**. Psychology, 2019; 10: 434-448.
- 73) Pernice M, Casiglia E. **Valutazione strumentale della profondità dell'ipnosi**. In: Casiglia E et al: *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 591-592). (ISBN 9788867874293).
- 74) Casiglia E. **Come ottenere il monoideismo plastico**. In: Casiglia E, Rossi AM, Lapenta AM, Somma M, Tirone G, Tosello M, *Ipnosi sperimentale e clinica*. Editrice Artistica, Bassano, 2006 (pag. 26-29). (ISBN 8885349269).
- 75) Rossi EL. Milton H. **Erickson. Opere. Vol. II**, Astrolabio, Roma, 1980, 1983. (ISBN 8834007524).

- 76) Papi Grasso L. **Ipnosi ericksoniana e tecniche indirette**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 301-308). (ISBN 9788867874293).
- 77) Johansson. **L'alba del linguaggio. Come e perché i sapiens hanno iniziato a parlare**. Ponte alle Grazie Adriano Salani Editore, Milano, 2021. (ISBN 9788833314372).
- 78) Giusti M. **Psicologia non convenzionale**. Giusti, pubblicato indipendentemente. (ISBN 9791220082402).
- 79) Giacomello M. **Commento editoriale sulle tecniche d'induzione**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 309) (ISBN 9788867874293).
- 80) Del Castelli E, Casilli C. **L'induzione ipnotica. Manuale pratico**. Edizioni Franco Angeli, Milano, 2018. (ISBN 978884648650).
- 81) Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Regaldo G, Facco E, Marchetti P, Schiff S, Tosello MT, Giacomello M, Rossi AM, Amodio P. **Relaxation versus fractionation as hypnotic deepening: do they differ in physiological changes?** *Int J Clin Exp Hypn* 2012; 60: 338-55.
- 82) Sacerdote P. **An analysis of induction procedures in hypnosis**. *Am J Clin Hypn* 1970; 12: 236-253.
- 83) Rabuffi M, Petruccelli F, Grimaldi MN. **L'ipnosi in pratica. L'induzione della trance e la sua applicazione in ambito clinico**. Alpes Italia, Roma, 2018. (ISBN 9788865314883).
- 84) Casiglia E, Rossi AM, Lapenta AM, Somma M, Tirone G, Tosello M. **Ipnosi sperimentale e clinica**. Editrice Artistica, Bassano, 2006. (ISBN 8885349269).

- 85) Pacori M. **L'ipnosi non verbale. Un manuale per imparare ad ipnotizzare con il linguaggio del corpo.** Edizioni Goliardiche, Trieste, 2009. (ISBN 9788878730700).
- 86) Kandel ER. **L'età dell'Inconscio. Arte, mente e cervello dalla Grande Vienna ai nostri giorni.** Raffaello Cortina Editore, 2012. (ISBN 9788860308405).
- 87) Casiglia E. **Dov'è situato l'io?** In: Casiglia E et al: *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza.* CLEUP, Padova, 2015 (pag. 73-78). (ISBN 9788867874293).
- 88) Pacciolla A, Natoli N. **Metafora e psicologia.** Laurus Robuffo, Roma, 2003. (ISBN 8880873482).
- 89) Lakoff G, Johnoson M. **Metafora e vita quotidiana.** ROI Edizioni, Macerata, 2022. (ISBN 9788836201341).
- 90) Casiglia E, Tikhonoff V, Albertini F, Lapenta AM, Gasparotti F, Finatti F, Rossi AM, Zanette G, Giacomello M, Giordano N, Favaro J, Facco E. **The mysterious hypnotic analgesia: experimental evidences.** Psychology 2018; 9: 1935-1956.
- 91) Rossi E, Mortimer J, Rossi K. **Therapeutic hypnosis, psychotherapy, and the digital humanities: the narratives and culturomics of hypnosis, 1800-2008.** Am J Clin Hypn 2013; 55: 343-359.
- 92) Casiglia E, Rossi AM, Tikhonoff V, Schiavon L, Guidotti F, Giacomello M, Bolzon M, Giacomazzo M. **Allucinazione di calore.** Casiglia E, Rossi AM, Teoria e pratica dell'ipnosi. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 122-125). (ISBN 9788889775189).

- 93) Schiff S, Casiglia E, Priftis K, Schiavon L, Guidotti F. **Compiti Stroop**. In: Casiglia E, Rossi AM, *Teoria e pratica dell'ipnosi*. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 129-133). (ISBN 9788889775189).
- 94) Priftis K, Schiff S, Casiglia E, Schiavon L, Bascelli A, Haxi Nasto H, Tikhonoff V, Guidotti F, Umiltà CA. **Eminegligenza spaziale**. In: Casiglia E, Rossi AM, *Teoria e pratica dell'ipnosi*. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 134-135). (ISBN 9788889775189).
- 95) Montis S, Sirigu D, Marini A, Lai A, Setti P, Camboni M, Mura GC, Congia M, Manca D, Marini E, Merola A, Orrù L, Scano F, Stara R, Urru M, Tumbarello R. **L'ipnosi nell'ecocardiografia transesofagea. L'esperienza di un Centro di Cardiologia Pediatrica e delle Cardiopatie Congenite**. *G Ital Cardiol* 2019; 20: 651-657.
- 96) Pilia E, Sirigu D, Mereu R, Zamboni F, Pusceddu E. **A clinical operative sequence for hypnosis implementation to general anesthesia during major surgery for orthotopic liver transplantation**. *Ann Med Surg (Lond)* 2022; 80: 104345.
- 97) Scaglione M, Battaglia A, Lamanna A, Cerrato N, Di Donna P, Bertagnin E, Muro M, Alberto Caruzzo C, Gagliardi M, Caponi D. **Adjunctive hypnotic communication for analgosedation in subcutaneous implantable cardioverter defibrillator implantation. A prospective single center pilot study**. *Int J Cardiol Heart Vasc* 2021; 35: 100839.
- 98) Scaglione M, Peyracchia M, Battaglia A, Di Donna P, Cerrato N, Lamanna A, Caponi D. **Subcutaneous implantable cardioverter-defibrillator implantation assisted by hypnotic communication in a patient with Brugada syndrome**. *Heart Rhythm Case Rep* 2019; 6: 198-201.

- 99) Scaglione M, Battaglia A, Di Donna P, Peyracchia M, Bolzan B, Mazzucchi P, Muro M, Caponi D. **Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation.** Int J Cardiol Heart Vasc 2019; 24: 100405.
- 100) Barbero U, Ferraris F, Muro M, Budano C, Anselmino M, Gaita F. **Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias.** J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2018; 19: 18-21.
- 101) Sirigu D, Delogu G. **Ipnosi nelle procedure cardiovascolari.** PNEI News. 2021; 5: 19-23.
- 102) Perri RL, Facco E, Quinzi F, Bianco V, Berchicci M, Rossani F, Di Russo F. **Cerebral mechanisms of hypnotic hypoesthesia. An ERP investigation on the expectancy stage of perception.** Psychophysiology 2020; 57: e13657. (doi: 10.1111/psyp.13657).
- 103) Casiglia E. **Nevrosi sperimentali.** In: Casiglia E et al: *Teoria e pratica dell'ipnosi.* Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 136-140). (ISBN 9788889775189).
- 104) Facco E, Bacci C, Casiglia E, Zanette G. **Preserved critical ability and free will in deep hypnosis during oral surgery.** Am J Clin Hypn 2021; 63: 229-241.
- 105) Casiglia E, Finatti F, Gasparotti F, Stabile MR, Mitolo M, Albertini F, Lapenta AM, Facco E, Tikhonoff V, Venneri A. **Functional magnetic resonance imaging demonstrates that hypnosis is conscious and voluntary.** Psychology 2018; 9: 1571-1581.
- 106) Casiglia E. **Le cose accadono. Libero arbitrio, coscienze e volontà, capacità di intendere e volere del reo e libero convincimento del giudice in un'ottica deterministica.** CLEUP, Padova, 2022. (ISBN 9788854953301).

- 107) Casiglia E. **Decisione, volizione, libero arbitrio**. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2011. (ISBN 9788889775288).
- 108) Rehrauer ST. **Coscienza e libertà nella tradizione giudaico-cristiana**. In: Casiglia E. *Decisione, volizione, libero arbitrio*. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2011 (pag. 111-130). (ISBN 9788889775288).
- 109) Umiltà C. **Coscienza e controllo dell'azione**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 713-715). (ISBN 9788867874293).
- 110) Casiglia E. **La sensazione di essere liberi**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 699-711). (ISBN 9788867874293).
- 111) Casiglia E. **Consciousness, hypnosis, and free will**. In: Kuijsten M, *Conversations on consciousness and the bicameral mind. Interviews with leading thinkers on Julian Jaynes's Theory*. Julian Jaynes Society 2022 (pages 200-216). (ISBN 9781737305538).
- 112) Long D. **Psicologia nera e manipolazione mentale**. Amazon Italia Logistica, Torrazza Piemonte. (ISBN 9798402100756).
- 113) Lattarulo A. **Ipnosi e mentalismo**. EdiAL, Andezeno, 2016. (ISBN 9781326608279).
- 114) Degrandi EG. **Ipnatismo da spettacolo**. In: Casiglia E ed., *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 671-689). (ISBN 9788867874293).
- 115) Casiglia E, Somma M. **Commento editoriale sull'ipnosi da spettacolo**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 689-690). (ISBN 9788867874293).

- 116) Tosello MT. **I condizionamenti**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 717-729). (ISBN 9788867874293).
- 117) Kühn S, Haggard P, Brass M. **Intentional inhibition: how the «veto area» exerts control**. *Hum Brain Mapp* 2009; 30: 2834-2843.
- 118) Bhattacharya S, Herrera-Molina R, Sabanov V, Ahmed T, Iscru E, Stöber R, Richter K, Fischer KD, Angenstein F, Goldschmidt J, Beesley PW, Balschun D, Gunderfinger ED, Montag D. **Genetically induced retrograde amnesia of associative memories after neuroplastina ablation**. *Biol Psychiat* 2017; 81: 124-135.
- 119) **Cassazione** n. 3604/82, 12195/98, 9617/99.
- 120) Rivello P. **Problemi giuridici legati all'ipnosi**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 731-750). (ISBN 9788867874293).
- 121) Casiglia E. **Why is it so easy to hypnotize?** *Cont Hypn Integr Ther* 2012; 29: 309-314.
- 122) Casiglia E. **Perché l'ipnosi seduce e sgomenta: una risposta antropologica**. In: Casiglia E, Rossi AM, Lapenta AM, Somma M, Tirone G, Tosello M, *Ipnosi sperimentale e clinica*. Editrice Artistica, Bassano, 2006 (pag. 32-41). (ISBN 8885349269).
- 123) Casiglia E, Tikhonoff V, Facco E. **Allucinazioni negative (deficits attentivi)**. In: Casiglia E et al: *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 603-610). (ISBN 9788867874293).
- 124) Conn JH. **Hypnosis and free will**. *J Am Soc Psychosom Dent Med* 1980; 27: 2-9.
- 125) Shenefelt PD. **Hypnosis in dermatology**. *Arch Dermatol* 2000; 136: 393-3999.
- 126) Bellini MA. **Hypnosis in dermatology**. *Clin Dermatol* 1998; 16: 725-726.

- 127) Somma M. **Ipnosi in dermatologia**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 535-541). (ISBN 9788867874293).
- 128) Somma M. **Ipnosi in dermatologia**. In: Casiglia E, Rossi AM, *Teoria e pratica dell'ipnosi*. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 101-106). (ISBN 9788889775189).
- 129) Sirigu D, Cossa S, Matta G, Bitti G. **Utilizzo dell'ipnosi clinica in un reparto di radiologia: nostra esperienza preliminare**. *G Ital di Radiol Medica* 2017; 4: 1034–1036.
- 130) Carvello M, Lupo R, Muro M, Grilli G, Ogorzalek K, Rubbi I, Artioli G. **Nurse's knowledge and perceptions on communicative hypnosis: an observational study**. *Acta Biomed* 2021; 92 (S2): e2021027.
- 131) Facco E. **Hypnosis and anesthesia: back to the future**. *Minerva Anestesiologica*, Edizioni Minerva Medica 2016; 82: 1343-1356.
- 132) Facco E, Zanette G. **The odyssey of dental anxiety: from prehistory to the present. A narrative review**. *Front Psychol* 2017; 8: 1855, 1-15.
- 133) Merz AE, Campus G, Abrahamsen R, Wolf TG. **Hypnosis on acute dental and maxillofacial pain relief: A systematic review and meta-analysis**. *J Dent* 2022; 123: 104184.
- 134) Facco E, Gonella A, Zanette G. **Ansia e tecniche comportamentali in odontoiatria**. In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 439-441). (ISBN 9788867874293).

- 135) Casiglia E, Giacomello M. **Ipnosi**. In: Manani G, Facco E, Zanette G, *Anestesia odontoiatrica ed emergenze*, Cap. 16, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2011 (pag.405-430). (ISBN 9788879475204).
- 136) Facco E, Casiglia E, Zanette G, Bacci C, Cavallin F, Manani G. **The effects of hypnosis on dental pain threshold**. Int J Oral Maxillofac Surg 2011; 40: 1058-1059.
- 137) Facco E, Zanette G. Due casi molto particolari di generalizzazione in odontoiatria. In: Casiglia E, *Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 951-922). (ISBN 9788867874293).
- 138) Facco E, Zanette G, Casiglia E. The role of hypnotherapy in dentistry. SAAD Dig 2014; 30: 3-6.
- 139) Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G. Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. Int J Clin Exp Hypn 2011; 59: 454-468.
- 140) Facco E, Bacci C, Zanette G. Hypnosis as sole anesthesia for oral surgery: the egg of Columbus. J Am Dent Assoc 152: 756-762.
- 141) Giacomello M, Casiglia E, Manani G. **Ipnosi in anestesia odontostomatologica**. In: Casiglia E, Rossi AM, *Teoria e pratica dell'ipnosi*. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 113-117). (ISBN 9788889775189).
- 142) Casiglia E, Facco E, Rossi AM, Tikhonoff V, Schiavon L, Bascelli A, Giacomello M, Guidotti F, Rempelou P, Bolzon L. **Analgesia ipnotica**. In: Casiglia E, Rossi AM, *Teoria e pratica dell'ipnosi*. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 (pag. 125-128). (ISBN 9788889775189).

- 143) Facco E. **Ipnosi nel dolore orofacciale cronico**. In: Casiglia E, *Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 443-458). (ISBN 9788867874293).
- 144) Abrahamsen R, Zachariae R, Svensson P. **Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in temporomandibular disorders patients**. J Oral Rehabil 2009; 36: 556-570.
- 145) Rosti D, Monetti M, Rosti L. **Impact of maternal hypnosis in labor and parturition on various biochemical aspects of the newborn infant**. Min Pediatr 1984; 36: 597-600.
- 146) Loredi C, Torti C. **Systemic hypnosis with depressed individuals and their families**. Int J Clin Exp Hypn 2010; 58: 222-246.
- 147) Halsband U, Wolf TG. **Functional changes in brain activity after hypnosis: neurobiological mechanisms and application to patients with a specific phobia- limitations and future directions**. Int J Clin Exp Hypn 2019; 67: 449-474.
- 148) Kato TA, Kanba S, Teo AR. **Hikikomori : multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives**. Psychiat Clin Neurosci 2019; 73: 427-440.
- 149) Frederick C. **Hypnotically facilitated treatment of obsessive-compulsive disorder: can it be evidence-based?** Int J Clin Exp Hypn 2007; 55: 189-206.
- 150) Casiglia E, Tikhonoff V. **Aumento delle prestazioni psichiche**, In: Casiglia E, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 617-622). (ISBN 9788867874293).

151) Penazzi G, De Pisapia N. **Direct comparisons between hypnosis and meditation: a mini-review.** Front Psychol 2022;13: 958185. (doi: 10.3389/fpsyg.2022.958185).

ISBN 978-88-6486-119-7

