



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA  
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2024**

**IPNOSI COME DECISIONE VOLONTARIA DI  
ACCEDERE CONSAPEVOLMENTE IN UNO STATO  
FISIOLOGICO MODIFICATO DELLA PROPRIA  
COSCIENZA**

**Candidato**

**Maria Giovanna Massarenti**

**Relatore**

**Dr.ssa Milena Muro**

**Correlatore**

**Dr.ssa Daria Drudi**

# Ringraziamenti

Grazie di cuore ai miei genitori che hanno creduto in me e in questa formazione tanto da contribuire economicamente. Hanno saputo abbassare la critica e togliere lo scetticismo che aleggiava attorno al termine ipnosi conoscendola solo come fenomeno da show televisivo. Grazie a mio papà che ha accettato di farne esperienza durante una lunga degenza testimoniando che non è possibile accedere allo stato ipnotico contro voglia anche se c'è un alto stato di necessità.

Ringrazio i miei figli, Giulia e Thomas che hanno compreso l'importanza che attribuisco alla realizzazione di questo elaborato dandogli la priorità su tutto e tutti. Grazie alla loro vicinanza e sostegno nella quotidianità.

Grazie a Barbara, Amica preziosa sempre presente che ha instillato in me fiducia perché non perdessi l'orientamento nonostante le difficoltà e perché accettassi di essere ispirata nell'elaborazione di questa tesi.

E infine, ma non per ultimo, un sentito ringraziamento e tutta la mia stima alla Dr.ssa Daria Drudi, che con gran maestria ha saputo accompagnarmi in ogni mio timido, incerto e piccolo passo verso la concretizzazione di questo progetto. Mi ha aiutata ad unire, sintetizzare e ampliare i contenuti in modo scientifico e professionale avvalorando la mia ricerca.

E grazie a me stessa perché ho attinto a tutte le mie capacità e risorse per riuscire in questo progetto.

*Tutto ciò che possiamo fare bene in stato di veglia,  
lo possiamo fare meglio in stato di Ipnosi”  
Vercelli, Dada 2014*

# Sommario

ABSTRACT .....	5
INTRODUZIONE.....	6
Capitolo 1.....	8
Cosa non è l'ipnosi:.....	8
Cos'è l'ipnosi: .....	9
Capitolo 2.....	13
Le forme quotidiane della trance e gli ambiti applicativi dell'ipnosi.....	13
Verifica/Ratifica dello stato ipnotico.....	14
Capitolo 3.....	16
L'ipnosi come fenomeno cosciente, soggettivo e volontario.....	16
Capitolo 4.....	19
Ipnotizzabilità e scale di valutazione .....	19
Aspetti psicologici e neurofisiologici dell'ipnotizzabilità .....	19
Le principali scale di valutazione dell'ipnotizzabilità.....	20
Il metodo Spiegel-Facco .....	21
Capitolo 5.....	22
L'ipnosi tra neurofenomenologia e vissuto soggettivo.....	22
Il soggetto al centro del processo.....	22
Evidenze neuroscientifiche e stati modificati di coscienza .....	23
Il cervello in ipnosi .....	24
Ipnosi e coscienza: riflessioni a partire dalle evidenze neuroscientifiche .....	25
Esperienza.....	26
Discussione finale e riflessioni cliniche.....	28
Bibliografia .....	30

# ABSTRACT

## **Obiettivo**

Questo elaborato si propone di approfondire il ruolo attivo e consapevole del soggetto nell'esperienza ipnotica, superando le credenze diffuse che vedono l'ipnosi come una forma di manipolazione esercitata da un ipnotista. L'intento è analizzare come lo stato ipnotico rappresenti una condizione fisiologica, modificata ma non alterata, in cui il soggetto mantiene attenzione, consapevolezza e controllo critico. In ipnosi è possibile svolgere attività quotidiane come studiare, lavorare, fare sport o dialogare: si tratta semplicemente di una modalità diversa di agire e percepire.

## **Metodi**

Viene presentato un caso clinico basato su un'esperienza personale avvenuta durante una dimostrazione pratica del corso CIICS di Rimini. Durante una prova di induzione analgesica eseguita dal Dr. Facco su un partecipante, sono entrata spontaneamente in stato ipnotico, pur senza seguire le indicazioni specifiche. Ho utilizzato quello stato per focalizzare l'attenzione e facilitare l'apprendimento. L'ingresso, la permanenza e l'uscita dallo stato ipnotico sono avvenuti in modo del tutto volontario.

## **Risultati**

L'esperienza ha confermato che lo stato ipnotico è cosciente, intenzionale e orientato verso un obiettivo. Ho potuto percepire il fenomeno del monoideismo plastico e integrarvi un livello più profondo di consapevolezza formativa. Inoltre, ho ridotto la mia ansia da prestazione, comprendendo che non è necessario "indurre" l'ipnosi, ma accompagnare il soggetto verso uno stato modificato della coscienza, se lo desidera.

## **Conclusioni**

L'esperienza, seppur breve, ha rafforzato la visione dell'ipnosi come stato fisiologico, dinamico e accessibile a tutti, privo di componenti manipolatorie. Può diventare un valido strumento integrabile nella pratica clinica e nella comunicazione quotidiana. Il mio impegno sarà quello di utilizzarla con consapevolezza e libertà, al servizio della relazione terapeutica.

# INTRODUZIONE

Lavoro da ventotto anni come Infermiera presso l'AUSL della Romagna, da dieci nel DH e Ambulatori di Cardiologia. In precedenza ho avuto esperienza in Pediatria, Oncologia Pediatrica, Terapia Intensiva Neonatale e in Procreazione Medicalmente Assistita. Tutti reparti che mi hanno forgiata all'empatia, alla vicinanza al paziente e famigliari, centrando il mio agire sulla cura della vita in ogni aspetto non solo sulla malattia. Ed è ciò che più mi gratifica di questa professione; entrare in relazione con l'altro. Sapere che la comunicazione, verbale e non, può fare la differenza sul rapporto Infermiere/paziente e quindi sul vissuto della degenza, mi stimola ad essere presente non solo a ciò che faccio ma anche a ciò che dico. Ho frequentato un corso di Relazione d'Aiuto, letto libri e ho seguito incontri formativi sulla Comunicazione Non Violenta di Marshall Rosenberg. Intraprendo un percorso di crescita personale per diventare una persona più efficace e consapevole. Insomma work in progress.

La comunicazione ipnotica mi affascina per il potere delle parole, per lo straordinario potenziale del nostro cervello e per l'ampio utilizzo che ad oggi trova spazio l'ipnosi clinica. Frequentare il corso del CIICS di Torino è stato illuminante e mi ha permesso di aprire una finestra su un panorama scientifico a me sconosciuto che permette di distinguere lo show televisivo dalla pratica terapeutica.

La scelta del titolo della tesi di fine corso scaturisce da ciò che più mi ha colpito e più ho potuto constatare nella mia breve esperienza: la volontà intesa come decisione di sperimentare lo stato ipnotico e di autorizzarsi a contattare la propria coscienza. L'utente decide se entrare in stato ipnotico e sceglie quali esperienze vivere durante la trance guidato dall'ipnologo ma non totalmente condizionato.

Per motivi di salute di mio padre all'improvviso ho dovuto assentarmi dal lavoro, perciò non ho potuto praticare nella mia Unità Operativa e a parte qualche realizzazione di ipnosi tra amici e familiari, ho voluto focalizzarmi su quello che ho vissuto in prima persona in etero e auto-ipnosi.

Durante le esercitazioni pratiche del corso ho sperimentato ciò che apprendevo alle lezioni. All'inizio mi ero spaventata perché mi sembrava di non essere capace di controllare nulla e di entrare in trance anche solo assistendo l'induzione del compagno di corso. Poi ho capito che posso decidere se, quando e per quanto tempo stare in stato ipnotico.

La conoscenza di ciò che accade nel nostro cervello in ipnosi mi ha rassicurata e l'averne fatto l'esperienza conferma la teoria che mi è stata trasmessa in questi mesi.

# Capitolo 1

## *Cosa non è l'ipnosi:*

Sebbene l'etimologia del termine *ipnosi*, introdotto da James Braid nella prima metà del XIX secolo, derivi dal greco antico *hypnos* ("sonno") per le analogie osservate con il sonno fisiologico, l'ipnosi non può essere considerata un semplice stato di sonno. A ciò si aggiungono le rappresentazioni fuorvianti offerte da cinema e televisione, che spesso contribuiscono a diffondere l'idea che basti pronunciare frasi come "A me gli occhi!" o far oscillare un pendolo per indurre uno stato di trance. Queste immagini, oltre a essere scorrette, ostacolano la comprensione del fenomeno ipnotico come processo clinico e comunicativo complesso. Come osserva Granone (1989), l'ipnosi non è né magia né suggestione cieca, ma uno stato psicofisiologico modificato, suscettibile di studio scientifico e applicazione terapeutica.<sup>1</sup> L'ipnosi è spesso oggetto di fraintendimenti, alimentati da una rappresentazione distorta veicolata dai media, dal cinema e da spettacoli di intrattenimento. In questa sede è fondamentale chiarire cosa non è l'ipnosi, per sgomberare il campo da idee erranee e fornire un terreno solido per comprenderne l'essenza clinica e terapeutica.

Contrariamente a quanto si pensa comunemente, l'ipnosi non è una forma di sonno, né una perdita di coscienza o di volontà. In ipnosi il soggetto ha un sensorio perfettamente vigile e può aprire gli occhi, vedere, sentire, rispondere, muoversi, obbedire ad un comando o invece disobbedirci, dire sì o no in modo coerente con il proprio senso morale, ridere di una barzelletta o di una situazione comica, godere di un bel film, leggere un libro, mangiare, raccontare la propria vita, costruire, risolvere un quiz, sostenere un esame, superare un colloquio di lavoro, fare sport ecc... Praticamente tutto ciò che si può fare in coscienza usuale, il che a un dormiente è precluso.<sup>2</sup>

Secondo Granone (1989), l'ipnosi rappresenta piuttosto uno stato modificato di coscienza in cui la persona mantiene il contatto con la realtà e conserva la propria capacità di giudizio, pur focalizzando l'attenzione in modo selettivo. È quindi errato considerarla una condizione di passività o di totale sottomissione all'operatore. L'ipnotizzato non è sotto il controllo dell'ipnotista, ma collabora attivamente con lui, attraverso un processo di partecipazione consapevole.<sup>1</sup> Tant'è vero che il soggetto riprodurrà ciò di cui ha bisogno in modo critico e non è detto che sia fedele alla

suggestione dell'ipnologo. Se si dà una suggestione di catalessi ma il soggetto è più predisposto alla levitazione, non è detto che la realizzerà.

Inoltre, l'ipnosi non è magia né suggestione cieca, ma un fenomeno psicofisiologico studiabile e riproducibile, la cui efficacia è supportata da evidenze scientifiche. Granone sottolineava come sia fuorviante ridurre l'ipnosi a una "tecnica suggestiva", affermando invece che si tratta di un metodo clinico e sperimentale basato su processi attentivi, percettivi e neurovegetativi (Granone, 1989; Granone & Granone, 1996).<sup>3</sup>

Un ulteriore errore consiste nel credere che solo alcune persone possano essere ipnotizzate. In realtà, tutti i soggetti sono ipnotizzabili, sebbene con gradi differenti e con modalità individuali che richiedono una personalizzazione dell'induzione (Granone, 1996). Non esistono quindi "non ipnotizzabili", ma piuttosto persone che necessitano di canali comunicativi diversi per entrare in stato ipnotico.<sup>3</sup> È dunque importante, sia in ambito clinico che nella formazione professionale, disinnescare questi miti, poiché la diffusione di una corretta cultura dell'ipnosi contribuisce a renderla uno strumento terapeutico efficace, sicuro e rispettoso della dignità del paziente.

### ***Cos'è l'ipnosi:***

In letteratura sono presenti varie definizioni di ipnosi e talvolta differiscono tra loro secondo i diversi autori, ma sostanzialmente tutte dicono la stessa cosa, anche se descritte in termini diversi. Per tutti è uno stato modificato della coscienza, volontario, dinamico dove la suggestione data dall'ipnologo durante il processo ipnotico riverbera nel corpo dell'ipnotizzato.

Nel 1900 il principale ideatore e promulgatore dell'ipnosi è stato il medico americano Milton H. Erickson che introdusse la pratica nel campo terapeutico parlando di Ipnosi Clinica. La suggestione più importante che inviava in modi diversi ai suoi pazienti era: "Il cambiamento è possibile ed è nelle tue mani."<sup>4</sup> Questa rivoluzione della prospettiva ipnotica ha portato a definire il modello ericksoniano la "Nuova Ipnosi" che non propone più l'ipnologo come figura autoritaria e carismatica che applica artificialmente procedure ritualistiche, ma come professionista sanitario che si impegna a riconoscere, e soprattutto a rispettare e utilizzare, le caratteristiche e le risorse della persona.

Pur manifestando generalmente una maggior rilassatezza, durante la trance ipnotica il soggetto risulta essere molto più vigile che nello stato di veglia: la sua attenzione è concentrata sul rapporto con l'ipnotista. (Erickson, 1983)<sup>5</sup> Contemporaneamente in Italia il Prof. Franco Granone scienziato, neuropsichiatra, docente e ricercatore,

fondatore del Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale, ha la sua massima espressione creativa negli anni '60 e '70 del XX secolo e riconosce l'ipnosi come una condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica.

Negli ultimi anni i Didatti dell'Istituto Franco Granone, sentendo che alcune parti del pensiero Granoniano necessitavano di una rivisitazione alla luce delle rinnovate conoscenze scientifiche nel campo della neurofisiologia, neurofarmacologia e del neuroimaging, hanno introdotto una nuova definizione: *“L'ipnosi è una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica. L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto o etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori.”*<sup>7</sup>

Questa espressione rappresenta un cambio di prospettiva importante rispetto a visioni passate dell'ipnosi, spesso legate a concetti di alterazione, passività o perdita di controllo. I didatti dell'Istituto Franco Granone sottolineano invece la natura pienamente fisiologica dell'esperienza ipnotica: si tratta di una modalità naturale del funzionamento cerebrale, presente in ogni individuo, che può essere attivata, guidata e utilizzata consapevolmente.

Per comprendere appieno questa prospettiva, è utile chiarire che si parla di coscienza egoica, cioè della coscienza soggettiva o consapevolezza di sé, che permette di dire “IO SONO” e di rispondere a stimoli esterni mentre si ha un'esperienza qualitativa interna di esistere – ben distinta dalla coscienza morale, che riguarda invece la capacità di distinguere tra bene e male.

La coscienza non è innata ma acquisita dal singolo soggetto, e richiede specifici correlati neurofisiologici. Per quanto riguarda il senso dell'esterno, sono implicate la corteccia dorsolaterale prefrontale e quella posterolaterale; per il senso interno, la corteccia cingolata posteriore, il precuneo, la corteccia cingolata anteriore e la corteccia

mediale prefrontale. Questo non significa che la coscienza sia “localizzata” in tali aree, ma che queste sono necessarie affinché essa possa manifestarsi<sup>2</sup>

Le caratteristiche della coscienza evidenziate nella definizione granoniana sono:

- Particolare:

L'ipnosi è descritta come una condizione di coscienza distinta rispetto allo stato ordinario di veglia, ma non per questo patologica o anomala. È piuttosto un focalizzarsi selettivo dell'attenzione, una forma di concentrazione profonda che consente al soggetto di interiorizzare stimoli e suggestioni in modo diverso dal consueto.

- Fisiologica:

Il termine “fisiologica” serve a ribadire che l'ipnosi non è una finzione né un fenomeno inspiegabile, ma una risposta coerente con il funzionamento neurobiologico dell'essere umano. Studi di neurofisiologia e neuroimaging hanno dimostrato che durante l'ipnosi si attivano specifiche reti neurali, coinvolte nella modulazione dell'attenzione, nella regolazione emozionale e nella percezione del corpo. In questo senso, l'ipnosi viene collocata all'interno del continuum degli stati di coscienza, al pari della veglia, del sonno o del sogno.

- Dinamica:

L'aggettivo “dinamica” sottolinea che lo stato ipnotico non è statico né uniforme, ma può evolvere e modificarsi nel tempo. Le risposte del soggetto possono variare a seconda delle stimolazioni, delle suggestioni ricevute e della relazione con l'operatore. Questa dinamicità è ciò che permette di personalizzare il processo ipnotico e di adattarlo alle esigenze specifiche della persona

Fondamento della teoria granoniana è il monoideismo plastico, condizione imprescindibile per riconoscere lo stato ipnotico: una sola idea dominante, focalizzata, che si traduce in effetti osservabili sul piano psicosomatico.

Come chiarisce Casiglia, si tratta di una verità “galileiana”, cioè sperimentabile e misurabile nelle unità fisiologiche dell'organismo umano<sup>2</sup>

- MONO = unico
- IDEISMO = pensiero/idea
- PLASTICO = che diventa realtà

Questa idea unica può produrre modificazioni:

- percettive (es. sensazioni di caldo o freddo)
- emozionali (es. benessere o tranquillità)
- muscolari (es. rilassamento o tensione)
- neurologiche (es. analgesia o parestesie)
- viscerali (es. variazione del battito cardiaco)
- endocrine (es. modifiche nella secrezione di neuropeptidi)<sup>8</sup>
- immunitarie (es. variazioni del potenziale immunologico)<sup>9</sup>

si tratta quindi di un'idea – auto- o etero-indotta – che riverbera sul piano psicosomatico (Lapenta AM)<sup>6</sup>, grazie anche all'instaurarsi del rapporto ipnotico, ovvero una relazione profonda e fiduciosa simile a quella tra maestro e allievo. In tale relazione, l'ipnologo entra in sintonia con l'esperienza cognitiva ed emozionale del soggetto e la guida, attivando un dialogo inconsapevole tra gli emisferi destri dei due interlocutori.

Si manifesta anche un rapporto psicoanalitico, che comprende dinamiche di transfert (proiezione affettiva del soggetto sull'ipnotista) e controtransfert (sentimenti dell'ipnotista verso il soggetto).

Come scriveva Franco Granone nel suo *Trattato di Ipnosi*, l'ipnositerapia è un'arte. L'ipnologo utilizza una pluralità di approcci adattati alle circostanze, servendosi del canale di comunicazione più adatto al soggetto, per facilitare l'insorgenza di immagini e rappresentazioni mentali consone alla sua struttura psichica. In questo modo si favorisce un processo di crescita, maturazione ed equilibrio somato-viscerale<sup>9</sup>.

## Capitolo 2

### *Le forme quotidiane della trance e gli ambiti applicativi dell'ipnosi*

Gran parte della fenomenologia ipnotica può essere indotta tramite suggestione, tuttavia alcuni fenomeni psichici e somatici — in particolare quelli di natura neurovegetativa — possono manifestarsi anche spontaneamente, in modo indipendente, e con un'intensità variabile. Tale variabilità è influenzata da diversi fattori: i bisogni e le motivazioni del soggetto, la sua predisposizione all'ipnosi, la qualità del *rapport*, il contesto in cui si realizza l'esperienza ipnotica e l'adeguatezza della conduzione.<sup>7</sup>

La cosiddetta “trance quotidiana” può essere considerata, come affermava Milton Erickson (1979), “*un'estensione accuratamente pianificata di alcuni processi che avvengono nella vita normale di ogni giorno*”. Ne sono esempi i sogni a occhi aperti, gli stati di intensa concentrazione durante un'attività mentale o psicofisica, il gioco, la guida su lunghi rettilinei, o l'immersione nella visione di un film. In tutte queste situazioni, la coscienza si restringe su un unico fuoco di attenzione, escludendo parzialmente gli stimoli ambientali: ciò configura uno stato simile alla trance ipnotica, pur in assenza di suggestione formale.

L'ipnosi si rivela uno strumento utile non solo in ambito clinico, ad esempio per:

- facilitare l'esecuzione di esami diagnostici (come la risonanza magnetica nei soggetti claustrofobici),
- affrontare l'agofobia in occasione di prelievi o procedure invasive (come le biopsie),
- gestire l'ansia preoperatoria o la reattività fisiologica durante procedure chirurgiche e endoscopiche;

ma trova applicazione anche nel rafforzamento dell'Io, nella gestione dell'ansia, nella visualizzazione creativa di sé in un futuro desiderato e trasformativo, e in numerosi altri contesti.

Tra i principali ambiti d'applicazione, non clinici, l'ipnosi è oggi utilizzata per:

- il potenziamento delle performance sportive,
- interventi in ambito militare e aerospaziale,
- la gestione dell'ansia da prestazione,
- l'aumento dell'autostima e dell'empowerment personale.

Secondo l'American Psychological Association, l'ipnosi è un fenomeno psicologico reale, supportato da evidenze scientifiche che ne dimostrano l'efficacia clinica nella gestione di molteplici disagi fisici e psicologici, nonché nella promozione del benessere. Le aree di utilizzo documentate includono:

- la gestione del dolore acuto, cronico, chirurgico, oncologico, e del dolore durante il parto;
- il trattamento di disturbi del sonno, ansia, fobie, e disturbi del comportamento alimentare;
- il supporto nei percorsi di cura per dipendenza da alcool, fumo, droghe;
- il trattamento di disfunzioni psicosomatiche e problematiche sessuali.

Molti altri impieghi potranno essere esplorati e convalidati negli anni a venire, man mano che la ricerca clinica e la pratica ipnotica progrediscono.

Indipendentemente dall'ambito applicativo, affinché il processo ipnotico si realizzi in modo efficace è necessario che coesistano tre elementi fondamentali:

1. Uno stato di necessità: una motivazione autentica che muove il soggetto verso il cambiamento o la richiesta di aiuto;
2. La volontà del soggetto di entrare in stato ipnotico: una disponibilità attiva e consapevole che costituisce la vera chiave d'accesso alla trance;
3. Il *rapport*: inteso come una relazione dinamica, bidirezionale, empatica e maieutica, che si realizza nel "qui e ora" tra operatore e soggetto, e che genera una sincronia interazionale sul piano psichico e somatico.<sup>7</sup>

### ***Verifica/Ratifica dello stato ipnotico***

Durante l'induzione ipnotica, esistono segnali fisiologici osservabili che possono indicare l'instaurarsi di uno stato di trance. Tra i principali segnali si annoverano: distensione della muscolatura facciale, flutter palpebrale, iperemia congiuntivale, rallentamento cognitivo e motorio, variazioni nella tonalità della voce, modificazioni del respiro, sguardo fisso o assente, relativa immobilità e rilassamento muscolare.

Una volta rilevati tali segnali, l'operatore può procedere ad una ratifica dello stato di trance, ossia una verifica esplicita attraverso l'osservazione di una risposta automatica.

Un esempio può essere: *"Vedo che il tuo braccio è sospeso, e puoi accorgerti anche tu che il tuo braccio è sospeso nell'aria."*

Per facilitare la classificazione dei fenomeni ipnotici osservabili, è stato proposto l'acronimo LECAMOIASCO, che comprende:

- **LE**vitazione
- **CA**talessi
- **MO**vimenti automatici rotatori
- **I**nibizione dei movimenti volontari
- **A**nalgesia
- **S**anguinamento
- **CO**ndizionamento

Se il soggetto conferma di percepire, vedere o sentire ciò che è stato suggerito — in base al proprio canale comunicativo prevalente — significa che ha focalizzato l'attenzione su una singola suggestione, entrando in uno stato modificato di coscienza, in accordo con il concetto di monoideismo plastico.<sup>10</sup>

Il monoideismo rappresenta la focalizzazione su un'unica idea. Diventa “plastico” quando tale idea si manifesta come esperienza fenomenica concreta, verificabile o ratificabile. A tale condizione è sempre associata una componente emozionale, che ne costituisce parte essenziale.<sup>10</sup> In questa fase, non è la coscienza a generare l'azione, bensì l'ideoplasia, ossia la capacità dell'Inconscio poetico di tradurre il pensiero in risposta fisiologica o percettiva.<sup>11</sup> La suggestione ipnotica attiva il meccanismo della visual imagery, ovvero la capacità di creare e manipolare immagini mentali attraverso l'immaginazione visiva. Questo processo è distinto, dal punto di vista neurofisiologico, sia dalla memoria che dalla percezione visiva reale.<sup>12</sup>

Studi condotti con PET (Tomografia a Emissione di Positroni) hanno evidenziato come le esperienze ipnotiche non siano puramente immaginarie. L'immaginazione di un'azione o la sua esecuzione reale attivano gli stessi circuiti neurali, secondo la teoria dei neuroni specchio, suggerendo che l'esperienza vissuta sotto ipnosi ha una base neurobiologica condivisa con l'esperienza reale.

Questo supporta l'ipotesi che l'esperienza ipnotica non sia una semplice finzione mentale, ma un vissuto reale con attivazione fisiologica coerente, rendendola un potente strumento in ambito terapeutico

Alla luce di queste applicazioni e manifestazioni della trance, è essenziale interrogarsi sulla natura stessa dell'ipnosi: è davvero uno stato modificato della coscienza? È qualcosa che accade o qualcosa che si sceglie? Il prossimo capitolo approfondirà proprio questi interrogativi.

## Capitolo 3

### *L'ipnosi come fenomeno cosciente, soggettivo e volontario*

Franco Granone ha sempre sostenuto che l'ipnosi è una condizione che interessa la coscienza, più che l'inconscio; meglio ancora, che l'ipnosi è una modificazione fisiologica della coscienza normale o - in altre parole - che l'ipnosi è un fenomeno cosciente.<sup>9,14</sup>

Altra caratterizzazione del pensiero di Granone è che l'individuo che sperimenta l'eteroipnosi con la guida di un operatore lo faccia esponendosi deliberatamente e volontariamente al rapport con l'operatore stesso, senza subire alcuna forma di imposizione<sup>9,14</sup>

Grazie alla fMRI si è potuto dimostrare questo suo principio.

La fMRI è una metodica in grado di mettere in evidenza quali aree cerebrali siano attivate durante una determinata attività cerebrale o un task. Non spiega come un processo cerebrale avvenga, ma evidenzia dove esso avviene.

Nel 2017, nell'ambito di un progetto di tesi del Corso CIICS, la Dr.ssa Federica Gasparotti ha condotto uno studio sperimentale sull'ipnosi in collaborazione con il Prof. Edoardo Casiglia dell'Università di Padova. L'obiettivo era quello di indagare, attraverso la risonanza magnetica funzionale (fMRI), la natura cosciente e volontaria dell'ingresso in stato ipnotico, in particolare durante l'utilizzo della suggestione analgesica.

Lo studio ha coinvolto 20 volontari sani, selezionati per la loro alta ipnotizzabilità. I partecipanti sono stati sottoposti a un compito specifico (task) di tipo dolorifico, noto come cold pressor test (CPT): consisteva nell'immergere la mano sinistra in un contenitore di ghiaccio fondente (0 °C), stimolo in grado di evocare un dolore acuto ma innocuo. L'esperimento è stato condotto in due condizioni: una in stato di veglia normale, e l'altra durante l'ipnosi con suggestione di analgesia.

È importante precisare che non è stata utilizzata una semplice "ipnosi neutra" (cioè priva di suggestioni), in quanto, come già rilevato in precedenti esperienze, in quella condizione l'attività cerebrale rilevata risulta aspecifica. Per ottenere risultati significativi, si è scelto di associare allo stato ipnotico una suggestione mirata (analgesia), capace di attivare in modo selettivo determinate aree cerebrali.

I risultati ottenuti hanno dato conferma all'ipotesi di partenza, già sostenuta da Franco Granone, secondo cui l'ipnosi è uno stato modificato ma cosciente della mente,

attivato volontariamente dal soggetto. Infatti, durante lo stato ipnotico con analgesia, la fMRI ha evidenziato l'attivazione di specifiche aree corticali associate al controllo volontario, alla consapevolezza e alla regolazione emotiva.

In particolare, si sono attivate:

- **Area 9** (corteccia prefrontale dorsolaterale): implicata nella pianificazione, attenzione e decisione volontaria;
- **Area 32** (corteccia cingolata anteriore): coinvolta nella valutazione cognitiva e nell'elaborazione dello sforzo mentale;
- **Area 47** (porzione orbitale della circonvoluzione frontale inferiore): associata al controllo critico, alla consapevolezza e al giudizio;
- **Area 25** (corteccia subgenuale): implicata nella regolazione delle emozioni e dell'esperienza soggettiva.

Queste aree risultavano attive solo durante l'ipnosi con suggestione, mentre durante il task eseguito in stato di veglia o durante ipnosi neutra, non erano coinvolte nello stesso modo. Inoltre, le aree cerebrali solitamente attive durante l'elaborazione del dolore divenivano silenti sotto ipnosi, segno che la modificazione della percezione era indotta direttamente dallo stato ipnotico.<sup>15</sup> In definitiva, questo studio ha permesso di mappare con precisione le aree cerebrali coinvolte nello stato ipnotico consapevole, fornendo evidenze neuroscientifiche del ruolo attivo e volontario del soggetto nell'entrare in ipnosi, coerentemente con il titolo e l'obiettivo della presente tesi.

A sostegno di questa dimostrazione, si è evidenziato che gli individui che hanno compromessi la corteccia frontale/prefrontale (network con ruolo fondamentale nell'atto della volontarietà d'azione) non sono in grado di avvertire i propri movimenti come un atto volontario.<sup>16</sup>

Interessante è un caso pubblicato dal Prof. dal Prof. Facco Enrico su una rivista americana di Ipnosi Clinica riguardo il libero arbitrio quindi ragionamento critico, senso di proprietà e capacità di agire. Descrive il caso di una paziente altamente ipnotizzabile con pregressa allergia alla lidocaina e reazioni paradosse alla sedazione farmacologica, sottoposta a intervento chirurgico orale con mepivacaina in anestesia locale e ipnosi per la sedazione. Durante la procedura, la paziente ha avvertito un certo dolore e l'ipnotista le ha raccomandato la bupivacaina per garantire un'anestesia duratura. Pur rimanendo in ipnosi profonda, la paziente si è rifiutata di cambiare anestesia e ha deciso autonomamente di continuare con la mepivacaina (per la quale era stata precedentemente testata per l'allergia). Questo mostra chiaramente la capacità

di prendere decisioni autonome divergenti dai consigli dell'ipnotista durante l'ipnosi profonda.<sup>17</sup>

# Capitolo 4

## *Ipnottizzabilità e scale di valutazione*

Dopo aver evidenziato, nel capitolo precedente, il ruolo centrale della volontarietà nell'accesso alla trance, è importante sottolineare che tutti possono entrare in stato ipnotico, se lo desiderano. Tuttavia, esistono soggetti naturalmente più suscettibili (definiti *high*), rispetto ad altri meno responsivi (*low*).

Secondo Kubie (1972), l'ipnotizzabilità dipende dalla capacità del soggetto di interiorizzare uno stimolo esterno e integrarlo nel proprio mondo interno. In altri termini, ciò che rende una persona più facilmente ipnotizzabile è il grado con cui riesce a rendere soggettiva e personale una suggestione.<sup>18</sup> Franco Granone distingue un'eccitabilità e una suggestionabilità costituzionale per le diverse funzioni psichiche — motorie, sensitive, sensoriali, vegetative — sottolineando che la suscettibilità alle suggestioni può variare non solo da persona a persona, ma anche da funzione a funzione. Egli osserva, ad esempio, che in alcuni soggetti le suggestioni motorie si realizzano con maggiore facilità, mentre in altri sono più efficaci le suggestioni a carico dell'apparato sensoriale o viscerale.<sup>9</sup>

## *Aspetti psicologici e neurofisiologici dell'ipnotizzabilità*

Diversi studi (Crawford, 1989; Crawford & Gruzelier, 1992) hanno contribuito a delineare un modello neuropsicofisiologico dell'ipnosi, evidenziando che i soggetti altamente ipnotizzabili possiedono un'elevata capacità di filtraggio attentivo, che consente loro sia di focalizzare meglio l'attenzione, sia di ignorare più efficacemente gli stimoli irrilevanti. L'ipnosi viene così concepita come uno stato di attenzione potenziata, caratterizzato da una profonda interazione tra le dinamiche cerebrali corticali e sottocorticali, in particolare nell'ambito dei processi attentivi e disattentivi.

Numerose evidenze comportamentali, cognitive e neurofisiologiche (tra cui l'analisi dell'attività elettrocorticale, dei potenziali evento-correlati e del flusso sanguigno cerebrale) sembrano confermare queste differenze neurofunzionali tra soggetti ad alta e bassa ipnotizzabilità.<sup>19</sup>

Secondo Hilgard (1965), la suscettibilità ipnotica è distribuita normalmente nella popolazione (Ercolani, 1997), e l'unico tratto psicologico sistematicamente correlato all'ipnotizzabilità risulta essere l'assorbimento immaginativo, ovvero la capacità di

lasciarsi coinvolgere in esperienze mentali vivide e soggettive (Molinari & Castelnuovo, 2010).<sup>18</sup>

Altri fattori correlati all'ipnotizzabilità individuati in letteratura includono:

- l'attitudine alla fantasia (Lynn & Rhue, 1988);
- il tempo di reazione nei compiti go/no-go (Braffman & Kirsch, 2001);
- il livello di empatia (Wickramasekera & Szlyk, 2003);
- l'auto-direzionalità, cioè la capacità di autodeterminazione e adattamento (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993);
- la presenza di esperienze dissociative (Agargun et al., 1998).<sup>18</sup>

### ***Le principali scale di valutazione dell'ipnotizzabilità***

Nel corso degli anni sono state sviluppate diverse scale per valutare a priori la suscettibilità ipnotica di un soggetto. Le quattro principali sono:

1. Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959): somministrata individualmente, si basa su compiti di tipo cognitivo.
2. Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (Shor & Orne, 1962): progettata per la somministrazione in gruppo, si fonda su risposte ideomotorie (es. levitazione delle mani, catalessi).
3. Barber Suggestibility Scale (Barber, 1965): composta da otto prove eterogenee, valutative di diversi ambiti.
4. Hypnotic Induction Profile (Spiegel, 1970): misura sia la predisposizione biologica sia l'abilità a rispondere efficacemente alla suggestione.

Queste scale sono particolarmente utili in ambito sperimentale, dove occorre un controllo preciso delle variabili. Tuttavia, il loro impiego clinico è più limitato, poiché nella pratica terapeutica la responsività ipnotica è fortemente influenzata da fattori relazionali, come le aspettative del paziente e la qualità del rapporto con il terapeuta (Oberhuber, 2000).<sup>18</sup>

Uno dei principali limiti delle scale standardizzate è la loro incapacità di cogliere le caratteristiche individuali del soggetto, motivo per cui, secondo Guidi (2012), trovano applicazione quasi esclusivamente in ambito di ricerca.<sup>20</sup>

## ***Il metodo Spiegel-Facco***

Secondo Edoardo Casiglia, docente del CIICS e autore di numerose pubblicazioni sul tema dell'ipnosi e della coscienza, il metodo più efficace per valutare la predisposizione ipnotica in ambito clinico è quello ideato da Spiegel e adattato da Enrico Facco per il contesto italiano. Questo metodo si basa sulla presenza del bianco sclerale durante la retroversione oculare e rappresenta un test di ipnotizzabilità e, al tempo stesso, una tecnica induttiva.

Rispetto ad altri metodi, esso risulta:

- più moderno e aggiornato,
- più breve e meno impegnativo,
- estremamente efficace come strumento di osservazione preliminare e inizio della seduta ipnotica.<sup>2</sup>

Come sottolinea Casiglia (2025): *«Si tratta di un'eccellente tecnica induttiva, che integra test e induzione in un'unica manovra»*.<sup>2</sup>

Tuttavia, in ambito clinico, più che una misurazione statica della predisposizione del soggetto, è cruciale considerare la relazione terapeutica e la motivazione consapevole come elementi chiave per una risposta ipnotica efficace. Questo conferma quanto affermato nei capitoli precedenti: la trance ipnotica non è imposta, ma costruita con la partecipazione attiva del soggetto. L'ipnotizzabilità, dunque, non deve essere intesa come una qualità statica, né come un limite: è piuttosto una dimensione modulabile, influenzata da fattori cognitivi, relazionali e motivazionali. In questo senso, l'ipnosi resta un fenomeno accessibile e volontario, dove la tecnica si adatta alla persona, non viceversa.

# Capitolo 5

## *L'ipnosi tra neurofenomenologia e vissuto soggettivo*

L'ipnosi è stata troppo spesso inquadrata come uno “stato” particolare della mente, o come un fenomeno misterioso, al limite tra il fisiologico e il patologico. Questa visione, come discusso nei capitoli precedenti, non solo è limitante, ma contribuisce a generare confusione sul piano scientifico e clinico. Fin dall'inizio di questo elaborato ho cercato di proporre una prospettiva alternativa: l'ipnosi come un processo cosciente, volontario e profondamente radicato nella dimensione soggettiva dell'esperienza umana.

L'accesso ipnotico appare dunque più simile a un riassetto dinamico delle reti attentive e cognitive che non a un passaggio in uno “stato alterato” in senso stretto. Gli studi più recenti sembrano confermare che l'esperienza ipnotica emerge da una ridefinizione attiva delle priorità attentive, motivazionali ed emozionali del soggetto (Facco, 2022a; Casiglia et al., 2018).

## *Il soggetto al centro del processo*

Nel contesto neurofenomenologico, il vissuto soggettivo non è riducibile all'attività cerebrale, ma neppure è pensabile senza una sua espressione corporea. Il soggetto è attivamente coinvolto nella costruzione del significato e nel dirigere i propri contenuti attentivi. L'ipnosi, come espressione del monoideismo plastico (Granone, 1973), rappresenta proprio la capacità del soggetto di orientare in modo univoco, flessibile e creativo la propria mente verso uno scopo o un contenuto rilevante.

Tale focalizzazione non è passiva, né indotta in modo coercitivo dall'esterno: è un processo co-costruito tra operatore e paziente, che valorizza la partecipazione volontaria del soggetto. Come già evidenziato nel capitolo 2, esperienze simili si verificano nella vita quotidiana — nella lettura, nella scrittura, nella contemplazione estetica, nella meditazione o nel dolore cronico — dove la coscienza si organizza attorno a un'idea dominante.

## ***Evidenze neuroscientifiche e stati modificati di coscienza***

L'ipnosi si genera interamente nel soggetto per mezzo della sua volontà, mentre il ruolo dell'operatore è quello di una semplice guida maieutica. Essa rappresenta un "modo di essere dell'organismo" che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e sensomotori.<sup>2</sup> Si tratta di una "modificazione fisiologica e dinamica della coscienza soggettiva," in cui restano attive la logica e la capacità critica, sebbene attenuate, consentendo così l'accoglimento profondo del significato della parola e della comunicazione non verbale.<sup>2</sup>

Tale stato di coscienza modificata si manifesta come esperienza vissuta, non come elaborazione intellettuale: il soggetto può accedere a trasformazioni psichiche, somatiche e viscerali, che si realizzano attraverso il Monoideismo Plastico (MIP). La modificazione della coscienza tipica dell'ipnosi comporta una prevalenza della funzione rappresentativo-emotiva, una maggiore attività dell'emisfero cerebrale non dominante, alterazioni dell'estrocezione e dell'introcezione, modificazioni nelle percezioni di spazio e tempo, nonché un'esaltazione delle capacità cognitive e intuitive. Questi fenomeni derivano, su un piano descrittivo, dall'instaurarsi di una relazione speciale tra soggetto e operatore, e su un piano fisiologico, dall'attivazione di specifiche aree cerebrali e recettori chimici.<sup>2</sup>

Il concetto di Stato Modificato di Coscienza (SMC) è fondamentale per comprendere la natura dell'ipnosi. Lo SMC è una condizione psicofisiologica diversa dalla normale vigilanza, che non implica necessariamente perdita di coscienza, passività o disorientamento. L'ipnosi, in particolare, rappresenta uno stato intenzionalmente attivato, contraddistinto da profonda concentrazione, ridotta attenzione verso gli stimoli esterni e maggiore suscettibilità alle suggestioni.

In questa condizione, il soggetto sperimenta una combinazione di ansiolisi, derealizzazione onirica, depersonalizzazione e aumento della concentrazione, unitamente a una lieve riduzione della critica e a una maggiore facilità di rievocazione e rivivificazione delle esperienze.<sup>2</sup> A differenza di altri SMC come il sogno, la meditazione profonda o stati indotti da sostanze psicotrope, l'ipnosi può essere indotta, mantenuta e gestita consapevolmente, fondandosi su una solida alleanza relazionale tra operatore e soggetto. In tale contesto, l'immaginazione non è solo un'attività mentale passiva, ma un potente motore neuropsicologico capace di ristrutturare l'esperienza e produrre cambiamenti clinicamente rilevanti, come dimostrato dalle più recenti evidenze neuroscientifiche.

Come osservano Facco e Tagliagambe (2016) in *Ritornare a Ippocrate*, l'ipnosi va interpretata fuori dalla dicotomia cartesiana mente-corpo, poiché essa agisce simultaneamente sulla percezione, sulla fisiologia e sulla volontà, in un processo unitario e dinamico.<sup>21</sup>

## ***Il cervello in ipnosi***

L'avvento delle tecniche di neuroimaging funzionale ha consentito di esplorare in vivo l'attività cerebrale durante lo stato ipnotico, dimostrando che l'ipnosi non è una sospensione della coscienza, ma una sua ristrutturazione controllata e funzionale. Sono state individuate tre reti neurali centrali coinvolte:

### **a) Default Mode Network (DMN)**

Comprende il cingolato posteriore (BA 23 e 31), la corteccia parietale posteriore (BA 7, 39 e 40) e la corteccia prefrontale ventromediale (Buckner et al., 2008)<sup>22</sup>. È attiva durante i processi di introspezione, pensiero spontaneo e memoria autobiografica, contribuendo alla costruzione della narrazione interna coerente e del senso del sé. Durante l'ipnosi, la DMN subisce modulazioni che riflettono l'alterazione della consapevolezza ordinaria e favoriscono il decentramento dell'io narrativo; (Vinod Menon, *Neuron*, 2023).<sup>23</sup>

### **b) Central Executive Network (CEN)**

Formata dalla corteccia prefrontale dorsolaterale e dalle corteccie parietali laterali, la CEN si attiva durante compiti cognitivi che richiedono attenzione e pianificazione. (Goulden et al., 2014)<sup>22</sup> Nell'ipnosi, resta attiva nei compiti che coinvolgono analgesia ipnotica, ristrutturazione dell'esperienza e risposta volontaria, confermando che l'individuo ipnotizzato non perde il controllo ma lo esercita in modo focalizzato; (Casiglia et al., 2020)<sup>24</sup>

### **c) Salience Network (SN)**

Include la corteccia prefrontale ventrolaterale, l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore. (Seeley et al., 2007)<sup>22</sup> Il SN è coinvolto nell'identificazione degli stimoli rilevanti, agendo come interruttore tra DMN e CEN. Durante l'ipnosi, facilita la ricezione selettiva delle suggestioni, filtrando gli stimoli irrilevanti e amplificando quelli centrali per l'esperienza; (Uddin, 2015).<sup>25</sup>

Uno studio ha evidenziato che l'assorbimento ipnotico auto-riferito è correlato all'attività nei nodi centrali della SN, dimostrando che l'ipnosi coinvolge un'elaborazione attiva e consapevole degli eventi interni ed esterni.<sup>26</sup>

## ***Ipnosi e coscienza: riflessioni a partire dalle evidenze neuroscientifiche***

L'ipnosi, lungi dall'essere un'alterazione passiva dello stato di coscienza, è una condizione attiva, volontaria, esperienziale e relazionale, fondata sulla plasticità neuropsicologica del soggetto. Essa implica una riorganizzazione funzionale del cervello, sostenuta da reti neurali che regolano attenzione, coscienza e processi emotivi, e che confermano, anche su base neurofisiologica, la natura consapevole e autodiretta dell'esperienza ipnotica.

Il SN svolge un ruolo cruciale nell'elaborazione dei segnali provenienti da fonti sia interne che esterne per regolare il modo in cui il cervello risponde al rilevamento e alla percezione di stimoli sensoriali, interocettivi e affettivi. Il SN si attiva quando gli individui sperimentano l'assorbimento ipnotico e si concentrano su esperienze mentali specifiche;<sup>26</sup> la sua attività può riflettere il monitoraggio del focus attentivo, dando priorità ai segnali rilevanti mentre filtra quelli irrilevanti dalla consapevolezza cosciente.<sup>27</sup>

In linea con questa visione, uno studio ha scoperto che il livello auto-riportato di assorbimento ipnotico era correlato all'attività in due nodi centrali della SN, l'insula anteriore e la corteccia cingolata. I cambiamenti funzionali nell'SN durante l'ipnosi sono strettamente associati a cambiamenti nella consapevolezza degli eventi sia interni che esterni.<sup>25</sup>

Va tuttavia precisato che i risultati riguardanti i correlati neurali dell'ipnosi hanno trovato discordanze tra loro. Mentre alcuni studi sull'ipnosi riportano un aumento dell'attività nella corteccia cerebrale anteriore (ACC) (Egner et al., 2005, Rainville et al., 1999b), altri studi mostrano l'effetto opposto (Deeley et al., 2012, McGeown et al., 2009, Raz et al., 2005). Ad esempio mentre gli individui altamente suscettibili all'ipnosi (HHSI) hanno mostrato un'attività della corteccia prefrontale (ACC) aumentata nel compito di Stroop in seguito a un'induzione ipnotica (Egner et al., 2005), hanno mostrato il pattern opposto in seguito a una suggestione "alexia" post-ipnotica di considerare le parole di Stroop come un linguaggio incomprensibile proveniente da una lingua straniera (Raz et al., 2005).<sup>28</sup> Questo divario potrebbe essere attribuito alle differenze metodologiche derivanti sia dalle tecniche sperimentali che da quelle ipnotiche, inclusa l'assenza di procedure standard per la somministrazione dell'ipnosi. Nonostante nel 2010 Oakley e Halligan hanno ideato un utile guida per la ricerca neuropsicologica per rispondere ai tanti quesiti ancora esistenti sull'ipnosi, non sembra venga adottata.<sup>14</sup> Ancora oggi non è definitivamente chiaro e universalmente condiviso

il metodo di studio che consenta di comprendere correttamente la natura della coscienza e il suo posto nel mondo (Facco, 2022a; Facco et al., 2023; Facco & Fracas, 2018).<sup>29</sup>

## Esperienza

Come premesso nell'introduzione di questo elaborato, il caso clinico che presenterò riguarda un'esperienza personale vissuta il 16 gennaio 2025, durante un'esercitazione pomeridiana del corso di Ipnosi Clinica tenutosi a Rimini. In quella occasione, dopo una lunga introduzione teorica, il Prof. Enrico Facco volle mostrarci un *tester* per la misurazione della soglia del dolore del primo premolare, prima e durante l'induzione ipnotica. Un compagno di corso si offrì volontario, mentre io, come gli altri, assistevo da osservatrice.

Ricordo che, mentre il docente parlava, le sue parole mi arrivavano come un racconto: una narrazione fluida, quasi una trama ipnotica di cui oggi non conservo memoria cosciente. Rammento però distintamente che sono letteralmente scivolata in uno stato ipnotico.

Nonostante fossi serena e curiosa, ed avessi già vissuto esperienze ipnotiche in precedenza, durante le esercitazioni pomeridiane del corso mi era capitato di provare batticuore, mani sudate e una certa paura di perdere il controllo delle mie facoltà. Non era una paura dell'ipnosi in sé, ma una forma di fragilità personale, emersa proprio grazie a quell'ambiente formativo così stimolante.

Forse, durante il corso CIICS, tutto era più intenso: le lezioni mattutine mi aprivano la mente a un paradigma nuovo e affascinante, e le evidenze scientifiche presentate erano talmente sorprendenti da farmi diventare più attenta e sensibile a ciò che accadeva dentro e fuori di me.

Ma tornando alla dimostrazione: mi trovai in uno stato di catalessi differente dal solito. Il busto era inclinato a destra, le braccia abbandonate fuori dalla sedia, il capo eretto ma anch'esso inclinato a destra (di solito lo chino), la mandibola rilassata, la bocca semiaperta, gli occhi sbarrati (quando invece solitamente li chiudo non appena inizia l'induzione). Ero pienamente presente a me stessa e a ciò che mi interessava. Ero cosciente, consapevole dello stato modificato in cui avevo scelto di entrare, curiosa e

coinvolta da quanto stavo osservando. L'esterno era come su un altro piano, percepito ma distante, e io sorridevo dentro per quella situazione nuova.

Ho vissuto quello stato attentivo e di focalizzazione di cui tanto parlavano i docenti del CIICS. Ho utilizzato in modo intenzionale lo stato ipnotico per apprendere, per osservare. Non ho seguito l'induzione analgesica che il Prof. Facco stava guidando nel collega: avrei potuto, ma ho deciso di usare lo stato ipnotico a modo mio. È stato come scegliere tra prendere l'autostrada o la statale, guidare l'auto o la moto: ho scelto il mezzo e la via.

In quella posizione ho assistito alla dimostrazione, che consisteva nel misurare la soglia del dolore tramite pulpometro. Ricordo distintamente che, prima dell'induzione, lo strumento segnava 19; dopo l'analgesia indotta sull'arcata inferiore destra del mio compagno, segnava 64. Rimasi sbalordita da ciò che osservavo. Lentamente, in modo naturale, mi sono estroflessa e ho ripreso la postura tonica e composta della studentessa attenta.

Ho potuto così verificare direttamente la possibilità di una coscienza dinamica, vigile, attenta e focalizzata. Ero tutt'altro che "fuori di me"; ero altamente connessa con quel *riverbero* di cui spesso parlavano i docenti per spiegare il concetto di monoideismo plastico.

Questa esperienza ha confermato quanto emerso nella letteratura scientifica e discusso nei capitoli precedenti: l'ipnosi non è una tecnica imposta, ma un processo soggettivo che si realizza nella misura in cui il soggetto vi partecipa in modo consapevole, motivato e attivo. Essa si configura come una modalità alternativa di funzionamento della coscienza, orientata a uno scopo e sostenuta da una relazione intersoggettiva.

Il valore terapeutico dell'ipnosi risiede proprio in questo: non nell'indurre uno stato particolare, ma nel facilitare un'esperienza trasformativa in cui il soggetto può riconoscersi agente e regista della propria esperienza interna.

## Discussione finale e riflessioni cliniche

L'ipnosi si configura oggi come un campo affascinante e multidisciplinare, che continua a suscitare vivo interesse sotto il profilo conoscitivo, sperimentale ed esperienziale. Nonostante i significativi progressi delle neuroscienze, che hanno permesso di individuare alcune aree cerebrali attivamente coinvolte durante lo stato ipnotico — come la default mode network, la salience network e la central executive network — la genesi, la natura e il dinamismo dei fenomeni ipnotici rimangono ancora in parte oscuri e meritevoli di ulteriori approfondimenti.

L'approccio delle scienze galileiane, fondato su una visione quantitativa, matematica e meccanicistica della realtà, ha permesso grandi conquiste sul piano oggettivo, ma si rivela spesso insufficiente quando si tratta di esplorare dimensioni soggettive come la coscienza, l'esperienza interiore e la volontà. L'ipnosi, proprio perché affonda le sue radici in una relazione viva tra corpo e mente, richiede una visione integrata che tenga conto della complessità dell'essere umano.

Le ricerche disponibili convergono nel riconoscere che esistono soggetti più o meno ipnotizzabili, caratterizzati da una diversa suscettibilità e da differenti modalità neurofisiologiche di accesso allo stato ipnotico. Tuttavia, emerge con sempre maggior forza un punto essenziale: l'ipnosi non è un fenomeno passivo che “accade” al soggetto, ma un processo attivo e volontario, che presuppone una scelta consapevole di rivolgere l'attenzione verso l'interno, di modulare la propria percezione, di sospendere temporaneamente alcuni automatismi cognitivi per esplorare nuove possibilità di relazione con sé e con l'ambiente.

L'ingresso in stato ipnotico, sia esso autoindotto o facilitato da un operatore, non implica perdita di coscienza critica né sottomissione, ma rappresenta piuttosto una forma raffinata di consapevolezza direzionata, che apre a una condizione psicofisiologica in cui il soggetto può attingere a risorse interne talvolta non pienamente disponibili nello stato di veglia ordinario.

In questa prospettiva, l'ipnosi può essere considerata non solo una tecnica, ma un vero e proprio strumento di evoluzione personale, un modo di essere presenti a se stessi e alla propria esperienza, in modo più pieno, flessibile e intenzionale. È una facoltà umana che chiama in causa la volontà, la fiducia, la capacità immaginativa e la plasticità cerebrale,

contribuendo a rafforzare l'empowerment, ovvero la possibilità di ciascuno di riappropriarsi attivamente del proprio sentire, del proprio corpo e delle proprie scelte.

Per la professione infermieristica, l'apprendimento dell'ipnosi rappresenta un'opportunità preziosa e coerente con il proprio mandato di cura centrato sulla persona. Significa acquisire uno strumento clinico e relazionale in grado di modulare il dolore, ridurre l'ansia, accompagnare il paziente nei percorsi diagnostici e terapeutici più invasivi, favorire l'aderenza alle cure e sostenere la gestione delle emozioni nei momenti di fragilità. Ma, ancor più, significa offrire presenza, ascolto profondo, sguardo non giudicante e fiducia nelle risorse dell'altro. L'ipnosi si inserisce perfettamente nella dimensione umanistica dell'assistenza infermieristica, quella che riconosce nella relazione di cura un terreno fertile per la guarigione, per il cambiamento e per il benessere complessivo della persona.

Concludendo, l'ipnosi è un fenomeno fisiologico, cosciente e volontario, che si colloca a pieno titolo all'interno di una medicina e di una psicologia che intendano davvero tornare all'unità mente-corpo e all'unicità irripetibile della persona. Comprenderne il valore e il potenziale significa anche restituire dignità alla soggettività, alla relazione terapeutica e alla dimensione esperienziale dell'essere umano, nel suo continuo dialogo tra razionalità e immaginazione, tra volontà e abbandono, tra scienza e coscienza. Per l'infermiere che desidera essere realmente accanto, l'ipnosi non è solo una competenza in più, ma una modalità di presenza consapevole che eleva l'assistenza a gesto autenticamente umano.

# Bibliografia

- 1 Granone F (1989). Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica. Minerva Medica. Torino
- 2 Casiglia E (2025). Ipnosi Veramente Moderna, Cleup, Padova
- 3 Granone, F. & Granone, A. (1996). Ipnosi: Fondamenti e applicazioni cliniche. Edizioni Minerva Medica. Torino
- 4 Casula C, (16/01/2024). Come costruire fiducia col paziente attraverso il Rapport: presentazione, sintonizzazione, risonanza. Materiale Didattico Corso CIICS Rimini
- 5 Erickson, M.H (1983). A scuola di Ipnosi. Boringhieri. Torino
- 6 Somma M. (5/12/2024). L'ipnosi cosa non è, cos'è. Materiale didattico corso CIICS Rimini
- 7 Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M, (2-3 Dicembre 2023) Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS, Ancora Editrice, Trento
- 8 Iannini R. (7/12/2024). Ipnosi in prospettiva PNEI. Materiale didattico corso CIICS Rimini<sup>9</sup>
- 9 Granone F.(1989). Trattato di Ipnosi. Utet, Torino
- 10 Granone A.(2003). Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Edizioni Mediterranee, Roma
- 11 Granone A.(2005). L'inconscio poietico. Ipotesi operativa di inconscio secondo il pensiero granoniano. Edizioni Mediterranee. Roma
- 12 Kosslyn SM, Thompson WL, Ganis G. (2006) The Case for Mental Imagery. Oxford: Oxford University Press
- 13 Balugani E, Ducci M. (2007) Ipnositerapia e neuroscienze. Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale 1(2):57-65
- 14 Casiglia E (2015). Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Cleup. Padova
- 15 Gasparotti F, Casiglia E.(2017) Dimostrazione sperimentale mediante Risonanza Magnetica Funzionale del paradigma di Franco Granone: l'ipnosi è uno stato cosciente e volontario. Tesi fine corso CIICS. Torino
- 16 Nahab FB, Kundu P, Maurer C, Shen Q, Hallet M. (2017) Impaired sense of agency in functional movement disorders: an fMRI study. PLoS One
- 17 Facco E, Bacci C, Casiglia E, Zanette G (2021) Capacità critica e libero arbitrio preservati nell'ipnosi profonda durante la chirurgia orale. American Journal of Clinical Hypnosis Volume 63, numero 3 pag 229-241pubblicato on line 22/02/2021

- 18 Manarin M, Facco E. (2013) Aspetti psicologici dell'ipnotizzabilità. Una ricerca sull'Hypnotic Induction Profile. Psychological Aspects of Hypnotizability. A study for the Hypnotic induction Profile. Tesi fine corso CIICS Torino
- 19 Int J, Clin Exp Hypn, HJ Crawford (1994). Dinamiche cerebrali e ipnosi: processi attentivi e disattentivi 1994
- 20 Guidi A. (2012) Ipnoguid Magazine. Retrived from <http://www.ipnoguida.com/>
- 21 Facco E, Tagliagambe S, (2020). Ritornare a Ippocrate. Riflessioni sulla medicina di oggi. Mondadori. Milano.
- 22 Nia Goulden <sup>a</sup>,Aygul Khusnulina <sup>a</sup>,NicholasJ. Davis <sup>b</sup>,RobertM. Bracewell <sup>a</sup>,Arun L. Bokde <sup>c</sup>,Jonathan P. McNulty <sup>d</sup>,Paul G. Mullins <sup>a</sup> La rete di salienza è responsabile del passaggio tra la rete in modalità predefinita e la rete esecutiva centrale: replica da DCM. NeuroImage, Volume 99, pag 180-190,1 Ottobre 2014
- 23 Vinod Menon (2023).20 anni di rete in modalità predefinita: una revisione e una sintesi Neuron, vol 111, n° 16 pag 2469-2487
- 24 Casiglia, E, Gasparotti, F, Facco, E, Giannini, G., Guglielmi, G., & Tikhonoff, V. (2020). Hypnotic modulation of the pain matrix: fMRI findings on brain structures involved in hypnotic analgesia. International Journal of Clinical
- 25 Uddin, LQ. (2015)Elaborazione della salienza e funzione e disfunzione corticale insulare. Nat Rev Neurosci. n 16 pag 55-61
- 26 Dienes, Z, Beran M, Brandi, JL, Perner J, Proust, J, (2012). La risposta ipnotica alla rinuncia strategica della metacognizione. Fondamenti della metacognizione. Oxford University Press. New York, USA pag 267-277
- 27 Tellegen A, Atkinson, G.(1974). Apertura alle esperienze assorbenti e autoalteranti (“assorbimento”), un tratto correlato alla suscettibilità ipnotica. J Abnorm Psychol. vol 83 pag 268-277
- 28 Landry M, Lifshitz M, Raz A (2017). Correlati cerebrali dell'ipnosi: una revisione sistematica e un esplorazione meta-analitica. Revisione di neuroscienze e biocomportamentali, Volume 81, parte A, Ottobre 2017, pag 75-98
- 29 Facco E. (2024) Espressioni non ordinarie della mente. Mind science academy Editoriale