



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

Anno accademico 2023/2024

Tesi di laurea

L'autoipnosi: tecniche, applicazioni e benefici

RELATORE:

Prof. Maurizio Gasseau

STUDENTE: 21 D03 345

Longu Erika

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: ORIGINI STORICHE DELL'IPNOSI	5
1.1 La storia dell'ipnosi	5
1.2 Le teorie dell'ipnosi	7
1.3 Evoluzione moderna dell'ipnosi	9
CAPITOLO 2: TECNICHE DI IPNOSI E AUTOIPNOSI	15
2.1 Tecniche di induzione ipnotica	15
2.2 Dall'ipnosi all'autoipnosi: principi e pratiche	20
2.3 Campi di applicazione dell'autoipnosi	28
CAPITOLO 3: EFFICACIA E POTENZIALI TERAPEUTICI	32
3.1 Ricerca sull'efficacia dell'autoipnosi	32
3.2 Integrazione dell'autoipnosi e dell'ipnosi con altre tecniche terapeutiche	38
3.3 Prospettive future nella ricerca sull'autoipnosi	46
CONCLUSIONI	51
BIBLIOGRAFIA	54
SITOGRAFIA	64

*“L’unica persona che sei destinato a diventare
è la persona che decidi di essere”*

Ralph W. Emerson

INTRODUZIONE

Quando si parla di ipnosi, l'immaginario collettivo si proietta verso visioni di orologi oscillanti e persone in trance, pronte a seguire comandi insoliti. Tuttavia, dietro questa rappresentazione scenica, c'è una pratica che possiede profonde radici storiche e scientifiche e che, soprattutto, ha dimostrato un notevole potenziale terapeutico. L'ipnosi si è evoluta nel tempo, superando i pregiudizi delle persone ed entrando nel mondo della scienza, dove viene riconosciuta e utilizzata come uno strumento terapeutico efficace.

In particolare, ho deciso di concentrarmi sull'autoipnosi, una tecnica che dà la possibilità di accedere in modo autonomo al proprio mondo interiore e che si distingue come una pratica innovativa ed accessibile; rappresenta un metodo grazie al quale l'individuo diventa artefice del proprio benessere utilizzando tecniche specifiche, in modo da affrontare le sfide della vita quotidiana.

La decisione di scrivere questo elaborato sull'autoipnosi nasce da un profondo interesse che ho sviluppato nel corso degli anni nei confronti di questo argomento; in particolare, negli ultimi anni ho avuto modo di approfondire la conoscenza dell'ipnosi e dell'autoipnosi durante i corsi, permettendomi così di accrescere tale interesse. L'elaborato rappresenta, per me, il riflesso di questa curiosità. Inoltre, ho trovato particolarmente stimolante il fatto che l'autoipnosi possa essere uno strumento potente e flessibile, adatto ad implementare il benessere personale e la gestione dello stress. Sono convinta che, se integrata nella vita di tutti i giorni, questa tecnica possa accompagnare le persone verso una migliore qualità della vita e possa aiutarle ad affrontare efficacemente le sfide che ci si presentano ogni giorno. È proprio questa convinzione che mi ha spinto a voler approfondire l'argomento, esplorandone più aspetti possibili, cercando di contribuire a diffondere nuove conoscenze a riguardo, in modo da poterle applicare in momenti della vita quotidiana.

La mia tesi ho deciso di suddividerla in tre capitoli principali, in ognuno dei quali ho voluto approfondire degli aspetti, per me importanti, dell'ipnosi e dell'autoipnosi. Il primo capitolo è incentrato sulle origini storiche dell'ipnosi fino ai giorni nostri. Inoltre, viene analizzata l'evoluzione del concetto di ipnosi, passando dalle teorie principali fino alle applicazioni cliniche moderne.

Il secondo capitolo si concentra sulle tecniche pratiche dell'ipnosi e dell'autoipnosi: in particolare, vengono descritti dei metodi di base che permettono di entrare in uno stato di ipnosi, concentrandomi sugli strumenti che ci permettono di praticare l'autoipnosi. Inoltre, ho trattato

anche delle metodologie che rendono l'autoipnosi accessibile e applicabile durante la vita di tutti i giorni.

Infine, il terzo capitolo tratta delle applicazioni terapeutiche dell'autoipnosi: attraverso la letteratura scientifica e l'esame di casi studio, verranno esplorati i benefici dell'autoipnosi in vari ambiti, dalla gestione dello stress alla riduzione del dolore, fino al miglioramento delle prestazioni personali. Dopodiché, verrà discusso l'uso dell'autoipnosi integrata con altre tecniche terapeutiche, come l'EMDR e la mindfulness: tali integrazioni, come si vedrà in seguito, dimostrano come l'autoipnosi sia un metodo trasversale che può aumentare l'efficacia di altri trattamenti quando vi si affianca.

In conclusione, con questa tesi ho cercato di presentare l'autoipnosi come un potente strumento di autogestione per il raggiungimento del benessere psico-fisico, che può essere integrato in modo efficace ed efficiente nelle pratiche terapeutiche più moderne. La speranza è che questo lavoro possa contribuire a rendere più consapevoli le persone delle grandi potenzialità dell'autoipnosi e spero che possa stimolare ulteriori ricerche in questo campo, a mio avviso, affascinante.

Prima di iniziare, desidero esprimere tutta la mia gratitudine alle persone che mi hanno accompagnato e sostenuto nel mio percorso di studi, aiutandomi a rendere possibile la realizzazione di questa tesi.

In primo luogo, vorrei dedicare un ringraziamento al mio relatore, il Professore Maurizio Gasseau, per la sua preziosa guida, i suoi consigli e la sua disponibilità, per nulla scontata.

Un pensiero speciale va ai miei genitori, per il loro amore incondizionato, il sostegno e soprattutto la pazienza dimostrati nel mio percorso. Senza i continui incoraggiamenti e la forza infinita di mamma, e gli interminabili consigli e lezioni di vita di papà, non sarei mai riuscita a raggiungere questo importante traguardo. Grazie per aver sempre creduto in me e di non avermi mai lasciata sola, questo elaborato lo dedico a voi che siete la mia vita.

Ai miei amati nonni, in particolare a mia nonna Grazia, nonché la mia psicologa personale da tutta la vita. Grazie per tutto l'amore che mi hai dato, che mi dai e che mi darai sempre. La vostra saggezza e il vostro affetto mi hanno sempre dato forza e un posto sicuro in cui rifugiarmi, siete la mia vita e senza di voi non sarei dove sono oggi.

Un ringraziamento profondo a Marco, per la sua immensa sopportazione durante gli esami (e non solo) e per essere stato una presenza costante negli ultimi momenti di questo cammino. A te che mi sostieni ogni giorno nelle mie scelte di vita, a te che riesci a tirare fuori la parte migliore di me e mi rendi felice. Per questo mi sono innamorata di te. Tu sai.

Un grazie a Lisa, per essere la donna forte che è e per avermi insegnato che in qualche modo ce la possiamo fare sempre. Grazie di ascoltarmi ogni volta che ne ho bisogno e di tenerci così tanto a me. Ti voglio bene.

Grazie con tutto il mio cuore alle mie amiche della vita, Sonia, Fede, Giada, Marta, Greta e Valle, che mi hanno supportato, incoraggiato e strappato un sorriso per ogni lacrima che ho versato. E chi mi conosce sa che sono tante. Siete la mia energia e sapete che vivo per voi, spero sappiate tutto il bene che vi voglio e quanto siete importanti per me, non dimenticatelo mai.

Un grazie a Fari, di poche parole ma sempre efficaci. Grazie di volermi tanto bene da anni e di capirmi sempre nonostante i miei mille difetti.

Grazie a Franca, la mia compagna di uni preferita. Abbiamo condiviso stress, angoscia, panico e soprattutto pianti, tanti pianti. Ma oltre a questo, abbiamo condiviso anni di amicizia, siamo state il supporto l'una dell'altra e insieme ce l'abbiamo fatta.

Un immenso grazie ad Ambra, che è stata il mio riferimento nella stesura di questa tesi e, soprattutto, una grande amica. Sono felice che tu sia entrata a far parte della mia vita e non ti ringrazierò mai abbastanza per quello che hai fatto per me.

Infine, ultimo ma non per importanza, un grazie lo dedico a me stessa perché, per una volta, penso di meritarmelo. In questi tre anni sono cresciuta tanto, ho imparato a capire chi sono e chi non voglio essere. Ho capito che se si vuole si può fare tutto, si può lavorare, studiare, avere delle relazioni bellissime e allo stesso tempo pensare a sé stessi, e io penso di avercela fatta. Potevo fare di meglio? Sicuramente sì, ma sono fiera di me e questo basta. Quindi mi ringrazio per aver pensato di mollare ma per non averlo mai fatto e spero che questo sia solo il primo di tanti traguardi che raggiungerò nella mia vita.

CAPITOLO 1: ORIGINI STORICHE DELL'IPNOSI

1.1 La storia dell'ipnosi

L'ipnosi, considerata un'attività avvolta nel mistero e spesso fraintesa, ha origine nella storia antica e ha attraversato secoli di evoluzione e trasformazioni. In origine considerata una forma di magia o un'arte occulta, l'ipnosi è stata riconosciuta progressivamente come uno stato alterato di coscienza, caratterizzato da una ridotta consapevolezza e un'attenzione focalizzata. Secondo Franco Granone, uno dei maggiori esperti italiani di ipnosi, quest'ultima non deve essere concepita come uno scontro tra la volontà dell'ipnotista e quella del soggetto, ma entrambe devono collaborare per raggiungere lo stato ipnoidale (Granone, 1989). Egli sottolinea che l'ipnosi moderna si discosta dalle vecchie concezioni di ipnosi fluidica dei magnetizzatori, in cui uno dei due partecipanti doveva emergere vincitore o perdente rispetto all'altro.

L'ipnosi è una pratica a cui sono state attribuite numerose definizioni e interpretazioni date nel tempo dai diversi studiosi del fenomeno; infatti, le prime testimonianze dell'ipnotismo risalgono a più di quattromila anni fa (Godino & Toscano, 2007). Un esempio è rappresentato dalle popolazioni cinesi, risalenti a diciotto secoli prima di Cristo, che praticavano l'ipnosi attraverso il canto e la danza. Da qui, anche altre società cominciarono a fare uso dell'ipnosi per scopi diversi: i profeti di Baal usavano la trance per fare profezie, mentre il popolo indiano usava l'ipnosi per trasmettere ai giovani i loro usi e costumi tipici. In generale, anche nei secoli successivi, l'ipnosi veniva utilizzata per scopi rituali e religiosi, attribuendole cause divine o soprannaturali. L'approccio religioso all'ipnosi fu mantenuto fino al XVIII secolo, quando Franz Anton Mesmer tentò di fornire un'interpretazione diversa del fenomeno ipnotico, attribuendo la causa al fluido magnetico animale. Egli sosteneva che il corretto funzionamento dell'organismo umano dipendesse da un flusso adeguato di un fluido fisico, chiamato "magnetismo animale", che veniva identificato con la forza magnetica. Secondo la sua teoria, la causa delle malattie dipendeva dall'equilibrio scorretto di questo fluido, per cui utilizzava l'ipnosi per ripristinarlo.

In seguito, Jean-Martin Charcot della Scuola della Salpêtrière riprese la teoria di Mesmer, ritenendo valida la tesi secondo cui esiste un effetto magnetico nei fenomeni ipnotici. Secondo Charcot l'analista esercita un'influenza psichica sul paziente, ritenendo però che

quest'influenza avvenisse solo nei soggetti affetti da isteria, poiché la condizione di questi soggetti facilitava tale meccanismo.

Con James Braid, la ricerca iniziò a muoversi in una nuova direzione (Chertok & de Saussure, 1975): egli rifiutò la teoria fluidica e la sostituì con una teoria “psico-neuro fisiologica” derivata dalla “mitologia cerebrale” nel 1843. Fu il primo a introdurre il termine “ipnotismo”, definendolo come uno “stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali” (Braid, 1843). Braid fu il primo a sviluppare una teoria che collegava il fenomeno ipnotico ad un fatto neurologico, dando all'ipnosi credibilità scientifica. Egli riteneva che tra tutte le persone esaminate fossero i soggetti con facoltà molto accentuate e più adatti all'azione ipnotica, condizione favorita dal rallentamento dei movimenti respiratori. Lo stesso Braid, avendo constatato che solo una minoranza dei soggetti “si addormentava” durante l'ipnosi (circa uno su dieci), e che la concentrazione dell'attenzione su una singola idea produceva ottimi risultati terapeutici senza l'induzione del sonno, nel 1847 ripudiò il termine “ipnotismo”, sostituendolo con “monoideismo” per indicare lo stato della mente dominato da una singola idea. Per Braid quindi, la relazione interpersonale non ha un ruolo significativo; in questo senso, la sua posizione si differenzia nettamente da quella dei grandi magnetizzatori. Secondo lui, l'ipnotista era completamente isolato dal paziente, poiché tutti i processi avvenivano nel cervello del soggetto senza l'intervento di una forza esterna, come ipotizzato dai magnetizzatori. Di conseguenza, il concetto di fluidismo viene completamente respinto, permettendo lo sviluppo della ricerca sull'effetto psicologico durante l'ipnosi.

Alle teorie di Braid, successivamente, si riferirono A. A. Liébeault e H. Bernheim, caposcuola della cosiddetta Scuola di Nancy. In particolare, a partire dal 1860, Liébeault iniziò ad intraprendere alcune ricerche e, non completamente soddisfatto della tecnica di Braid, vi abbinò altri procedimenti; uno di essi era l'obbligo per il soggetto di fissare l'analista negli occhi, il quale gli ordinava di addormentarsi, accompagnando l'annuncio dei sintomi che il soggetto avrebbe percepito: bisogno di dormire, pesantezza delle palpebre e diminuzione dell'acuità sensoriale. Il metodo, quindi, era rimasto invariato al di là della patologia presentata, portando Liébeault alla conclusione che il fattore ipnotizzante non fosse costituito dall'azione fisica, bensì da un processo psicologico, da un'idea e dalla suggestione verbale.

Successivamente, accanto a Liébeault, emerge Bernheim, il quale si basò sulla dottrina della suggestione per spiegare i fenomeni ipnotici negando la tesi di Charcot. Egli descrisse l'ipnotismo come un “grado di suggestibilità esaltata”, intendendo per suggestibilità

“l’attitudine ad essere influenzati da un’idea e a realizzarla”¹ (Bernheim, 1903). Secondo Bernheim, tutte le persone ipnotizzabili non erano affette da nevrosi e, nella maggior parte dei suoi pazienti, egli non riscontrò alcuna traccia di predisposizione a disturbi nervosi.

1.2 Le teorie dell’ipnosi

Tra gli studiosi che hanno seguito l’approccio psicologico, è bene menzionare il contributo dato da Emile Couè con la sua “teoria dell’autosuggestione”; egli sosteneva che la suggestione, anziché influenzare direttamente la volontà, agisse sull’immaginazione, che rappresenta l’elemento principale del subconscio e talvolta si trova in conflitto con la volontà dell’individuo (Godino & Toscano, 2007). Secondo Couè, dunque, l’inconscio è sinonimo di immaginazione; infatti, definiva l’ipnotismo come “influenza dell’immaginazione sull’essere morale e sull’essere fisico dell’uomo” (Couè, 1924). Egli sosteneva che la suggestione funzionasse soltanto nella misura in cui il soggetto è in grado di creare “autosuggestione”, cioè che la suggestione indotta dall’ipnotista al soggetto deve essere perseguita autonomamente da quest’ultimo, a condizione che sia in grado di farlo. Inoltre, Couè sosteneva che era possibile guarire gli organi malati agendo sull’immaginazione attraverso un’autosuggestione ripetuta, una pratica curativa antica presente anche nello yoga e nella medicina ayurvedica basata su idee di benessere. Secondo lui, ripetendo le stesse parole sia al mattino che alla sera, l’inconscio interiorizzerebbe il messaggio e lo distribuirebbe alle aree necessarie, senza che la coscienza ne sia consapevole e senza essere influenzato dal mondo esterno.

Altrettanto importanti furono gli studi condotti da Pierre Janet, noto per aver formulato la “teoria della dissociazione”, con cui spiega che l’ipnosi consiste nella formazione di una coscienza secondaria dissociata, dotata di una propria attività e memoria, che sarebbe parte integrante della coscienza normale. Egli riconosce valore nell’automatismo psicologico come forma elementare di coscienza. Come vedremo successivamente con Freud, Janet, attraverso le sue approfondite ricerche, scoprì l’importanza terapeutica del rivivere le emozioni passate per la risoluzione di vari sintomi isterici.

Un’interpretazione dei fenomeni ipnotici, radicata in un quadro strettamente psicologico e con un approccio dottrinale specifico, è fornita anche dalla psicoanalisi. Diversamente da Janet, che, come abbiamo visto in precedenza, si concentra su un’interpretazione principalmente

¹ Definizione di “suggestibilità” di Bernheim, tratto da “Trattato di Ipnosi. Volume primo.” (Granone, 1962).

intellettuale dei fenomeni ipnotici², Sigmund Freud focalizza la sua attenzione sui procedimenti istintivo-affettivi. Egli applica questa prospettiva anche per valutare il transfert, interpretando i fenomeni ipnotici tramite la teoria della “rimozione degli istinti” e la loro proiezione sulla figura dell’analista; secondo lui, infatti, l’ipnotizzatore sostituisce il Super-Io del paziente, che contiene norme e valori sociali, per stimolare nel soggetto immagini e avvenimenti passati o persino dimenticati dalla memoria cosciente. Tale meccanismo avviene nel momento in cui il soggetto inconsciamente identifica l’idea dell’analista con quella del padre, considerati entrambi figure autoritarie, causando la riattivazione di uno stato definito narcisismo primario³. Grazie a tale rievocazione, l’analista è in grado di accedere all’inconscio del paziente. Questo processo è fortemente legato al concetto di transfert, cioè la ripetizione di atteggiamenti emotivi inconsci nei confronti dell’analista (Granone, 1962). Per comprendere cosa si intende per transfert, in particolare in relazione all’ipnosi, gli psicoanalisti hanno sottolineato degli aspetti cruciali: il primo riguarda la proiezione di atteggiamenti emotivi inconsci appresi durante l’infanzia, nei confronti del terapeuta; in particolare si fa riferimento alle relazioni vissute con genitori o educatori durante la crescita, che possono essere amorevoli o ostili. In secondo luogo, il transfert comporta il ritorno alla manifestazione di alcune funzioni, normalmente controllate dall’Io e dal Super-Io, da parte di un individuo reale nell’ambiente esterno, come avveniva durante le prime fasi dello sviluppo. Freud ha sottolineato anche l’aspetto erotico della relazione ipnotica, affermando che esso implica un abbandono amoroso totale senza alcuna soddisfazione sessuale, permettendo al soggetto di realizzare i propri desideri istintivi durante lo stato di trance. In seguito, Freud e gli psicoanalisti che lo seguirono affermarono che suggestione e ipnosi potevano coincidere, poiché la suggestione tende a mascherare i conflitti, che restano invariati. Egli quindi decise di abbandonare l’ipnotismo, appreso alla scuola di Charcot e Bernheim.

Al contrario di Freud, ci sono diversi psicoanalisti che hanno integrato pienamente l’ipnosi nella loro pratica professionale. Sebbene la suggestione sia una tecnica utilizzata molto spesso nell’ipnosi, non è corretto affermare che ipnosi e suggestione coincidano; l’ipnosi, infatti, comprende anche altre tecniche, come ad esempio il decondizionamento, ossia “la graduale

² Janet ritiene l’ipnosi come la formazione di una coscienza secondaria dissociata che prenderebbe il sopravvento quando l’individuo si trova in stato ipnotico. Tale coscienza avrebbe una sua particolare attività motoria; per questo è possibile agire sulla mente attraverso il corpo (Granone, 1962).

³ Energia psichica inizialmente concentrata sull’Io, con cui il bambino accumula una riserva di libido alimentata dalle gratificazioni ricevute dai genitori. Questa libido è essenziale per mantenere l’autostima e dirigere il proprio investimento emotivo verso un oggetto esterno (Freud, 1914).

attenuazione della risposta condizionata, fino all'estinzione, ottenuta somministrando lo stimolo condizionato senza accoppiarlo con l'atteso stimolo incondizionato, sostituito da uno spiacevole"⁴ (Treccani, 2024).

Con l'arrivo dello psicoanalista ungherese Sándor Ferenczi e lo psicologo e psicoterapeuta austriaco Otto Rank, venne nuovamente presa in considerazione la possibilità che l'analista potesse utilizzare la tecnica ipnotica, riportando quindi l'ipnosi nella psicoanalisi. Ferenczi aveva introdotto un aspetto importante e forse fondamentale nel campo dell'ipnosi, individuando una differenza sostanziale tra l'ipnosi materna, comprensiva e dolce, e l'ipnosi paterna, che al contrario è direttiva e autoritaria; questa distinzione, portò Ferenczi ad affermare che un analista che attua un comportamento materno rende partecipi i suoi soggetti in un'interazione che ricorda la prima relazione simbiotica tra madre e figlio, mentre un analista con un atteggiamento paterno tende ad agire in modo simile ad un padre autoritario, imponendo restrizioni fin dalle prime fasi della relazione. Secondo lui, praticare rigorosamente le associazioni libere porta inevitabilmente a stati di estremo piacere simili a quelli che si hanno con l'autoipnosi, caratterizzati da manifestazioni allucinatorie. Questa trance rappresenta un'immersione in presenza di un'altra persona, simile al sonno ma con la possibilità di comunicare con l'analista, come in uno stato di semi-veglia; è possibile che questo avvenga solo se c'è fiducia reciproca tra il soggetto ipnotizzato e il terapeuta. Ferenczi definì questo processo con il nome di neo-catarsi, spingendo la pratica delle associazioni libere al massimo delle sue capacità

1.3 Evoluzione moderna dell'ipnosi

L'utilizzo dell'ipnosi a scopo terapeutico ha le sue radici nella storia della psicoterapia, con importanti sviluppi che hanno avuto luogo nell'era moderna. Anche i ricercatori contemporanei iniziarono a interessarsi all'ipnosi, svolgendo esperimenti per comprendere al meglio il fenomeno (Simpkins & Simpkins, 2000). Gli psicoanalisti, come abbiamo accennato in precedenza, cominciarono ad utilizzare l'ipnosi a scopo terapeutico tramite la tecnica dell'ipnoanalisi: i pazienti venivano indotti in uno stato di trance, per poi essere guidati attraverso la regressione fino al periodo in cui avevano vissuto un'esperienza dannosa o traumatica, così facendo veniva consentito di liberare le emozioni associate a tali eventi. Uno dei resoconti più celebri dell'ipnoanalisi è quello di Linder, il quale aveva applicato questa

⁴ Definizione di "decondizionamento", tratta da Treccani (2024).

tecnica ad un criminale psicopatico; egli documentò tutte le sedute e descrisse in modo dettagliato il processo terapeutico impiegato. Durante il trattamento, il paziente rivisse i traumi subiti durante l'infanzia.

Lewis R. Wolberg, rinomato professore, scrittore e clinico, aveva classificato i fenomeni ipnotici in tre fasi: l'induzione, la trance e infine la fase postipnotica. Per quanto riguarda lo stato di trance, non può essere spiegato solo attraverso una teoria psicologica o fisiologica, poiché coinvolge sia aspetti psicologici sia fisiologici, rappresentando una complessa reazione psicosomatica. Dal punto di vista fisiologico, durante l'ipnosi avviene un'alterazione delle funzioni razionali, poiché le funzioni cerebrali superiori vengono inibite, consentendo all'Io di connettersi con i sistemi sottocorticali. Di conseguenza, i soggetti sotto ipnosi possono gestire vari organi e funzioni somatiche che normalmente non controllano quando si trovano nello stato di veglia. L'aspetto psicologico dell'ipnosi, invece, coinvolge un processo analitico in cui il terapeuta guida il paziente in un percorso di autoanalisi. Particolari tecniche di trance, come la regressione e l'esplorazione delle esperienze inconscie, vengono utilizzate dai pazienti, i quali possono scoprire intuizioni profonde riguardo alle loro difficoltà e lavorare su di esse per ottenere un funzionamento più sano.

In tutte le epoche, l'ipnosi è stata paragonata ad una forma di sonno. Braid che, come abbiamo detto in precedenza, ha creato il termine ipnotismo dal greco "*hypnos*" che significa "sonno", sottolineò questa somiglianza. Anche Liébeault collegava l'ipnosi al sonno normale, specificando che si trattava di un sonno parziale che mantiene il soggetto in contatto con l'operatore. Il primo che però ha sostenuto il legame tra ipnosi e sonno è stato Ivan Petrovich Pavlov con la sua "teoria dei riflessi condizionati". Egli condusse uno studio sulle ghiandole salivari e coinvolse i cani per dimostrare che, dopo diverse prove, la loro salivazione aumentava al suono della campana e non solo alla vista del cibo. Pavlov trasformò questi esperimenti nella teoria dei riflessi condizionati, applicando metodi oggettivi della fisiologia allo studio dei processi nervosi superiori. Inoltre, Pavlov descrisse tre stadi dell'ipnosi, definiti fasi ipnoidi. La prima è la fase di uguagliamento, in cui tutte le stimolazioni, intense o lievi, generano lo stesso effetto. La seconda è la fase paradossale, dove una forte eccitazione produce una reazione debole o inesistente. Infine, c'è la fase ultraparadossale, o "fase di suggestione", in cui una reazione può essere provocata da uno "stimolo negativo", ossia uno stimolo che non induce una reazione durante lo stato di veglia. Tutto ciò mette in luce come il condizionamento negli esseri umani sia influenzato dal linguaggio, diversamente dai cani. Per Pavlov, ogni parola nel linguaggio umano rappresenta un segnale o uno stimolo di riflessi condizionati fisiologici.

Successivamente, un eminente psicologo e ricercatore di nome Clark Hull tentò di fornire una spiegazione scientifica dell'ipnosi tramite l'utilizzo del metodo sperimentale moderno. Egli istituì un laboratorio presso la Yale University, dove esaminò vari aspetti dell'ipnosi: condusse centinaia di esperimenti sulla suggestione ipnotica e sulla suggestione nello stato di veglia, in quanto riteneva che solo svolgendo una ricerca accurata potesse portare la comunità scientifica all'accettazione dell'ipnosi. Dopo aver confrontato tra loro diverse teorie, in particolare indagò l'ipnosi come dissociazione, come sonno e come abitudine. Attraverso il suo lavoro, arrivò a diverse conclusioni sui fondamenti dell'ipnosi: scoprì che la relazione è una caratteristica essenziale dell'ipnosi e considerava allo stesso modo l'ipersuggestibilità. Hull riteneva che la sua ricerca confutasse in particolare tre teorie classiche: l'ipnosi come forma di sonno, come condizione patologica connessa all'isteria e come stato di dissociazione. Tuttavia, le sue conclusioni non furono accettate universalmente, quindi in seguito decise di abbandonare la ricerca ipnotica.

A partire dal 1957, ci fu un altro professore e ricercatore nel campo della psicologia che si dedicò intensamente alla ricerca ipnotica: il suo nome è Ernest Hilgard. Egli aveva dichiarato che il suo interesse a riguardo mirava a “vedere l'ipnosi ‘addomesticata’ come parte della normale psicologia, partendo dal presupposto che la comprensione della mente e del comportamento umano normale risulterà ampliata se si prenderà sul serio l'ipnosi accanto a percezione, apprendimento, motivazione e tutti gli altri settori comunemente accettati della psicologia generale”⁵ (Hilgard, 1977). Hilgard con le sue ricerche integrava le conoscenze sull'ipnosi con quelle sulla motivazione, l'apprendimento, la memoria e la percezione; egli, infatti, è noto per aver sviluppato i test di suscettibilità ipnotica (*Stanford Hypnotic Susceptibility Scales*), che indicano quanto gli individui sono ipnotizzabili. Hilgard credeva che un certo numero di soggetti possedesse un talento genetico per l'ipnosi; riguardo a questo non concordava con Milton Erickson, di cui parleremo successivamente, in quanto sosteneva che chiunque potesse sviluppare capacità ipnotiche, nonostante il grado diverso di ipnotizzabilità. Sulla base dell'approfondimento delle idee di Janet sulla dissociazione, Hilgard sviluppò una nuova teoria secondo cui la dissociazione non sarebbe necessariamente nevrotica: sostiene che tutte le persone, sane o nevrotiche, sperimentano sempre più di una cosa per volta. Questo fenomeno è amplificato nell'ipnosi e, quindi, può migliorare la nostra comprensione del funzionamento dell'attenzione, della percezione, della memoria, dell'immaginazione e della creatività. Hilgard presuppose l'esistenza di un “osservatore nascosto”: secondo lui, anche se

⁵ Hilgard (1977), tratto da “Autoipnosi Ericksoniana” (Simpkins & Simpkins, 2000).

una persona è convinta di non ricordare nulla dell'esperienza che ha vissuto durante la trance, c'è una parte di sé, un osservatore nascosto, che invece ricorda tutto. Anche nel controllo del dolore la dissociazione è centrale, infatti è un'area che è stata studiata a fondo da Hilgard e con cui ha sviluppato anche applicazioni pratiche in questo campo. Egli però, concordava con Erickson sul fatto che l'ipnosi fosse uno stato reale, ciò significa che i pazienti su cui aveva condotto le sue ricerche riuscivano a distinguere una precisa esperienza di trance da un'altra; infatti, questo lo convinse sempre di più del fatto che la trance era qualcosa in più rispetto all'ipersuggestibilità, anche se questa ne costituisce una parte. Infine, possiamo dire che Hilgard abbia influenzato in maniera positiva l'ipnosi, cercando di allontanarla dalle vecchie credenze magiche, mistiche e patologiche, in modo da introdurla sempre di più nel campo psicologico.

Numerosi autori contemporanei hanno trattato dell'ipnosi e del suo sviluppo. Tra questi, Martin Orne (1964) sosteneva che l'ipnosi era un particolare stato mentale e cercò di provare questa teoria tramite degli studi empirici. Sarbin (1950), d'altra parte, ha affermato che i soggetti sviluppano la capacità di interpretare il ruolo delle persone ipnotizzate. Theodor Barber (1978), altro influente teorico e ricercatore del nostro tempo, negava che l'ipnosi fosse uno stato o una trance, e rifiutava anche l'idea dell'ipersuggestibilità; secondo lui, l'ipnosi è una forma di interazione unica tra ipnotista e soggetto.

Tra tutti gli studiosi sopra citati, colui su cui è bene focalizzarsi è Milton Erickson, il pioniere del "metodo dell'ipnosi non direttiva" (1964), un metodo moderno e raffinato che affonda le sue radici in pratiche antiche. Le ricerche di Milton Erickson iniziarono durante il seminario tenuto da Clark Hull nel 1923 – 24. Il suo primo esperimento respinse la convinzione di Hull secondo cui i soggetti possono entrare in trance senza controllo esterno; Erickson dimostrò che le suggestioni ipnotiche non sono comandi da seguire, ma piuttosto rappresentano "solo un punto di partenza per un comportamento responsivo" (Erickson, 1964). Erickson credeva pienamente nell'unicità di ogni individuo, che non può essere classificata in schemi rigidi. A suo avviso, le terapie che si basano sull'analisi, la comprensione e l'interpretazione, mettono in luce solo le carenze e le difficoltà di una persona, poiché si concentrano su ciò che il paziente vuole "realmente" comunicare, mettendo in luce una sua mancanza. Nelle teorie di Erickson si rivelano alcuni elementi fondamentali: innanzitutto, il paziente deve essere considerato come un individuo che possiede già abilità innate che la terapia aiuta a utilizzare in modo diverso. In questo contesto, l'ipnosi è considerata principalmente come una tecnica rieducativa, i cui risultati dipendono dalle capacità del soggetto; il ruolo del terapeuta, infatti, non è quello di

esplorare la mente del paziente o determinare i cambiamenti al suo posto; piuttosto, l'ipnosi è uno strumento per riattivare le potenzialità irrigidite che già il paziente possiede, guidandolo verso il cambiamento (Nardone, 1991). L'ipnosi, infatti, supporta il paziente nel recuperare delle risorse personali e delle esperienze significative del passato, cercando di sospendere i meccanismi consapevoli; pertanto, attraverso la comunicazione indiretta e inconsapevole, queste modalità ormai cristallizzate vengono ristrutturare. Erickson, inoltre, sosteneva che in terapia non arriva solo il paziente con la sua mente inconscia da far emergere, ma arrivano anche tutti i desideri e pensieri consci e inconsci, come se fossero due soggetti distinti. Proprio per questo, l'abilità del terapeuta consiste nel riuscire a comunicare con entrambi nello stesso momento, utilizzando un linguaggio che li raggiunga (Erickson, 1988). La mente inconscia, secondo Erickson, è molto attenta e acuta; proprio per questo, credeva che fosse possibile parlare attentamente a livello conscio, sapendo che l'inconscio nel frattempo stesse ascoltando. Tuttavia, Erickson non ha fornito un elenco rigido di tecniche e pratiche ipnotiche da seguire, poiché il suo approccio cambiava a seconda della persona che aveva davanti. La comunicazione ipnotica, secondo lui, deve avvenire in un contesto favorevole e basato sulla fiducia tra i partecipanti, concetto che Erickson descriveva con il termine "*rapport*"; questo termine, includeva l'idea di un "contesto facilitante per la comunicazione" e di "osservazione responsiva", ossia la capacità empatica del terapeuta di creare un clima favorevole al cambiamento utilizzando i comportamenti del paziente. Per instaurare il "*rapport*", Erickson si avvicinava con estrema delicatezza al mondo personale dei suoi pazienti e utilizzava "benevoli imbrogli" comunicativi. Ad esempio, ad una sua paziente disse: "Io piaccio a suo padre. A lei piace suo padre"; il ragionamento logico che ne deriva porta la paziente a concludere: "il dottor Erickson mi piace". Questo esempio evidenzia come Erickson possa essere considerato un pioniere nell'utilizzo delle convinzioni verso il paziente e soprattutto nell'utilizzo delle tecniche di suggestione indiretta. Gli strumenti utilizzati a tal fine includevano in particolare la fantasia e l'immaginazione: ogni comunicazione verbale veniva sempre accompagnata da un linguaggio non verbale molto intenso; un esempio che ne dimostra l'importanza sostiene che l'autore riuscì a ipnotizzare un paziente solo utilizzando la comunicazione mimica, poiché la barriera linguistica era quasi insuperabile. Il paziente, infatti, parlava solo spagnolo ed Erickson solo inglese. Erickson aveva delle qualità estremamente naturali, come un ritmo suadente e penetrante, il tono pacato, l'intensità dello sguardo e il calore della voce: sono tutte caratteristiche che ha sempre portato con sé, soprattutto in situazioni non terapeutiche. Le sue abilità relazionali, umane ed empatiche, rendevano il suo stile terapeutico unico ed inimitabile.

Nel campo dell'ipnosi contemporanea, un altro autore nell'ambito dell'ipnosi insieme a Milton Erickson è stato Ernest Rossi. Secondo lui, gli obiettivi terapeutici si possono realizzare attraverso tre fasi: preparazione, trance terapeutica e ratifica (Simpkins & Simpkins, 2000).

Nella fase di preparazione, il terapeuta approfondisce le esperienze di vita del paziente, incoraggiandolo ad avere un atteggiamento costruttivo verso il proprio cambiamento. È fondamentale stabilire un rapporto positivo, basato su un'accettazione reciproca definita come "campo affermativo" (Rossi, 1977).

Durante la seconda fase si verifica la trance terapeutica, dove i partecipanti mettono in atto le loro capacità mentali e le loro associazioni. Il processo inizia con la concentrazione dell'attenzione verso un'esperienza interiore soggettiva in modo da favorirla e facilitarla; dopodiché si procede con la riduzione dell'influenza dei soliti schemi mentali di riferimento (Erickson e Rossi, 1979), per permettere ai modelli latenti di pensiero e ai sentimenti di emergere e diventare consci.

Nella terza e ultima fase, si verifica la ratifica della trance, fase che permette di confermare l'entrata in uno stato alterato di coscienza del paziente. Un esempio di ratifica della trance sono i fenomeni ideomotori, come cambiamenti nella respirazione o i movimenti oculari, che aiutano a confermare gli apprendimenti ottenuti durante la trance. Questi fenomeni collegano il pensiero all'azione, dimostrando come le persone possano adottare comportamenti diversi in modo automatico.

CAPITOLO 2: TECNICHE DI IPNOSI E AUTOIPNOSI

2.1 Tecniche di induzione ipnotica

L'ipnosi rappresenta una modalità operativa del tutto naturale (Godino & Toscano, 2007). Un individuo, quando è sveglio, può agire in due modalità distinte: la prima è uno stato di consapevolezza diffusa, noto come stato di veglia, mentre la seconda è uno stato di concentrazione focalizzata, definito trance. Questi due stati di coscienza differiscono rispetto all'attività cerebrale rilevata: infatti, lo stato di veglia presenta un'attività diffusa, mentre la trance ipnotica è caratterizzata da un'attività concentrata in poche aree. La vera difficoltà nello studio dell'ipnosi risiede nel fatto che la coscienza è sempre stata considerata un fenomeno puramente soggettivo. Le ricerche condotte mediante EEG (Elettro Encefalo Gramma) mostrano che l'ipnosi è uno stato simile allo stato di veglia più che al sonno (Barolin, 1968), per via della presenza delle cosiddette "onde alpha", tipiche della fase di veglia.

Attualmente, esistono numerose prove del fatto che l'ipnosi non sia altro che uno stato alterato di coscienza, ancora poco compreso. Lo stato ipnotico non può essere paragonato alla distrazione, come avviene durante il sognare ad occhi aperti o il vagare della mente: infatti, uno studio (Pekala *et al.*, 2017) ha dimostrato che l'ipnosi rappresenta una forma specifica di concentrazione che comporta una regressione a dei livelli di funzionamento mentale più primitivi.

Un'altra tecnologia utilizzata per esaminare in dettaglio le dinamiche cerebrali associate allo stato di ipnosi è la PET (*Positron – Emission Tomography*). Durante lo stato ipnotico, si osserva una mente rilassata con una riduzione dell'eccitazione corticale e un aumento della disinibizione; al contrario, mentre la mente sta divagando avviene una disattivazione corticale più ampia, che prevede una diminuzione dei meccanismi attentivi. Questi risultati confermano che l'ipnosi è uno stato a sé, in cui le modifiche funzionali del cervello generano un cambiamento nella coscienza. Una volta indotto, lo stato ipnotico è relativamente difficile da mantenere a lungo in modo stabile, in quanto dipende dalla capacità dell'ipnotista. Inoltre, è da sfatare la credenza secondo cui l'ipnosi funziona solo su coloro che sono ritenuti suggestivi e quindi predisposti alla suggestione: al contrario, i migliori soggetti ipnotici sono spesso individui creativi e intelligenti (Godino & Toscano, 2007). Ad esempio, inizialmente si pensava che i soggetti meno intelligenti e con scarsa memoria fossero più inclini alla suggestione, ma la ricerca indica che l'ipnotizzabilità è correlata a buone capacità mentali (Godino & Toscano,

2007). Inoltre, è stato dimostrato che coloro che ricordano meglio i sogni tendono ad essere più abili nel raggiungere lo stato ipnotico, così come gli individui affetti da anoressia e bulimia (Godino & Toscano, 2007). I veterani di guerra americani, soprattutto coloro con gravi sintomi da stress post-traumatico, mostrano una maggiore ipnotizzabilità (Godino & Toscano, 2007): questo può indicare che i traumi del combattimento aumentano la capacità di sviluppare stati ipnotici, oppure che i soggetti più ipnotizzabili soffrono maggiormente in situazioni traumatiche. Con il progredire della ricerca, appare sempre più evidente che la capacità di sviluppare uno stato ipnotico non dipende solo da doti personali specifiche, ma da una combinazione di numerosi fattori ambientali predisponenti; tra questi spiccano l'abilità, la preparazione e l'esperienza dell'ipnotista nell'indurre la trance.⁶

La pratica clinica rappresenta delle proiezioni organizzate con cura di processi che si verificano normalmente nella nostra vita quotidiana. In particolare, Milton Erickson credeva che tutti noi sperimentiamo uno stato di "trance ipnotica" quando siamo immersi nei nostri pensieri e nelle nostre preoccupazioni: ciò non avviene in modo pienamente consapevole. In questi momenti, ci distacciamo dalla nostra routine giornaliera in modo quasi automatico, dedicando molta della nostra attenzione al nostro mondo interiore; infatti, durante questi attimi, viviamo delle esperienze di introspezione profonda che possono portarci a nuove prospettive, alla risoluzione di problemi o alla scoperta di potenzialità non realizzate. Grazie alle suggestioni guidate da un terapeuta, queste potenzialità possono essere scoperte e ulteriormente sviluppate (Erickson *et al.*, 1979). L'approccio di Erickson, rispetto a quello di altri autori, si distingue per la sua flessibilità e per l'uso creativo delle suggestioni ipnotiche, delle metafore e delle storie terapeutiche; infatti, rispetto ai metodi ipnotici più tradizionali, che spesso vengono considerati più rigidi e predefiniti, le tecniche di Erickson si adattano al singolo individuo, rendendo ogni seduta ipnotica unica e personalizzata. Quindi, possiamo considerare le tecniche di induzione ipnotica come un insieme di metodologie fondamentali nella pratica dell'ipnosi terapeutica.

Nel libro "Tecniche di suggestione ipnotica", Milton Erickson, Ernest L. Rossi e altri collaboratori, hanno sviluppato e perfezionato diverse strategie che facilitano l'accesso all'inconscio del paziente e migliorano l'efficacia della terapia. Una delle prime fasi dell'induzione ipnotica prevede la conversazione, ossia la prima situazione di apprendimento. Secondo lui, il metodo da utilizzare durante le sedute deve essere informale ed amichevole; infatti, Erickson chiede al paziente di concentrare l'attenzione su un punto fisso mentre gli parla, utilizzando la tecnica della fissazione dell'attenzione. Erickson utilizza un linguaggio semplice

⁶ Tratto dal libro "Ipnosi: storia e tecniche", pp. 67-72. (Godino & Toscano, 2007)

e familiare, adottando un approccio indiretto; infatti, il soggetto spesso non si rende conto di entrare in trance. La terapia procede con l'utilizzo di conoscenze che la persona già possiede, in modo da riuscire ad utilizzarle in modi differenti: il suo intento, infatti, è quello di agevolare le capacità del paziente per permettergli di svilupparle. Erickson in questo modo ha definito la tecnica dell'utilizzazione della suggestione ipnotica (Erickson & Rossi, 1975), che consiste nell'attivazione e nell'utilizzo da parte del paziente dei propri processi mentali, in modo che superino il proprio controllo intenzionale o volontario. Quindi, è bene considerare che le suggestioni ipnotiche sono efficaci solo nella misura in cui attivano, bloccano o modificano il funzionamento di meccanismi mentali naturali e associazioni già esistenti nel paziente; le suggestioni, infatti, non sono in grado di imporre qualcosa di completamente estraneo dal soggetto stesso.

Erickson (1976) utilizza i truismi come forma fondamentale di suggestione ipnotica, affermazioni ovvie e innegabili che utilizzano esperienze comuni, come ad esempio sentire il calore del sole sulla pelle o annuire inconsciamente. Un'altra tecnica che utilizza è il “non sapere, non fare”, che favorisce l'ingresso in uno stato di trance tramite una sorta di passività e di non conoscenza; cerca di mettere in evidenza tutto ciò di cui il paziente non ha bisogno affinché possa dedicare tutte le sue energie al compito che gli è stato chiesto di svolgere in quel momento dal terapeuta. Questo avviene perché quando una persona è rilassata, il sistema parasimpatico predomina ed è quindi predisposta a “non fare” piuttosto che a compiere degli sforzi per fare; è per questo che diventa più facile accettare le suggestioni del terapeuta durante gli stadi iniziali della trance ipnotica. Collegato a questo concetto, c'è il “non sapere”: molti individui desiderano l'esperienza di trance come forma di liberazione dalle pressioni del mondo. In realtà, non è necessario che sappiano davvero qualcosa, perché il loro inconscio può occuparsi di tutto da sé; infatti, Erickson sottolinea come l'inconscio sia in grado di regolare da sé il corpo e la mente dell'individuo. Attraverso aneddoti, esempi di comportamento e racconti Erickson aiuta i pazienti a comprendere e apprezzare il fatto che l'inconscio ha maggiori conoscenze e che la coscienza può funzionare molto meglio solo se ha fiducia nell'inconscio stesso. Per accedere più efficacemente all'inconscio, è spesso necessario un depotenziamento degli atteggiamenti coscienti, ossia le resistenze cosce della persona. Le tecniche utilizzate includono:

- a. Shock e sorpresa: utilizzare elementi sorprendenti o inusuali per interrompere i pensieri abituali del soggetto.

- b. Spostamento degli schemi di riferimento: modificare le aspettative del soggetto, introducendo nuove prospettive.
- c. Distrazione: indurre elementi che distraggono la mente conscia, in modo da permettere all'inconscio di emergere.
- d. Dissociazione: separare le esperienze mentali del soggetto dalla realtà immediata, facilitando l'accesso al suo mondo interiore.

Nella sua seconda seduta, Erickson inizia con un'induzione indiretta per ricapitolazione: non comincia chiedendo direttamente al soggetto di rievocare e riassumere ciò che è accaduto nella prima seduta, ma tocca delicatamente alcune associazioni che evocheranno automaticamente nel paziente i ricordi della seduta precedente, favorendo il ritorno della trance. Alcune delle tecniche utilizzate da Erickson sono le seguenti:

- a. Orientamento del corpo per la trance: Erickson utilizza il riposizionamento del corpo in una postura specifica che era già stata usata nella trance precedente, facilitando così il ritorno a quello stato.
- b. Riorientamento alla trance tramite ricapitolazione: con questo metodo, Erickson guida il soggetto a ricordare e rivivere le esperienze della seduta precedente e per farlo utilizza delle frasi che evocano ricordi specifici. In questo modo stimola una risposta ipnotica.
- c. Depotenziamento della coscienza: consiste nella riduzione della parte cosciente del soggetto, in modo da poter bypassare i meccanismi di difesa e le resistenze razionali del soggetto; in questo modo, il soggetto diventa più recettivo nei confronti delle suggestioni.
- d. Apposizione di opposti: consiste nel bilanciare i processi mentali considerati antagonisti, come ad esempio dimenticare e ricordare, per creare un equilibrio nel sistema neurofisiologico del soggetto.
- e. Doppio legame a doppia dissociazione: Erickson propone delle suggestioni complesse che separano la mente conscia del corpo e viceversa, agevolando la trance grazie alla confusione e l'interconnessione delle risposte ipnotiche.
- f. Doppio legame conscio-inconscio: l'influenza dei suggerimenti induce uno stato di trance che blocca i comportamenti volontari e attiva le risposte autonome del soggetto.
- g. Facilitazione di capacità tramite dissociazione: Erickson discute dell'utilizzo della dissociazione per facilitare l'accesso alle capacità inconscie, le quali possono essere temporaneamente disattivate e poi attivate per esaminarle.

Successivamente, nel corso della seduta successiva, Erickson utilizza i suoi metodi indiretti introducendo l'induzione non verbale attraverso una stretta di mano. L'utilizzo delle tecniche non verbali è utile principalmente per contrastare gli atteggiamenti estremamente razionali e rigidi dei pazienti perché, in un certo senso, influenzano il pensiero e causano confusione, nonché un punto fondamentale nelle tecniche di induzione di Erickson. L'uso della stretta di mano come tecnica di induzione ipnotica rappresenta una delle strategie più interessanti ed efficaci create da Erickson per indurre un paziente allo stato di trance: questa metodologia si fonda sull'elemento della sorpresa, che interrompe la normale strutturazione cognitiva del soggetto creando una confusione temporanea. Tale confusione rende il soggetto più ricettivo alle spiegazioni dell'analista, favorendo l'aspettativa di ulteriori stimoli e direttive. In una lettera inviata a Weitzenhoffer nel 1961, Erickson spiegò questa tecnica come un metodo per indurre la catalessia: durante l'induzione, egli stringeva la mano del soggetto, che poteva rimanere bloccata in una posizione catalettica o cominciare a muoversi nella direzione indicata dal terapeuta. I fattori necessari per una riuscita induzione tramite stretta di mano includono la volontà del soggetto di essere avvicinato, un contesto adatto e la capacità di continuare l'interazione. Con questa pratica, il terapeuta inizia stringendo la mano del soggetto come un normale gesto sociale, per poi trasformarsi in un contatto più leggero con il pollice, seguito da un distacco naturale del mignolo e un leggero sfioramento con il medio della mano del soggetto per attirare l'attenzione. Quando il soggetto avverte il contatto con il pollice, il terapeuta dà un colpetto con il mignolo; dopodiché, quando l'attenzione si focalizza sul mignolo, viene toccato con il medio e poi di nuovo con il pollice. Questi richiami di attenzione non inducono direttamente una risposta autonoma, ma impediscono al soggetto di ritirare la mano, creando un atteggiamento di attesa e aspettativa. In seguito, il terapeuta tocca delicatamente la superficie inferiore della mano (polso) e applica una pressione lieve, seguita da un tocco altrettanto leggero verso il basso. Il contatto viene interrotto in modo graduale per evitare che il soggetto si accorga del momento preciso della separazione, lasciando la mano del paziente in una posizione catalettica. Per impedire che i soggetti capiscano ciò che è stato fatto, il terapeuta può distogliere la loro attenzione con osservazioni appropriate e concludere casualmente. Spesso le persone non ascoltano ciò che viene detto, poiché sono così concentrati sulla stimolazione della mano da trovarsi in uno stato di trance momentaneo. A seguito di questa esperienza, alcuni pazienti sviluppano una forte insensibilità e chiedono rassicurazioni prima di stringere nuovamente la mano del terapeuta. Durante questa procedura, Erickson osservava il soggetto negli occhi, immobilizzava lentamente la sua espressione facciale e focalizzava lo sguardo su un punto lontano dietro di lui, spostandosi poi lentamente fuori dalla loro visuale diretta.

Un altro dei metodi preferiti di Erickson per insegnare l'ipnosi ad un soggetto è quello di permettere ai partecipanti di osservare un esperto mentre induce uno stato ipnotico. Tuttavia, Erickson supera questo aspetto inducendo una trance reciproca: organizza una sessione di trance in cui due soggetti interagiscono per favorire reciprocamente l'esperienza della suggestione. Durante questa seduta, Erickson ha l'opportunità di discutere di ulteriori aspetti rilevanti della trance, come i sentimenti soggettivi di distacco del paziente, la sua realtà interna e il cambiamento nella sua voce. Egli enfatizza l'importanza di osservare attentamente e in modo costante il paziente, in particolare le pulsazioni osservabili in diverse parti del corpo; presta molta attenzione ai segnali di angoscia nel comportamento del paziente e utilizza metodi delicati per esplorarli, mantenendo l'equilibrio tra conscio e inconscio del paziente.

2.2 Dall'ipnosi all'autoipnosi: principi e pratiche

L'autoipnosi è definita come una tecnica impiegata per inserire consapevolmente informazioni o suggerimenti positivi nella propria mente subconscia, con l'intento di cambiare un comportamento fisico o mentale, e che implica un rilassamento del corpo (Di Peri, 2014). In altre parole, l'autoipnosi si può definire come un'ipnosi che il soggetto si induce da solo, attraverso esercizi di rilassamento e di elaborazione di suggestioni (Granone, 1989). A partire da questa definizione, è importante distinguerla da quella dell'ipnosi data nel capitolo precedente. Infatti, entrambe le tecniche possono essere considerate varianti della stessa metodologia: in tutte e due viene utilizzata l'induzione ipnotica, tuttavia, nell'ipnosi classica, o eteroipnosi (Petruzzi, 2023), è il terapeuta a indurre la trance nel paziente, mentre nell'autoipnosi la trance viene auto-indotta dal soggetto stesso. Come nel caso dell'eteroipnosi, così nell'autoipnosi, il soggetto entra in trance soltanto quando è pronto a farlo; questo potrebbe richiedere diverso tempo poiché potrebbero svilupparsi delle resistenze inconse nel soggetto. Per superarle, si possono utilizzare diverse tecniche di condizionamento da attuare prima dell'induzione ipnotica. Un altro aspetto che rende diversa l'autoipnosi dall'eteroipnosi è il fatto che la prima prevede un coinvolgimento mentale maggiore (Bibby *et al.*, 2001). Essendo una forma di ipnosi autoindotta, l'autoipnosi utilizza l'autosuggestione e si avvale di immagini progressive, o messaggi interiori progressivi, per indurre un profondo stato ipnotico, permettendo alla mente conscia di venir meno in modo da accedere direttamente al subconscio. Secondo Moss (1985), l'autoipnosi si articola in quattro fasi distinte:

1. Motivazione: una buona motivazione è fondamentale per riuscire a praticare l'autoipnosi.

2. Rilassamento: l'individuo deve essere completamente rilassato e dedicare del tempo specifico per eseguire questo processo; inoltre, tutte le distrazioni dovrebbero essere eliminate, poiché è necessaria la massima concentrazione.
3. Concentrazione: il soggetto deve concentrarsi completamente, perché ogni volta che la mente si focalizza su una singola immagine, viene generata energia.
4. Regia: questa opzione viene utilizzata quando l'individuo desidera lavorare su un obiettivo specifico; è necessario che l'individuo concentri la propria attenzione sulla visualizzazione del risultato desiderato.

L'autoipnosi, per essere considerata efficace, richiede un processo approfondito e sistematico. Infatti, Garver (1984) ha suggerito i seguenti otto passaggi per raggiungere con successo uno stato di autoipnosi, comunicare dei suggerimenti al subconscio e uscire dallo stato ipnotico.

1. Pianifica prima il suggerimento e mantienilo positivo: prima di cercare di entrare in uno stato ipnotico, la persona deve stabilire chiaramente il proprio obiettivo e utilizzarlo come base per creare la propria autosuggestione. Questa deve essere formulata in modo positivo, impiegando immagini visive vivide. In altre parole, è necessario focalizzarsi sul risultato positivo senza enfatizzare i dettagli del problema, immaginandosi nella situazione desiderata reagendo come si vorrebbe e sentendosi bene, usando poche parole e frasi chiare e semplici.
2. Il segnale d'ingresso: la persona potrebbe utilizzare il segnale usato nell'eteroipnosi oppure provare altre alternative, tra cui trattenere e lasciare andare un respiro profondo, fissare lo sguardo su un punto fisso o far levitare la mano.
3. Immagini neutre: per riuscire ad avviare il processo immaginativo, il soggetto dovrebbe visualizzarsi in un contesto tranquillo e privo di elementi che possano alimentare il suo problema. L'obiettivo principale in questa fase è che l'esperienza sia serena, piacevole o affascinante, senza alcun legame con le problematiche da affrontare.
4. Passare a immagini suggestive: dopodiché, la persona si colloca mentalmente nello scenario immaginario dove solitamente emerge il problema, ma immaginandosi mentre reagisce esattamente come desidera in quella situazione.
5. Ritorno a immagini neutre: dopo aver lavorato con le immagini suggestive, la persona torna rapidamente alle immagini neutre per evitare che la mente cosciente abbia il tempo di analizzare, dubitare o ostacolare l'efficacia della suggestione. Passando velocemente tra le immagini suggestive e quelle neutre, solo la mente subconscia elabora la suggestione.

6. Riorientare: il soggetto riacquista gradualmente la consapevolezza del proprio ambiente, come la posizione del corpo, la struttura della sedia e così via; si sente rilassata e preparata a terminare lo stato ipnotico.
7. Suggerimento post-ipnotico per sensazioni post-trance: è fondamentale che la persona crei una suggestione post-ipnotica per il periodo successivo alla trance. Nella maggior parte dei casi di ipnosi eteroindotta, ai clienti viene detto che si sentiranno riposati, rilassati e a proprio agio quando tornano alla normalità; tuttavia, nell'autoipnosi, la suggestione post-ipnotica dovrebbe essere più specifica e mirata all'obiettivo desiderato.
8. Segnale d'uscita: questo processo di solito assomiglia ai segnali utilizzati nell'ipnosi eteroindotta, come contare da uno a cinque o indicare che la persona tornerà perfettamente vigili entro trenta secondi. È importante utilizzare lo stesso segnale in modo coerente.

È evidente che, per garantire il successo dell'autoipnosi e raggiungere i risultati desiderati, le immagini e le suggestioni devono essere positive e stimolare il cambiamento comportamentale necessario per ottenere i benefici.

L'ipnosi può essere indotta in modi differenti. Una delle tecniche di induzione più semplici e delicate, per alleviare la tensione e lo stress, prevede diversi passaggi: innanzitutto, è bene trovare una posizione comoda in una stanza tranquilla e poco illuminata dove non si verrà interrotti. È consigliabile sfilarsi le scarpe e allentare gli indumenti più stretti per ottenere maggiore relax. Dopodiché è necessario focalizzarsi su un oggetto situato dall'altra parte della stanza, al di là del campo visivo personale, in modo da guardare verso l'alto e fare uno sforzo leggero con gli occhi. Mentre si osserva il punto prescelto, è necessario ripetere a sé stessi delle frasi, come ad esempio: "le mie palpebre stanno diventando sempre più pesanti", "ho la sensazione che le mie palpebre vengano abbassate da pesi pesanti. Presto saranno così pesanti che si chiuderanno". Si dovrebbero ripetere queste affermazioni a sé stessi per almeno trenta secondi. A questo punto, bisogna concentrarsi sulle palpebre: si noterà che effettivamente le palpebre sono più pesanti e questa pesantezza aumenta sempre di più con il passare del tempo; è consigliabile non resistere a questa sensazione e lasciare che gli occhi si chiudano quando è necessario. Dopo aver chiuso gli occhi, si deve inspirare profondamente attraverso le narici e trattenere il respiro per dieci secondi, per poi espirare lentamente dalle labbra appena socchiuse. Nel frattempo, si lascia che la bocca si apra e si sentirà una sensazione improvvisa di calore e pesantezza che si diffonderà dalla testa, scendendo lungo il corpo fino ai piedi. Durante

l'espiazione, è utile ripetere la parola "tranquillo/a" o un'altra espressione rilassante. Mentre si inspira ed espira, è bene lasciare che il senso di rilassamento si intensifichi per un po'. Dopo aver indotto un leggero stato ipnotico, si è pronti per entrare in uno stato di ipnosi più profondo. È consigliabile respirare profondamente e trattenere il respiro per circa dieci secondi; successivamente, si dovrebbe espirare dolcemente attraverso le labbra (Petruzzi, 2023) mentre si ripete mentalmente la frase "ancora più profondo". Questo procedimento deve essere eseguito per ulteriori respiri. Si dovrebbe poi immaginare di salire su una lunga e lenta scala mobile discendente che porta ad uno stato di maggiore rilassamento (Petruzzi, 2023); all'inizio della discesa è consigliabile pensare: "mi sto immergendo lentamente in un livello più profondo di rilassamento". Durante la discesa, è utile fare il conto alla rovescia ad ogni espiazione, partendo da dieci fino ad arrivare ad uno. Una volta arrivati in fondo alla scala mobile, si dovrebbe immaginare di scendere e poi salire su una seconda scala mobile discendente; continuando ad immaginare la discesa, è utile approfondire la trance ad ogni respiro, contando ancora da dieci a uno. È importante estendere la fase di rilassamento finché non si raggiunge un livello di rilassamento confortevole: può essere sufficiente un solo giro sulla scala mobile oppure potrebbero essere necessari più giri. Con l'esperienza, diventerà più facile e veloce raggiungere uno stato di trance più profondo. Infine, per uscire dallo stato ipnotico, è consigliabile contare lentamente all'indietro da cinque ad uno (Petruzzi, 2023). Prima di farlo, è utile affermare a sé stessi: "quando raggiungerò il numero uno, i miei occhi si apriranno e mi sentirò completamente sveglio e riposato" (Petruzzi, 2023). Durante il conteggio, si potrebbe notare che gli occhi iniziano a muoversi e si aprono parzialmente man mano che ci si avvicina al numero uno.

Quando una persona sceglie di praticare l'autoipnosi, riconosce di avere un problema o sente il bisogno di migliorarsi. Di norma, la mente razionale opera in uno stato di coscienza alfa, che tende a mettere in discussione e a reprimere le informazioni provenienti dal subconscio. Tuttavia, nel momento in cui si è ipnotizzati, è richiesta una grande disciplina mentale per non focalizzarsi sul problema e sui suoi aspetti negativi mentre ci si trova in questa condizione; in caso contrario, il problema verrebbe rinforzato, creando ulteriori ostacoli da superare. Questo viene spesso interpretato come un fallimento dell'ipnosi o della propria persona, richiedendo più impegno e determinazione per cambiare la situazione. Invece, come spiegato in precedenza, è bene fare attenzione a formulare e ad applicare con cura i suggerimenti e le visualizzazioni per garantire un'esperienza positiva del risultato desiderato. In aggiunta, poiché le informazioni presenti nel nostro subconscio sono profondamente radicate, è importante ripetere

frequentemente suggerimenti positivi o contrastanti, spesso per un periodo prolungato, al fine di influenzarle. Per ottenere un cambiamento attraverso l'ipnosi, compresa l'autoipnosi, è importante avere pazienza e resilienza: anche se le sessioni di autoipnosi non sono né noiose né richiedono troppo tempo, per la maggior parte delle persone sono necessarie almeno ventuno applicazioni della procedura di auto attivazione prima che il comportamento desiderato diventi abitudine (Petruzzi, 2023). Contrariamente alla comune convinzione che l'ipnosi, inclusa l'autoipnosi, non sia sicura perché riduce il controllo personale, in realtà questo non è vero. Infatti, è un metodo efficace per potenziare il controllo sulle convinzioni e sulle credenze delle persone riguardo a dolore, ansia, abitudini e stress, che implicano tutte un certo grado di esperienza soggettiva. Altri rischi, sia reali che percepiti, possono includere:

1. Condurre veicoli o utilizzare macchinari: poiché l'ipnosi è simile al sonno, si dovrebbe evitare subito dopo le sedute di svolgere tutte quelle attività che si eviterebbero se ci si trovasse in stato di sonnolenza.
2. Rimanere “bloccati” nell'ipnosi: si può rimanere in uno stato di rilassamento profondo per un po', soprattutto risulta piacevole, ma non è possibile rimanere “intrappolati” in modo permanente. Per assicurarsi di uscire dall'ipnosi al momento desiderato, è consigliabile impostare una sveglia per circa quindici minuti dopo il termine previsto della sessione di autoipnosi.
3. Utilizzo di suggerimenti scritti in modo errato: è essenziale redigere con attenzione i propri suggerimenti, evitando frasi ambigue, negatività e comandi involontari che potrebbero rendere inefficaci i suggerimenti utili. I consigli dovrebbero essere positivi, chiari e semplici.
4. Sperimentare una brutta esperienza: è possibile rivivere esperienze traumatiche durante l'ipnosi; per evitarlo, è meglio focalizzarsi su argomenti semplici e costruttivi, con obiettivi chiari e un copione appropriato durante le sessioni di autoipnosi.
5. Sentirsi stanchi e privi di energia: per combattere la stanchezza o la mancanza di energia una volta usciti dall'autoipnosi, è utile stabilire chiare aspettative prima della sessione per sentirsi svegli, energici e motivati.

L'aspetto più importante è accettare il fatto che l'autoipnosi potrebbe non avere successo per tutti, almeno inizialmente. È fondamentale prepararsi adeguatamente, essere concentrati e pazienti.

Per poter applicare efficacemente le tecniche di autoipnosi con un obiettivo specifico nel momento desiderato, è fondamentale praticarle fino a quando le suggestioni non innescano

immediatamente le risposte volute; perciò, prima di intraprendere un percorso di autoipnosi, è consigliabile che un ipnotista guidi il soggetto nell'uso corretto dell'autoipnosi e nella gestione dello stato di trance. Vi sono numerose tecniche o autoinduzioni che inducono lo stato di trance, ma tutte si fondano su un principio comune: la concentrazione su un'unica idea, definita come monoideismo plastico. Come abbiamo già detto nel primo capitolo, secondo Franco Granone, con monoideismo plastico si vuole intendere “la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale; idea dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali”. Il monoideismo può essere ottenuto attraverso diversi modi, ed è proprio per questo che esistono molte tecniche e varie applicazioni di queste. Dopo un periodo iniziale di apprendimento, chi ha acquisito una tecnica e continua a praticarla scopre che può eliminare alcuni passaggi, accelerandoli o soffermandosi più a lungo su certi aspetti. In questo modo, il praticante adatta l'induzione alla propria personalità, ai suoi tempi e ai suoi obiettivi specifici.

Ci sono diverse tecniche di autoipnosi importanti da riconoscere. La prima è la tecnica della chiusura degli occhi, la quale è stata il metodo preferito dai primi ipnotisti, poiché conduce ad uno stato di trance soddisfacente in un tempo ragionevole. Questa tecnica può essere utilizzata per entrare rapidamente in autoipnosi e prevede i seguenti passaggi:

1. Sedersi con gli occhi chiusi in un luogo tranquillo;
2. Rilassare i muscoli e concentrare l'attenzione sul respiro;
3. Iniziare ad aprire e chiudere gli occhi contando lentamente: aprire gli occhi su numeri dispari e chiuderli sui numeri pari;
4. Continuare a contare molto lentamente, rallentando la numerazione dei numeri dispari;
5. Dopo qualche numero, gli occhi inizieranno a stancarsi e diventerà sempre più difficile aprirli
6. Continuare fino a quando non si riuscirà più ad aprire gli occhi, trovando molto più piacevole tenerli chiusi. Se i passaggi sono stati eseguiti correttamente, a questo punto ci si troverà in uno stato di trance;
7. Approfondire la trance contando lentamente altri venti numeri;
8. Lavorare in autoipnosi sull'obiettivo prescelto.

Un'altra tecnica utilizza è la tecnica di auto-induzione ideata da Betty Erickson, una delle più conosciute ed apprezzate nel campo dell'ipnosi. Betty, moglie del rinomato ipnotista Milton H. Erickson, ha sviluppato questa tecnica che, per portare la persona in uno stato di trance, utilizza

i sistemi rappresentazionali. Questi sistemi, studiati successivamente da Richard Bandler e John Grinder, fondatori nella programmazione neuro-linguistica (PNL), erano già ben noti a Betty e Milton, che ne conoscevano l'esistenza e le caratteristiche molto prima che fossero formalmente divulgati. Di seguito, un estratto dal libro "Ipnosi e Trasformazione" in cui Bandler e Grinder (1983) spiegano la tecnica di Betty Erickson:

"In questa induzione, Betty utilizza i sistemi rappresentazionali. Si siede in un posto comodo e trova una cosa che è facile fissare con lo sguardo. Io probabilmente sceglierei un luogo in cui vedo della luce riflessa [...] Fisso lo sguardo su quel punto, ed enuncio a me stesso tre asserzioni che riguardano la mia esperienza visiva. "Vedo la luce che brilla sulle varie facce del vetro; vedo muoversi un braccio nudo; vedo che qualcuno ha appena rivolto lo sguardo al lampadario". Adesso passo al sistema uditivo, e faccio tre asserzioni su questa parte della mia esperienza. "Sento il rumore del condizionatore; sento il fruscio della carta quando qualcuno prende appunti; sento qualcuno che si schiarisce la gola". Poi faccio tre asserzioni riguardo la mia esperienza cinestetica. "Avverto il punto in cui le piante dei miei piedi sono in fermo contatto con la pedana su cui sto in piedi; avverto il peso della mia giacca sulle spalle; avverto il tepore nel punto in cui ho le dita intrecciate, mentre sto qui in piedi". Ho fatte tre asserzioni sulla mia attuale esperienza visiva, tre su quella uditiva e tre su quella cinestetica. Successivamente, mantenendo la stessa posizione e la stessa direzione dello sguardo, ripasso attraverso ciascun canale sensoriale, facendo *due* asserzioni per ciascuno di essi. Individuo altri due elementi visivi, auditivi e cinestesici della mia esperienza. Poi ripasso di nuovo per tutti e tre i canali, individuando *un* elemento per ciascuno di essi.

È tipico che persino un principiante, quando è giunto circa a metà del ciclo di due asserzioni per ciascun sistema, cominci ad avere gli occhi assennati e a perdere la visione periferica. Se provate pesantezza agli occhi, lasciate semplicemente che si chiudano, e sostituite la visualizzazione esterna con quella interna. Potete continuare a usare l'esperienza esterna per le asserzioni che riguardano il canale auditivo e cinestetico.

Uomo: quando lo fai da solo, le dici ad alta voce le frasi? Non ha importanza. Fate ciò che vi risulta più facile [...]

Donna: Bisogna farlo per forza in questa sequenza, visivo, auditivo e poi cinestetico? No. Se per caso conoscete la vostra sequenza preferita, utilizzatela: assecondate voi stessi. [...]

Donna: Non usi le stesse frasi ogni volta che ripassi per un canale, non è vero? Usate ogni volta frasi diverse, in armonia con quella che è la vostra esperienza del momento. Notate che state instaurando un circuito di *biofeedback*. In altre parole, state esprimendo in

parole proprio le esperienze che state avendo in termini visivi, auditivi e cinestesici. [...] Nella fase successiva comincio col cercare di percepire quale mano e braccio sento più leggero. Poi mi auto suggerisco che la mano che sento più leggera continuerò a sentirla più leggera e che essa comincerà a sollevarsi con sinceri movimenti inconsci, sentendosi attratta dal mio viso, di modo che quando giungerà a toccarlo io sprofonderò in una trance profonda [...]. Mentre avvertite quale mano e braccio sentite più leggero, vedete nell'immagine di voi stessi quella mano e quel braccio che cominciano a sollevarsi, attratti dal vostro viso. E descrivete la cosa anche in termini auditivi: "La mia mano sinistra (o destra, N.d.A.) sta cominciando a sollevarsi con sinceri movimenti inconsci" [...] "La mia mano continuerà a sentirsi più leggera e ad essere attratta verso il mio viso. Quando lo toccherà, sprofonderò in una bella trance profonda". Queste cose, le potete dire a voi stessi sia parlando internamente, che ad alta voce se lo trovate più comodo."⁷

Tra le varie tecniche di autoipnosi, va sottolineata quella dell'*eye-roll* (o rotazione degli occhi), illustrata da Spiegel e Spiegel (2004). Questa tecnica si basa su un approccio sviluppato dagli autori per misurare l'ipnotizzabilità, noto come *Hypnotic Induction Profile* (HIP). Il metodo indica una relazione positiva tra l'intensità del movimento oculare e la profondità dello stato di trance; il procedimento richiede che il paziente chiuda gli occhi e conti da uno a tre, mentre viene stimolato a percepire una sensazione di fluttuazione del corpo, che può includere la sensazione di levitazione di un arto. Successivamente, si forniscono suggestioni mirate alle problematiche specifiche del paziente, che è invitato a praticare l'autoipnosi più volte al giorno per brevi periodi. Un'altra tecnica che gli autori presentano (Spiegel e Spiegel, 2004), ben consolidata e semplice da apprendere, è il "Metodo Sandwich" (De Benedettis, 2022): questa tecnica di autoipnosi viene integrata in un percorso di ipnoterapia tradizionale dopo un periodo iniziale di familiarizzazione con l'ipnosi etero-indotta e prevede che le due fette di pane simboleggino l'ingresso e l'uscita dallo stato di trance, mentre il ripieno rappresenta il contenuto dell'esperienza trance. Prima di prescrivere il metodo, vengono fornite al paziente alcune istruzioni brevi e chiare, che spiegano in modo semplice e comprensibile il motivo per cui è utile praticare l'autoipnosi, oltre a indicare il luogo, il momento e il modo di eseguirla. Queste spiegazioni servono anche a motivare il paziente, facendogli percepire l'autoipnosi non come un esercizio noioso e potenzialmente trascurato nel tempo, ma come una necessità personale che offre uno spazio sicuro e protetto per affrontare meglio le proprie difficoltà quotidiane. Trasformare l'autoipnosi da una semplice tecnica terapeutica ad una pratica

⁷ Estratto di "Ipnosi e Trasformazione" (Bandler & Grinder, 1983), pp. 228-240.

esistenziale, è fondamentale per integrarla efficacemente con l'ipnosi etero-indotta, migliorando così l'aderenza e la compliance del paziente.

2.3 Campi di applicazione dell'autoipnosi

Durante la mia ricerca sull'autoipnosi, ho trovato particolarmente rilevante uno studio sul sonno intitolato "Fattibilità di un intervento di ipnosi autosomministrata per migliorare il sonno negli studenti universitari". Questo studio, pubblicato nel 2023 sull'*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, è stato condotto da Morgan Snyder, Cameron T. Alldredge, Samuel R. Stork e Gary R. Elkins della Baylor University. L'obiettivo principale dello studio era quello di valutare la fattibilità e la sicurezza di un intervento di ipnosi autosomministrata per migliorare la qualità del sonno tra gli studenti universitari, un gruppo noto per soffrire frequentemente di problemi legati al sonno. Lo studio ha coinvolto 22 studenti universitari con scarsa qualità del sonno e si è svolto nell'arco di quattro settimane: questo periodo comprendeva una settimana di riferimento e tre settimane di intervento ipnotico autosomministrato. Le misurazioni chiave dello studio includevano la latenza dell'inizio del sonno e l'efficienza del sonno, entrambe monitorate tramite actigrafia al polso. I risultati sono stati promettenti: la latenza dell'inizio del sonno e l'efficienza del sonno sono migliorate significativamente: la durata media del sonno notturno è aumentata da 398,88 minuti nella settimana di riferimento a 413,88 minuti durante la terza settimana di intervento. Tuttavia, questa differenza non è stata considerata statisticamente significativa; anche la durata del sonno auto-riferita non ha mostrato differenze significative tra le settimane. Uno degli aspetti più interessanti dello studio è stato l'alto tasso di adesione all'intervento, infatti, il 91% dei partecipanti ha completato il programma e ha trovato utile la pratica quotidiana dell'autoipnosi. Inoltre, non sono stati riportati eventi avversi correlati allo studio, il che indica la sicurezza di questa tecnica. Questi risultati suggeriscono la fattibilità e la sicurezza dell'ipnosi autosomministrata come intervento per migliorare il sonno negli studenti universitari; tuttavia, gli autori sottolineano la necessità di uno studio clinico randomizzato più ampio per valutare l'efficacia a lungo termine di questo approccio. Citazioni di rilievo all'interno dello studio includono Becker *et al.* (2018), che ha rivelato che il 62% degli studenti universitari dorme poco e il 36% dorme meno di sette ore a notte. Inoltre, Gaultney (2010) ha scoperto che il 27% degli studenti universitari è a rischio di disturbi del sonno. Problemi legati al sonno, come evidenziato da Alapin *et al.* (2000), Gaultney (2010), Sing e Wong (2010), e Taylor *et al.* (2013), sono associati a sonnolenza diurna, rendimento scolastico inferiore a problemi di salute mentale come depressione, stress e ansia. In

conclusione, i risultati di questo studio forniscono una base solida per considerare l'ipnosi autosomministrata come un metodo non farmacologico promettente per migliorare la qualità del sonno tra gli studenti universitari, giustificando ulteriori ricerche su larga scala.

Un altro studio mira a fornire nuove intuizioni sulle potenzialità dell'autoipnosi. Lo studio, condotto da Jhon Gruzelier, Jonathon Levy, John Williams e Don Handerson (2001) presso il dipartimento di Neuroscienze Cognitive e Comportamento dell'Imperial College School of Medicine di Londra⁸, esamina gli effetti dell'addestramento all'autoipnosi sulla funzione immunitaria, l'umore e la salute durante il periodo degli esami nelle scuole di medicina. Lo scopo è confrontare le istruzioni per il potenziamento della funzione immunitaria con quelle di rilassamento, mantenendo costanti altre istruzioni riguardanti energia, alterità, concentrazione e felicità. Allo studio, hanno partecipato trentuno studenti di medicina (19 maschi, 12 femmine): nessuno di loro soffriva di malattie croniche o assumeva farmaci che influenzassero il sistema immunitario; inoltre, la suscettibilità ipnotica è stata valutata utilizzando la Scala di Suscettibilità Ipnotica del Gruppo di Harvard, modulo A. I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi:

1. Gruppo di controllo (N = 9)
2. Gruppo di immagini immunitarie (N = 11)
3. Gruppo di immagini rilassanti (N = 11)

La distribuzione è stata bilanciata per suscettibilità ipnotica, sesso e anno di ammissione alla facoltà di medicina. Gli studenti hanno partecipato a tre sessioni settimanali di gruppo di ipnosi, con pratica a casa utilizzando un'audiocassetta per un minimo di dieci sessioni totali. Le istruzioni ipnotiche includevano:

1. Gruppo di immagini immunitarie: prevede la visualizzazione guidata di immagini e rappresentazioni che riguardano il potenziamento delle risposte immunitarie del corpo.
2. Gruppo di immagini rilassanti: istruzioni di pace, felicità e tranquillità.

Gli studenti che hanno ricevuto immagini correlate al sistema immunitario hanno riportato meno malattie virali, come raffreddore e influenza, durante il periodo degli esami rispetto agli altri gruppi (Gruzelier *et al.*, 2001); questo risultato suggerisce che l'autoipnosi con immagini immunitarie può offrire una protezione migliore contro le malattie virali rispetto a quella con

⁸ Gruzelier, J., Levy, J., Williams, J., Henderson, D. (2001). Self-hypnosis and exam stress: comparing immune and relaxation-related imagery for influences on immunity, health and mood. *Contemporary Hypnosis*, 18(2): 73-86.

immagini rilassanti. Le immagini immunocorrelate hanno avuto più successo rispetto alle immagini di rilassamento nel tamponare il declino dei linfociti totali e dei sottoinsiemi: questo indica che le immagini immunitarie possono sostenere meglio il sistema immunitario durante periodi di stress. Inoltre, l'ipnosi, indipendentemente dalle istruzioni, ha tamponato il declino delle cellule T citotossiche CD8 osservato nei soggetti di controllo, un effetto che è stato associato alla suscettibilità ipnotica. Questo suggerisce che l'ipnosi può avere un effetto protettivo generale sulle cellule immunitarie (Gruzelier et al., 2001). È stata osservata una dissociazione tra umore negativo e aumento del cortisolo dopo l'addestramento con l'ipnosi, indicando che l'ipnosi può aiutare a mitigare gli effetti negativi dello stress sull'umore e sul cortisolo. I risultati suggeriscono che l'autoipnosi può offrire benefici significativi in termini di miglioramento della salute e della funzione immunitaria durante periodi di stress intenso come gli esami; le immagini correlate al sistema immunitario sembrano essere più efficaci rispetto a quelle di rilassamento nel sostenere il sistema immunitario degli studenti. Questo studio incoraggia ulteriori ricerche su larga scala sulla prevenzione delle malattie e sulle applicazioni cliniche dell'autoipnosi per migliorare la salute e il benessere.

Infine, l'ultimo studio che ho deciso di analizzare e riportare è "Autoipnosi per il dolore degli arti fantasma: uno studio su più casi", il quale esplora l'utilizzo dell'autoipnosi come metodo complementare per alleviare il dolore degli arti fantasma, un fenomeno che colpisce oltre la metà delle persone che hanno subito un'amputazione. Lo studio è stato condotto da un gruppo di ricercatori del Gruppo di ricerca sulla sensazione e la percezione dell'Università di Liegi, Belgio, e pubblicato nel 2022 su *OBM Medicina Integrativa e Complementare*. Il dolore all'arto fantasma è una condizione cronica comune tra gli amputati, caratterizzata dalla percezione del dolore nell'arto mancante. Diversi studi hanno dimostrato che l'ipnosi può essere efficace nel trattamento di vari tipi di dolore, inclusi quelli sperimentali, procedurali e cronici (Bicego *et al.*, 2022); pertanto, lo studio in esame si proponeva di valutare l'efficacia dell'ipnosi come trattamento complementare per i pazienti affetti dal dolore agli arti fantasma. Lo studio ha coinvolto un gruppo di pazienti amputati che soffrivano di dolore cronico agli arti fantasma. I partecipanti sono stati sottoposti a sedute di ipnosi condotte da terapeuti esperti: durante le sedute, i pazienti venivano guidati attraverso vari esercizi di visualizzazione e rilassamento, mirati a ridurre la percezione del dolore e a migliorare il loro benessere generale (Vanhaudenhuyse *et al.*, 2022). I risultati dello studio hanno mostrato una significativa riduzione del dolore percepito nei pazienti che hanno partecipato alle sedute di ipnosi; in particolare, i pazienti hanno riportato una diminuzione della qualità del dolore, descrivendolo

come meno intenso e più gestibile; inoltre, gli esercizi di autoipnosi hanno contribuito a migliorare l'umore e la qualità della vita dei partecipanti, evidenziando il potenziale terapeutico di questa tecnica nel trattamento del dolore cronico (Faymonville *et al.*, 2022). Due esercizi di autoipnosi sono stati particolarmente efficaci nel trattamento del dolore agli arti fantasma: il primo esercizio, "Viaggio nei paesaggi", prevedeva che i pazienti visualizzassero un ruscello con ciottoli colorati e osservassero i cambiamenti di colore dovuti allo scorrere dell'acqua. Questo esercizio ha aiutato i pazienti a trovare un luogo di conforto nella loro memoria, migliorando il loro benessere generale (Cassol *et al.*, 2022). Il secondo esercizio, "Viaggiare leggeri", consisteva nel far sedere comodamente i pazienti e far loro visualizzare dei palloncini legati alle dita delle mani, che li sollevavano in aria; questo esercizio mirava a creare una sensazione di leggerezza e comfort, permettendo ai pazienti di "viaggiare leggeri" e apprezzare i dettagli del momento (Cerasoli *et al.*, 2022). In conclusione, lo studio ha dimostrato che l'autoipnosi può essere un approccio complementare efficace per alleviare il dolore agli arti fantasma nei pazienti amputati. I risultati suggeriscono che l'ipnosi può migliorare significativamente la qualità della vita dei pazienti, offrendo un'alternativa non farmacologica nel trattamento del dolore cronico (Ledoux *et al.*, 2022); pertanto, incoraggiano ulteriori ricerche sull'utilizzo dell'ipnosi e dell'autoipnosi come strumenti terapeutici nel campo della gestione del dolore.

CAPITOLO 3: EFFICACIA E POTENZIALI TERAPEUTICI

3.1 Ricerca sull'efficacia dell'autoipnosi

Nonostante l'autoipnosi sia stata meno studiata rispetto all'ipnosi tradizionale condotta da un terapeuta, ha dimostrato la sua efficacia in molteplici contesti clinici. Ad esempio, ha contribuito a potenziare il sistema immunitario, ridurre la necessità di farmaci durante il parto e diminuire i livelli di stress, ansia e pressione alta (Harmon *et al.*, 1990). Tuttavia, l'impiego principale dell'autoipnosi che è stato oggetto di studio è stato per la gestione del dolore: si è ipotizzato che un paio di sessioni di formazione in autoipnosi combinate con l'ascolto quotidiano di un audio per otto settimane, possano avere effetti comparabili a otto sedute tradizionali di ipnosi faccia a faccia per alleviare il mal di schiena (Tan *et al.*, 2010). Un beneficio evidente dell'autoipnosi è che non richiede la presenza di un'altra persona, consentendo al paziente di proseguire il trattamento in autonomia e senza costi aggiuntivi. Inoltre, vi sono evidenze che l'autoipnosi possa contribuire ad incrementare la fiducia in sé stessi (Bandura, 1997). Nel campo della ricerca scientifica, l'autoefficacia è spesso associata a risultati positivi nella terapia e nelle prestazioni; questo concetto, originariamente studiato come aspettativa di successo, è stato ridefinito da Bandura come autoefficacia, ossia la fiducia nella propria capacità di completare un'azione con successo. Secondo la teoria dell'autoefficacia, le performance dipendono dalla fiducia nelle proprie capacità, per coloro che hanno le giuste motivazioni e abilità: se una persona è convinta di poter cambiare qualcosa con successo, questa convinzione aumenta la probabilità che il cambiamento avvenga davvero. Ricerche indicano che la percezione della propria capacità nel compiere un'azione è un indicatore del successo e supportano questa teoria, mostrando come le nostre aspettative influenzino non solo le prestazioni, ma anche l'impegno e la determinazione impiegati nel portare a termine un compito (Schunk, 1995). L'importanza dell'autoefficacia come risultato dell'autoipnosi è confermata anche nella letteratura che esplora il suo utilizzo in ambito pediatrico. Olness (1989) ha osservato che, oltre a risolvere i problemi, i bambini acquisiscono una nuova fiducia in sé stessi quando riescono a gestire situazioni difficili con l'autoipnosi. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia dell'autoipnosi in ambito pediatrico, ad esempio nella gestione dell'asma, nella riduzione del dolore da emicrania e nei disturbi del sonno, quando i bambini venivano addestrati a utilizzare tecniche di autocontrollo; con lo sviluppo dell'autoefficacia, anche altre abilità di autogestione possono migliorare grazie all'autoipnosi. Fromm *et al.*, nel 1983 hanno descritto

come i partecipanti alle loro ricerche abbiano sperimentato l'autoipnosi come un'opportunità per esplorare creativamente e come un'attività di *problem-solving* in cui erano coinvolti attivamente e in modo costruttivo. Hanno inoltre riscontrato che l'autoipnosi migliora l'attenzione, la capacità di risolvere problemi e la creatività, benefici che possono arricchire i risultati delle sessioni di ipnoterapia clinica. Nel complesso, i benefici dell'autoipnosi possono andare oltre alle attuali applicazioni dirette, specialmente per quanto riguarda il miglioramento dell'autostima. Questo aspetto dovrebbe essere ulteriormente approfondito nella ricerca futura. Diversi studi, che analizzeremo in questo capitolo, hanno dimostrato che l'autoipnosi offre benefici significativi in diversi ambiti, come ad esempio nella gestione dello stress, dell'ansia e del dolore. A differenza delle tecniche di rilassamento tradizionali, l'autoipnosi consente alle persone di accedere a livelli più profondi della mente, facilitando cambiamenti positivi nei comportamenti e nelle percezioni personali; questo approccio, che combina l'autoregolazione con la suggestione, fornisce un'alternativa pratica ed efficace per migliorare il benessere complessivo e la qualità della vita. Nonostante ci siano ancora molte aree inesplorate riguardo all'applicazione e all'efficacia dell'autoipnosi, il suo potenziale rimane evidente. Fino ad ora, la ricerca si è concentrata principalmente su come l'autoipnosi possa essere integrata nei trattamenti esistenti, e i risultati indicano che la pratica autonoma, supportata da una formazione iniziale adeguata, è fondamentale per ottenere benefici terapeutici significativi. Questo articolo esaminerà le prove scientifiche attuali, esplorando come l'autoipnosi viene utilizzata per affrontare vari disturbi e migliorare la salute mentale e fisica.

Lo studio, condotto da Adam D. Eason e Benjamin A. Parris analizza l'efficacia dell'autoipnosi come trattamento clinico. Sono stati esaminati 576 studi, di cui 22 erano studi controllati randomizzati (RCT) che soddisfacevano i criteri di inclusione. L'autoipnosi ha dimostrato di essere efficace in aree come il dolore, le applicazioni pediatriche, lo stress e l'ansia (Eason & Parris, 2024). L'autoipnosi si definisce come un processo ipnotico autoindotto tramite suggestioni autogenerate, differente dall'eteroipnosi, che richiede la presenza di un ipnotizzatore; inoltre, è stata studiata meno rispetto all'eteroipnosi, nonostante il suo potenziale terapeutico significativo (Orne & McConkey, 1981). Molti studi si sono concentrati sull'uso dell'autoipnosi per la gestione del dolore: in sei studi, l'autoipnosi ha superato i controlli nella riduzione del dolore; infatti, in tutti questi studi, l'autoipnosi è stata preceduta dall'eteroipnosi e i partecipanti hanno ricevuto formazioni per praticare l'autoipnosi autonomamente (Jensen *et al.*, 2009; Lang *et al.*, 2000; Tan *et al.*, 2014). Gli studi sull'uso dell'autoipnosi in ostetricia, invece, hanno mostrato risultati misti: Harmon *et al.* (1990) hanno provato che l'autoipnosi

riduceva la durata del travaglio e l'uso di farmaci durante il parto. Tuttavia, studi più recenti non hanno riscontrato differenze significative tra autoipnosi e controllo, probabilmente a causa della mancanza di formazione sufficiente e di pratica autodiretta (Downe *et al.*, 2015; Werner *et al.*, 2013). Tre studi hanno esplorato l'efficacia dell'autoipnosi per ridurre stress, ansia e ipertensione, mostrando che l'autoipnosi è più efficace dei controlli attivi. Tutti gli studi includevano la pratica indipendente dell'autoipnosi dopo un'eteroipnosi iniziale (Naito *et al.*, 2003; O'Neill, Barnier & McConkey, 1999; Stanton, 1994). La ricerca indica che l'autoipnosi è più efficace se insegnata come un'abilità autodiretta e con sessioni di pratica ripetute: non è necessaria l'esperienza di eteroipnosi per l'efficacia dell'autoipnosi, ma la pratica autonoma è cruciale. Gli studi che non hanno mostrato effetti significativi spesso coinvolgevano solo l'ascolto di registrazioni audio senza formazione pratica (Eason & Parris, 2024). La valutazione sistematica e la meta-analisi indicano che l'autoipnosi può essere un trattamento clinico efficace per diverse condizioni; tuttavia, l'efficacia dipende dalla metodologia di insegnamento e dalla pratica autonoma. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare completamente il potenziale dell'autoipnosi come strumento terapeutico.

In un altro studio recente, è stato dimostrato l'impatto dell'autoipnosi sulle donne in gravidanza (Vandevusse *et al.*, 2010). Le partecipanti sono state invitate a rilassarsi su un lettino, praticando una forma specifica di autoipnosi per circa trenta minuti; a seguito della sessione, sono stati misurati parametri come la frequenza respiratoria e cardiaca, indicatori diretti della tensione corporea, e sono state somministrate scale psicologiche per valutare il livello di ansia. I risultati hanno indicato che l'autoipnosi ha stimolato l'attività del sistema nervoso parasimpatico, responsabile del riposo e del recupero, determinando un rilassamento post-ipnotico osservabile tramite la riduzione della frequenza cardiaca e respiratoria, oltre a punteggi inferiori nei test d'ansia. Inoltre, uno studio di risonanza magnetica funzionale (fMRI) ha permesso di identificare le aree cerebrali coinvolte nel rilassamento e nei processi di autoipnosi (Schalman *et al.*, 2010)⁹. Un gruppo di 19 esperti di autoipnosi e 19 partecipanti di controllo sono stati sottoposti a due sessioni di fMRI: nella prima sessione, durante lo stato di autoipnosi, veniva chiesto di visualizzare situazioni sensoriali venivano richieste visualizzazioni di situazioni sensoriali (rilassatezza, pesantezza del braccio e calore). Nella sessione successiva, era prevista l'immaginazione motoria, come la flessione del braccio destro. Nel gruppo di esperti di autoipnosi, si è osservata un'attivazione delle aree prefrontali sinistre e post centrali bilaterali

⁹ Schalman M., Naglatzki R., de Greiff A., Forsting M., Gizewski E.R. (2010). *Autogenic Training Alters Cerebral Activation Patterns in fMRI*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58(4), 444-456.

sia durante le fasi di immaginazione sensoriale che motoria. In entrambi i gruppi si è riscontrata l'attivazione della corteccia prefrontale, responsabile del controllo attentivo, e dell'insula, coinvolta nell'elaborazione delle emozioni, con una maggiore intensità nel gruppo di esperti di autoipnosi. È stata inoltre evidenziata una correlazione tra l'attivazione dell'insula e gli anni di pratica dell'autoipnosi dei partecipanti. Nel complesso, questi studi dimostrano che le tecniche di autoipnosi agiscono rilassando il sistema nervoso centrale e attivando aree cerebrali specifiche, favorendo il trasferimento dell'attenzione e la ricezione emotiva; ne consegue che l'autoipnosi può giovare agli individui che la praticano, portando ad un benessere fisiologico e, come dimostrato dallo studio sulle donne incinte, agevolare il lavoro di infermieri e altri operatori sanitari.

L'autoipnosi è una pratica che si è dimostrata efficace anche nella gestione del dolore cronico e acuto. Questa tecnica permette agli individui di entrare in uno stato di rilassamento profondo, noto come trance ipnotica, che consente di modificare la percezione e l'esperienza del dolore. Secondo Dalamagka e Kimoglou (2018), questo stato non è un fenomeno esoterico riservato agli specialisti, ma è una condizione accessibile a chiunque, simili a quelle che si sperimentano quotidianamente, come quando ci si perde nei propri pensieri o si esegue un'attività familiare senza piena consapevolezza. Sono state individuate diverse tecniche di base per la gestione del dolore attraverso l'autoipnosi:

1. Modificare la sensazione fisica del dolore: una delle principali tecniche di autoipnosi consiste nel visualizzare l'area del corpo affetta da dolore, come se fosse anestetizzata. Gli individui possono immaginare che la parte del corpo interessata sia sotto l'effetto di un potente anestetico, simile alla novocaina utilizzata nei trattamenti dentali. Questa visualizzazione può portare ad una reale diminuzione della sensazione dolorosa. Un'altra strategia efficace è la manipolazione del flusso sanguigno: spostare mentalmente il sangue lontano dalla testa o dagli arti, visualizzando le mani come calde e pesanti, può ridurre significativamente il mal di testa e altri dolori localizzati. Questa tecnica sfrutta l'immaginazione per influenzare le sensazioni fisiche, dimostrando come la mente possa agire sul corpo.
2. Ristrutturare la percezione del dolore: modificare le parole che si usano per descrivere il dolore è un'altra potente tecnica. Secondo Dalamagka e Kimoglou (2018), descrivere il dolore con termini come "sensazione" o "vibrazione" piuttosto che come "dolore" può alterare la percezione stessa dell'esperienza. Inoltre, immaginare il dolore come

un'entità separata, un terzo individuo, può aiutare a creare una distanza psicologica tra il sé e la sensazione dolorosa, riducendone l'impatto emotivo e fisico.

3. Distrarre l'attenzione: la distrazione è un'altra tecnica che può essere utilizzata efficacemente in autoipnosi. Concentrandosi su immagini mentali piacevoli o rilassanti, come un paesaggio naturale o un luogo di serenità personale, è possibile spostare l'attenzione dal dolore alle sensazioni positive e confortevoli; focalizzarsi su sensazioni piacevoli, come la percezione del caldo o del fresco in un'area del corpo non affetta da dolore, può aiutare a ridurre l'intensità del dolore percepito.

Riguardo a questo, sono stati suggeriti anche degli esercizi specifici per sperimentare le tecniche sopra citate. Un esempio è la visualizzazione del dolore come una sfera luminosa: immaginare di raccogliere tutto il dolore in questa sfera, per poi visualizzarla mentre si rimpicciolisce e infine pensare che esca dal corpo con ogni respiro, può essere un modo efficace per ridurre la percezione del dolore. Un altro esercizio consiste nell'immaginare di essere sdraiati su una spiaggia, con il mare che sfiora dolcemente il corpo, portando via il dolore insieme ad ogni onda che si infrange sulla riva. Questo tipo di visualizzazione aiuta a creare un forte senso di distacco dal dolore, facilitando un rilassamento profondo e la riduzione del disagio fisico. Le tecniche appena descritte offrono una varietà di approcci che possono essere adattati alle esigenze individuali, promuovendo un maggiore controllo sulla propria condizione fisica ed emotiva. Dalamagka e Kimoglou (2018) evidenziano che con la pratica, l'autoipnosi può diventare una parte integrante della routine di gestione del dolore di un individuo, migliorando significativamente la qualità della vita.

Un altro studio che ho analizzato riguarda il potenziale impatto dell'autoipnosi e della musicoterapia strumentale sulla riduzione della pressione sanguigna nei pazienti ipertesi. L'ipertensione è una delle principali cause di mortalità globale, associata a malattie cardiovascolari come l'insufficienza cardiaca, ictus e malattia coronarica. In India, le malattie cardiovascolari rappresentano il 63% dei decessi legati a malattie non trasmissibili, con un'incidenza crescente dell'ipertensione nel tempo (Abirami, 2023)¹⁰. La gestione dell'ipertensione può avvenire attraverso approcci farmacologici e non farmacologici: tra i metodi non farmacologici, le tecniche di rilassamento e la modifica dello stile di vita svolgono un ruolo cruciale. In particolare, l'ipnosi e la musicoterapia si sono dimostrate efficaci nel ridurre la pressione sanguigna: la musicoterapia strumentale, in particolare, può influenzare

¹⁰ Abirami, S., Monisha, A., Subramanian G. (2023). The impact of self-hypnosis and instrumental music therapy on lower blood pressure in hypertension patients. *International Journal of Advance Research in Nursing*, 6(2), 153-158.

positivamente la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa inducendo uno stato di calma, stimolando il sistema nervoso e favorendo il rilascio di endorfine e altre sostanze neurochimiche benefiche (Monisha, 2023). Lo studio che ho analizzato utilizza un disegno quasi sperimentale con pre e post-test, coinvolgendo un totale di 46 pazienti ipertesi. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: uno sperimentale, che ha ricevuto la terapia farmacologica standard combinata con sessioni di autoipnosi e musicoterapia, e un gruppo di controllo che ha ricevuto solo la terapia farmacologica standard. Le sessioni di autoipnosi e musicoterapia, della durata di circa 13 minuti, sono state effettuate per tre giorni consecutivi (Subramanian, 2023). L'analisi dei dati ha rivelato una significativa riduzione della pressione sanguigna nei pazienti del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo; questo suggerisce che la combinazione di autoipnosi e musicoterapia strumentale può essere un efficace trattamento complementare per ridurre la pressione sanguigna nei pazienti ipertesi, contribuendo anche a migliorare il benessere generale e ridurre lo stress (Abirami, 2023). In conclusione, da questo studio si è notato che l'integrazione di tecniche non farmacologiche come l'autoipnosi e la musicoterapia strumentale nella gestione dell'ipertensione offre un approccio promettente per migliorare gli esiti clinici dei pazienti, riducendo al contempo la dipendenza da farmaci e promuovendo un maggiore equilibrio psicofisico (Subramanian, 2023).

Nel *Journal of Women's Health* nel marzo 2020, è stato pubblicato uno studio che esamina l'utilizzo dell'autoipnosi per trattare i disturbi del sonno nelle donne in menopausa. Lo studio è stato condotto da Julie L. Otte, Janet S. Carpenter, Lynae Roberts e Gary R. Elkins. L'obiettivo principale dello studio è valutare l'efficacia dell'autoipnosi nel migliorare la qualità del sonno nelle donne in menopausa, una popolazione che frequentemente sperimenta problemi di sonno a causa delle vampate di calore e di altri sintomi legati alla menopausa. Il sonno inadeguato durante questa fase può portare a una serie di esiti negativi, tra cui problemi fisici, psicologici, cognitivi e sociali (Otte *et al.*, 2020). Lo studio ha coinvolto 90 donne in post-menopausa, che sono state suddivise casualmente in quattro gruppi per ricevere uno dei seguenti interventi: cinque sessioni di ipnosi di persona, tre sessioni di ipnosi di persona, cinque sessioni di autoipnosi telefoniche o tre sessioni di autoipnosi telefoniche. Le partecipanti sono state monitorate per otto settimane e sono stati utilizzati diversi strumenti per valutare la qualità del sonno, tra cui l'indice di qualità del sonno di Pittsburgh e la scala della sonnolenza di Epworth. I risultati preliminari indicano che la soddisfazione delle partecipanti per il programma di autoipnosi era alta in entrambi i gruppi, senza differenze significative tra di loro. L'aderenza alla pratica quotidiana dell'autoipnosi era elevata, e vi è stata una riduzione significativa della

scarsa qualità del sonno in tutti i gruppi. In particolare, tra il 50% e il 77% delle donne ha riportato miglioramenti clinicamente significativi nella qualità del sonno nel corso del tempo. Lo studio conclude dimostrando che l'autoipnosi è una tecnica promettente per migliorare la qualità del sonno nelle donne in menopausa e che l'intervento è generalmente ben accettato dalle partecipanti. Gli autori suggeriscono che ulteriori ricerche sono necessarie per determinare il metodo ottimale di somministrazione e per esplorare l'efficacia dell'autoipnosi in popolazioni più ampie.

3.2 Integrazione dell'autoipnosi e dell'ipnosi con altre tecniche terapeutiche

L'ipnosi e l'autoipnosi sono tecniche terapeutiche che, sebbene abbiano origini antiche, continuano a trovare applicazione e integrazione in molteplici approcci psicoterapeutici moderni. L'ipnosi è stata utilizzata per secoli per indurre stati di coscienza alterati che facilitando il cambiamento terapeutico, mentre l'autoipnosi consente agli individui di accedere autonomamente a queste risorse interiori. Entrambe le pratiche si basano sull'idea che la mente abbia la capacità di influenzare il corpo e che, attraverso un adeguato training, le persone possano sfruttare questo materiale per promuovere il benessere psicofisico. Negli ultimi decenni, diverse tecniche psicoterapeutiche hanno riconosciuto il valore dell'ipnosi e dell'autoipnosi, integrandole nei loro protocolli per potenziare l'efficacia. Un esempio notevole è l'EMDR, acronimo di *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), una metodologia sviluppata negli anni '80 per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress. Sebbene a prima vista l'EMDR e l'ipnosi possano sembrare distanti, vi sono significativi punti di contatto tra i due approcci, come l'attenzione focalizzata e l'uso di stati di coscienza modificati per facilitare la rielaborazione di ricordi traumatici. Questa integrazione tra ipnosi, autoipnosi ed altre tecniche terapeutiche come l'EMDR, non solo amplifica le possibilità terapeutiche, ma offre anche nuovi strumenti per affrontare una vasta gamma di disturbi psicologici. Questo capitolo si propone di indagare le modalità attraverso le quali queste tecniche possono essere integrate, e di valutare i benefici di un approccio combinato nella pratica clinica. Prima di parlare di questo, è bene approfondire nello specifico che cos'è l'EMDR e in cosa consiste. Innanzitutto, è una tecnica psicoterapeutica nata nel 1987 grazie ad una scoperta fortuita di Francine Shapiro: mentre camminava in un parco, Shapiro notò che un pensiero che la turbava iniziava a perdere intensità, o "carica" come lo definì lei, quando i suoi occhi si muovevano rapidamente da un lato all'altro. Da questa osservazione, Shapiro comprese che abbinando i movimenti oculari ad un pensiero

disturbante, quest'ultimo tendeva a perdere il suo impatto emotivo, modificando anche i sentimenti associati. Due anni dopo, nel 1989, Shapiro pubblicò il suo primo studio sull'efficacia dell'EMDR per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress. L'EMDR si è poi evoluto in un protocollo standardizzato composto da otto fasi. I movimenti bilaterali coinvolti nella terapia non si limitano agli occhi, ma possono anche includere stimolazioni tattili (*tapping*) o sonore. L'EMDR, inoltre, integra elementi cognitivi ed emotivi insieme a quelli corporei; questa evoluzione del metodo si basa sulla teoria dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP), sviluppata anch'essa da Shapiro nel 1995. La teoria AIP sostiene che negli esseri umani esiste un meccanismo naturale per elaborare gli eventi di vita disturbanti, che permette di trasformare un ricordo reattivo in una percezione più oggettiva e realistica, mantenendo chiara la distinzione tra passato e presente. Secondo la teoria, un evento diventa traumatico quando il sistema di elaborazione dell'informazione fallisce, causando l'immagazzinamento disfunzionale del ricordo nelle reti mnemoniche, come se l'evento stesse accadendo nuovamente nel presente; questo fallimento, può avvenire perché l'evento è percepito come troppo sconvolgente per essere assimilato, o a causa di meccanismi di difesa che impediscono al soggetto di elaborare correttamente l'informazione relativa all'evento. Durante un trauma, le risposte biochimiche indotte bloccano il sistema naturale di elaborazione delle informazioni, lasciando i ricordi legati al trauma intrappolati in una rete neurale associata alle emozioni, convinzioni e sensazioni fisiche vissute in quel momento. Tali traumi ed esperienze stressanti possono ostacolare la normale elaborazione dei ricordi, interferendo con i processi mnestici di registrazione e immagazzinamento. Attraverso la terapia EMDR, questi ricordi vengono rielaborati e successivamente immagazzinati nuovamente mediante un processo di riconsolidamento. Le reti mnemoniche, in particolare quelle che contengono eventi disturbanti, sono considerate la radice di molte patologie attuali. L'EMDR permette quindi di accedere a queste informazioni immagazzinate, stimolando il sistema di elaborazione delle informazioni per spostarle verso una risoluzione adattiva.

Come abbiamo accennato in precedenza, l'ipnosi e l'EMDR sono due approcci psicoterapeutici che, a prima vista, possono sembrare distanti e differenti: tuttavia, esistono significativi punti di contatto tra i due. In entrambe le tecniche, il ruolo del terapeuta è quello di facilitare la "funzione di autoguarigione", come descritto da Shapiro, che è già presente nel paziente. L'obiettivo comune è quello di ristabilire un funzionamento sano e armonioso. Con l'ipnosi, si supporta il soggetto nel fare uso delle proprie capacità e nel riorganizzare i processi neuro e psico fisiologici, rispettando i tempi e le necessità individuali, come suggerisce la dottoressa

M.S. Garosci all'interno del Trattato di Ipnosi¹¹. Inoltre, Garosci evidenzia anche che questa esperienza di stato di coscienza modificato deve essere in sintonia con i bisogni fondamentali e con la struttura della personalità del soggetto; in caso contrario, il lavoro terapeutico rischia di essere interrotto o di risultare inefficace sia dal punto di vista psicologico che comportamentale. Per quanto riguarda l'EMDR, l'approccio prevede di interferire il meno possibile con il processo del paziente, monitorando il percorso senza aggiungere input inutili. Nell'ipnosi, invece, l'uso di un linguaggio che incorpora immagini e metafore significative per il soggetto permette di lavorare su elementi che sono già parte dell'esperienza individuale, sfruttandone la potenza evocativa. Un altro punto di somiglianza tra i due approcci riguarda la reazione del soggetto alla percezione di una possibile perdita di controllo, un timore spesso suscitato dall'idea errata che entrambe le tecniche possano indurre il soggetto a compiere azioni contro la propria volontà. Inoltre, lo stato di trance è un elemento presente in entrambe le tecniche: nell'EMDR può verificarsi come fenomeno eventuale, mentre nell'ipnosi costituisce una parte centrale del trattamento. Durante l'esperienza clinica con l'EMDR, possono emergere elementi simili alla fenomenologia ipnotica, come derealizzazione, benessere, distorsione temporale, dissociazione psichica, modificazioni percettive ed emotive, così come cambiamenti fisici quali rilassamento muscolare, riduzione della mimica facciale e altri segni fisiologici. Il ruolo dell'attenzione è cruciale in entrambi i metodi: nell'ipnosi, si parla di attenzione focalizzata, mentre nell'EMDR si utilizza una doppia focalizzazione dell'attenzione (dual focus), un concetto che Shapiro descrive come “mantenere un piede nel passato e uno nel presente”. Esistono tecniche specifiche comuni ad entrambi gli approcci, come il “luogo sicuro” nell'EMDR e l'attivazione delle risorse nell'ipnosi. Infine, il concetto di monoideismo plastico, tipico dell'ipnosi, trova un parallelo nell'EMDR nelle sue fondamenta, con entrambe le tecniche che operano simultaneamente su più livelli: cognizione, immagine, emozione e sensazione corporea. Nell'EMDR la rappresentazione mentale, che può essere un'immagine o un pensiero, è collegata ad una convinzione su di sé e alle emozioni e sensazioni corporee che ne derivano. Durante la fase di desensibilizzazione, partendo da questa rappresentazione, si osservano modificazioni fisiologiche, emotive e percettive, analogamente a quanto avviene nell'ipnosi, dove un'idea o un'immagine possono indurre cambiamenti significativi sia nel corpo che nel mondo emotivo.

Per capire più approfonditamente l'efficacia delle metodologie discusse, in questa sezione verrà esaminato un caso clinico specifico che coinvolge l'uso combinato dell'ipnosi clinica e

¹¹ Tratto da “Trattato di Ipnosi (Casiglia, 2015), dal capitolo “Neuroanatomia dello stato ipnotico”.

dell'EMDR in un contesto di trauma complesso. Il caso analizzato riguarda una donna che ha sviluppato un grave disturbo da stress post-traumatico (PTSD) in seguito ad un'esperienza di rapimento e stupro. Prima di questo evento traumatico, la donna era già vittima di violenza emotiva da parte del marito, il che ha contribuito a peggiorare la sua condizione psicologica (Williams & Poijula, 2002). Il PTSD manifestato dalla paziente si presentava con sintomi complessi come attacchi di panico, episodi di pianto incontrollato, tristezza profonda e un forte isolamento sociale (Chacòn, 2006; Kessler *et al.*, 1995). Il trattamento utilizzato aveva come obiettivi principali l'eliminazione degli attacchi di ansia e stress, nonché il rafforzamento dell'autostima e della resilienza della paziente; si è anche puntato a sviluppare un atteggiamento ottimista per migliorare il benessere generale della paziente (Zatzick *et al.*, 1997). Per valutare l'efficacia del trattamento, sono state utilizzate cinque scale psicosociali e valutazioni di tre stati emotivi specifici: benessere, ansia e tranquillità (Chacòn, 2006). La terapia è stata articolata in più fasi:

1. EMDR: questa tecnica è stata utilizzata nelle prime quattro sessioni per affrontare i sintomi più acuti del PTSD, come i flashback e le reazioni dissociative. L'EMDR ha aiutato la paziente a rielaborare l'esperienza traumatica in un contesto sicuro e controllato, riducendo progressivamente la carica emotiva associata al ricordo traumatico (Williams & Poijula, 2002).
2. Ipnosi clinica: durante le sessioni dalla seconda alla nona, è stata applicata l'ipnosi clinica per facilitare l'abreazione emotiva, ossia l'espressione e il rilascio di emozioni represses, e per rafforzare l'autostima. L'ipnosi ha permesso alla paziente di esplorare i suoi vissuti in un ambiente protetto, favorendo un progressivo recupero del controllo sulla propria vita (Chacòn, 2006).

I risultati del trattamento sono stati significativamente positivi. Gli attacchi di ansia e i livelli di stress sono diminuiti in modo evidente, mentre si sono registrati miglioramenti nel benessere generale della paziente, nella sua tranquillità, nel livello di ottimismo, autostima e resilienza (Kessler *et al.*, 1995). Questi cambiamenti hanno dimostrato l'efficacia dell'approccio combinato di ipnosi clinica ed EMDR nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress conseguente a eventi traumatici come il rapimento e lo stupro (Williams & Poijula, 2002). Si è notato quindi che la terapia non solo ha contribuito alla riduzione dei sintomi, ma ha anche migliorato significativamente la qualità della vita della paziente, favorendo il recupero del suo benessere psicologico ed emotivo (Zatzick *et al.*, 1997).

L'ipnosi e l'autoipnosi possono essere messe a confronto ed integrate anche con un'altra importante tecnica terapeutica: la mindfulness. La mindfulness conosciuta anche come meditazione di consapevolezza è una pratica antica concepita per allenare l'attenzione; questa tecnica deriva dalla meditazione Vipassana, sviluppata originariamente dal buddismo circa 2500 anni fa ed è, infatti, un elemento chiave della spiritualità buddhista. Negli ultimi anni, la mindfulness ha acquisito notevole popolarità grazie al lavoro di Jon Kabat-Zinn, che nel 1995 ha introdotto il protocollo MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*). Tale protocollo è stato pensato per adattare la mindfulness alla cultura occidentale, rendendola comprensibile e applicabile in un contesto laico (Kabat-Zinn, 1995). Spesso, la mindfulness viene paragonata all'ipnosi: sebbene ci siano alcuni punti in comune tra le due esperienze, esistono differenze significative. Queste differenze non indicano che una pratica sia superiore all'altra; piuttosto, suggeriscono la possibilità di una combinazione benefica ed efficace, volta a promuovere il benessere e la salute dell'individuo. Va sottolineato che l'ipnosi è stata paragonata alla meditazione (Lynn *et al.*, 2006) e che sono stati svolti dei tentativi di sintetizzazione di ipnosi e mindfulness in un unico processo (Yapko, 2011). Tuttavia, questa fusione potrebbe indurre la ricchezza intrinseca di ciascuna pratica, che può essere integrata e potenziata per migliorare il percorso terapeutico complessivo. Jon Kabat-Zinn e collaboratori (2003) definiscono la mindfulness come la consapevolezza che si manifesta quando si presta attenzione intenzionalmente al momento presente, senza giudicare l'esperienza che si dispiega attimo per attimo. Segal e colleghi (2014) la descrivono, invece, come uno stato mentale o una modalità dell'essere, priva di scopo, che si concentra sul permettere al presente di esistere così com'è, consentendoci di essere pienamente in esso. Maffei (2012) utilizza il termine mindfulness per descrivere un insieme di azioni che riflettono vari aspetti del funzionamento mentale, tutte riconducibili alle capacità di essere presenti nel momento. In sostanza, la mindfulness rappresenta un mondo nuovo, rispetto alle abitudini usuali di una persona, di entrare in contatto con l'intera gamma delle proprie esperienze, che siano positive o negative, e offre le risorse per ridurre la sofferenza e accrescere il benessere generale (Germer *et al.* 2005). Questo avviene modificando il modo in cui ci rapportiamo a dolore, sofferenza e malattia, senza alterare i contenuti del nostro pensiero. La mindfulness può avere due principali obiettivi: il primo è quello di praticarla quotidianamente per sviluppare una consapevolezza costante, trasformandola in uno stile di vita, come avviene nella tradizione buddhista. Il secondo obiettivo è apportare cambiamenti nel comportamento clinico e promuovere il benessere individuale quando la mindfulness viene applicata in ambito terapeutico, ad esempio per la regolazione delle emozioni, la gestione del dolore, della depressione oppure dell'ansia. Al contrario, l'ipnosi

ha esclusivamente un obiettivo terapeutico e non viene mai considerata uno stile di vita: anche quando viene praticata quotidianamente come autoipnosi, lo scopo rimane sempre curativo, ad esempio per il controllo del dolore. Sia l'ipnosi che la mindfulness, quando applicate in ambito clinico, possono essere applicate separatamente o integrate per amplificare gli effetti del trattamento. Un aspetto essenziale in entrambe le pratiche è l'attenzione. Tuttavia, quando si considera l'attenzione in relazione all'orientamento generale alla realtà, questa diventa un elemento distintivo tra le due pratiche; in ipnosi, l'attenzione diventa più selettiva e focalizzata, un segno distintivo della trance ipnotica (Shor, 1962). Nella mindfulness, invece, l'attenzione si espande e diventa inclusiva, abbracciando sia i fattori esterni sia quelli interni alla persona. Pertanto, mentre la mindfulness modifica lo stato di coscienza ampliando la consapevolezza della realtà presente, l'ipnosi altera lo stato di coscienza attraverso una condizione dissociativa, concentrandosi su un obiettivo specifico. Un punto di convergenza tra mindfulness e ipnosi è l'uso di immagini mentali durante la pratica: ad esempio, durante la meditazione, può essere chiesto ai partecipanti di osservare le immagini che emergono seguendo il respiro o di evocare eventi piacevoli o spiacevoli per lavorare sull'accettazione e sul non giudizio. Nell'ipnosi, invece, vengono utilizzate metafore (suggestione indiretta) o immagini guidate (suggestione diretta) per raggiungere specifici obiettivi terapeutici (Lankton & Lankton, 1989). La differenza sostanziale risiede nel modo in cui queste immagini vengono impiegate. Nella mindfulness, le immagini sono oggetto di un'osservazione non giudicante e di non attaccamento, rappresentando pensieri, emozioni o sensazioni reali della persona. Nell'ipnosi, invece, le immagini servono a immergere il paziente nel proprio inconscio permettendogli di scoprire risorse che possono favorire il progresso terapeutico. La mindfulness basa la sua efficacia sul paradigma dell'autoregolamentazione, utilizzando la pratica attiva per sviluppare e coltivare la consapevolezza delle abitudini mentali che promuovono il benessere (Bandura, 2005). D'altro canto, l'ipnosi si basa su un paradigma che elicitare fenomeni specifici durante la trance e li utilizza per indurre cambiamenti nel comportamento; questi cambiamenti, secondo Milton Erickson, possono riguardare la sfera cognitiva, affettiva, comportamentale, fisiologica ed interpersonale. Inoltre, l'ipnosi viene applicata in modi diversi a seconda dell'orientamento teorico del terapeuta, che ad esempio può essere psicodinamico, cognitivo-comportamentale, ecc.

I meccanismi di cambiamento alla base della mindfulness e dell'ipnosi differiscono, conferendo a ciascuna pratica una propria identità. Nella mindfulness, il decentramento avviene attraverso la consapevolezza, che consiste nella capacità di osservare i propri pensieri, emozioni e

sensazioni corporee come eventi transitori, che non richiedano necessariamente una risposta comportamentale immediata (Sauer & Baer, 2010). Questo avviene tramite un'osservazione consapevole e un allontanamento non forzato delle cognizioni disadattive. Inoltre, l'ipnosi si basa su concetti teorici come la dissociazione o la regressione, considerati tra i meccanismi primari del cambiamento; è importante notare che la dissociazione ipnotica è un processo inconscio (Hilgard, 1991), mentre il decentramento caratteristico della mindfulness avviene con una consapevolezza volontaria. Come ben sappiamo, l'ipnosi può essere praticata autonomamente (autoipnosi) o con l'assistenza di un ipnotizzatore (eteroipnosi), e lo stesso vale per la mindfulness. Fromm e Kahn (1990) ricordano che tutta l'ipnosi è in un certo senso autoipnosi, poiché l'esperienza generata non varia significativamente tra le due modalità. Pertanto, sia l'ipnosi auto-diretta che quella guidata sono efficaci, e lo stesso può dirsi per la pratica della mindfulness. A questo punto, possiamo dire che sia l'ipnosi che la mindfulness possono essere utilizzate come potenti strumenti terapeutici, ciascuno con le proprie aree di efficacia. La mindfulness, oltre ad essere uno stile di vita, è particolarmente utile nel trattamento di vari disturbi, come il dolore cronico, la depressione, l'ansia e il disturbo borderline di personalità (Flammer & Bongartz, 2003). Considerando queste informazioni, è possibile parlare di un'integrazione tra l'ipnosi e due strategie provenienti dalla meditazione di consapevolezza per potenziare l'efficacia terapeutica. La prima strategia è l'uso della consapevolezza guidata per regolare le emozioni, mentre la seconda è l'applicazione del decentramento per influenzare la cognizione. Un elemento comune sia alla mindfulness che all'ipnosi è l'uso delle immagini mentali. Le immagini che emergono durante la meditazione e le metafore impiegate nell'ipnosi presentano notevoli somiglianze. Durante una sessione di mindfulness, quando si guida una persona a concentrarsi sul respiro, la consapevolezza viene utilizzata come ancoraggio al presente, aiutando nella gestione di emozioni e pensieri; nelle sessioni, può capitare che la persona si distraiga dal respiro e comincino a emergere immagini mentali. Se queste immagini vengono descritte dal paziente, possono essere sfruttate per indurre uno stato di trance e lavorare sui contenuti psicologici della persona. Il decentramento, un processo consapevole in cui si osservano gli stati interni senza coinvolgimento emotivo, si differenzia dalla dissociazione ipnotica, che avviene invece nello stato di trance. Nonostante le differenze, ci sono somiglianze tra questi due processi: entrambi permettono di osservare e descrivere dolore, ansia, paura o ricordi in maniera neutrale, evitando così la ruminazione mentale. In sostanza, si potrebbe considerare la dissociazione ipnotica come una forma di decentramento in stato di trance, permettendo al terapeuta di integrare questi due approcci nel lavoro terapeutico. Ad esempio, se una persona riesce a osservare e monitorare attivamente i propri pensieri ed emozioni tramite

la consapevolezza, può essere incoraggiata a continuare grazie all'ancoraggio del respiro; se questo non avvenisse, la persona potrebbe passare all'esplorazione delle immagini mentali tramite l'ipnosi. Quindi, i due approcci potrebbero essere alternati, iniziando con la mindfulness, poi con l'ipnosi, per poi ritornare alla mindfulness, e così via. In questo modo, si genera una distanza di sicurezza che permette alla persona di distaccarsi dai pensieri e dalle emozioni problematiche, utilizzando l'osservazione consapevole (decentramento) o l'assorbimento nelle immagini (dissociazione) (Otani, 2016). In conclusione, possiamo dire che mindfulness e ipnosi sono approcci distinti con basi teoriche proprie, ma è possibile che condividano alcuni domini comuni. Nonostante ci sia ancora molto da scoprire, specialmente riguardo alle sfaccettature neurologiche di entrambi gli approcci, essi possono essere integrati per migliorare l'efficacia terapeutica complessiva.

Il profilo di sicurezza dell'autoipnosi è ancora poco studiato, poiché molti studi clinici tendono a trascurare la documentazione di eventi avversi o effetti collaterali associati alla pratica ipnotica. Tuttavia, come abbiamo sottolineato in questo capitolo, l'esperienza clinica suggerisce che l'autoipnosi è generalmente considerata una pratica molto sicura, con pochi effetti collaterali significativi. La maggior parte della ricerca clinica e sperimentale non riporta eventi avversi associati all'autoipnosi: alcuni studi, come quello di Kohen e Zajac (2007) confermano che l'autoipnosi è una procedura sicura e priva di effetti collaterali. Esiste solo uno studio pubblicato (Smith & Kamitsuka, 1984) che segnala effetti collaterali sotto forma di deterioramento del sistema nervoso centrale in un adolescente affetto da leucemia, ma tale deterioramento è stato successivamente attribuito alla tossicità del farmaco vincristina, non all'autoipnosi. Una forma particolare di autoipnosi spontanea, conosciuta come "autoipnosi negativa"¹² e descritta da Araoz (1981), potrebbe rappresentare una forma di autosuggestione patologica e potenzialmente dare luogo a problemi psicopatologici in individui particolarmente vulnerabili. Nonostante la scarsa documentazione di eventi avversi associati all'autoipnosi, è importante che la pratica clinica non ignori la possibilità di effetti collaterali transitori, leggeri o moderati, che dovrebbero essere prontamente identificati e gestiti. Anche se esistono molti più studi sull'ipnosi etero-indotta rispetto a quelli sull'autoipnosi, quest'ultima ha dimostrato la sua efficacia in molte applicazioni cliniche e non cliniche, come nel campo dello sport (Unesthal, 2018).

¹² Per autoipnosi negativa si intende un processo in cui il paziente utilizza l'autoipnosi per rafforzare stati emotivi negativi e pensieri distruttivi.

3.3 Prospettive future nella ricerca sull'autoipnosi

La focalizzazione sul ruolo del "sé" all'interno dell'ipnoterapia rappresenta una potenziale opportunità per modificare la percezione comune secondo cui l'ipnosi comporta necessariamente la cessione del controllo ad un'altra persona. Questa visione, infatti, potrebbe aver rappresentato un ostacolo significativo all'adozione dell'ipnosi in ambito clinico, nonostante le numerose evidenze che ne dimostrano efficacia. L'autoipnosi offre ulteriori benefici, in particolare per quanto riguarda l'autoefficacia e la percezione della suggestionabilità come abilità che può essere sviluppata; inoltre, l'autoipnosi riporta una riduzione dei costi associati al trattamento, il che costituisce un forte incentivo per il suo continuo utilizzo e per ulteriori studi in merito. Partendo da queste considerazioni, si raccomanda che, nelle future applicazioni cliniche e nei contesti di ipnoterapia, i pazienti vengano incoraggiati a regolare autonomamente la propria esperienza ipnotica, senza l'intervento diretto di un ipnoterapeuta, dopo aver ricevuto la necessaria formazione iniziale da uno specialista, sia attraverso sessioni in presenza che tramite registrazioni audio. In questo modo, l'ipnosi potrebbe diventare un'esperienza totalmente autodiretta e autoindotta, priva della necessità di indicazioni verbali esterne. Questo approccio consente al paziente di utilizzare le proprie risorse cognitive e immaginative per comunicare con se stesso, promuovendo un atteggiamento positivo e finalizzato al raggiungimento di obiettivi, con tutti i benefici che derivano dall'incremento dell'autoefficacia percepita.

L'obiettivo principale di questo lavoro è stato quello di mettere in luce l'importanza del sé nell'ipnosi e nell'ipnoterapia, selezionando studi e teorie che contribuissero a tale scopo. La revisione non pretendeva di essere esaustiva né di seguire criteri di inclusione espliciti; tuttavia, l'argomentazione presentata è supportata dalle ricerche più recenti nel campo dell'ipnosi e potrebbe costituire una base per futuri studi e applicazioni terapeutiche. Gran parte delle prove e delle teorie disponibili suggeriscono che l'autoipnosi e l'eteroipnosi rappresentino lo stesso fenomeno, ed è stato sostenuto che sia vantaggioso mettere in evidenza il ruolo del sé in entrambe le pratiche. Tuttavia, è necessario condurre ulteriori studi che confrontino direttamente l'autoipnosi con l'eteroipnosi. Inoltre, molte delle ricerche citate presentano campioni di dimensioni ridotte, il che rende i risultati meno affidabili e meno conclusivi per quanto riguarda gli effetti e i confronti tra le due pratiche (Orne & McConkey, 1979). Poiché l'autoipnosi, per definizione, richiede un maggiore coinvolgimento individuale, si raccomanda che le future ricerche esaminino i cambiamenti nel senso di azioni successive all'autoipnosi, sia in termini di risposta alle autosuggestioni che rispetto a quelle ricevute durante l'eteroipnosi

praticata dopo l'autoipnosi. La possibile diminuzione della percezione di involontarietà nell'autoipnosi, senza un corrispondente calo dell'efficacia, rappresenta una sfida per quelle teorie ipnotiche che considerano l'involontarietà come un'esperienza fondamentale (Bowers, Laurence & Hart, 1998). Anche se le differenze fenomenologiche riportate negli studi che confrontano direttamente autoipnosi (Bowers *et al.*, 1998) potrebbero essere attribuite al design sperimentale (Johnson, 1997), questo suggerisce comunque l'opportunità di future ricerche sulle differenze fenomenologiche tra i due metodi. Inoltre, è essenziale approfondire gli effetti dell'autoipnosi rispetto all'eteroipnosi sull'autoefficacia percepita. Tradizionalmente, i tentativi di valutare l'autoipnotizzabilità si sono basati su versioni adattate di scale usate per l'eteroipnosi (Barnier, Terhune, Polito & Woody, 2016), suggerendo una correlazione stretta fra le due. Tuttavia, Barnier *et al.* (2016) hanno proposto che l'ipnotizzabilità non sia un costrutto unitario, come generalmente si suppone, ma piuttosto una serie di sottocompetenze che si manifestano in contesti specifici. Questo solleva domande su come misurare adeguatamente l'autoipnotizzabilità, dato che l'autoipnosi richiede un maggior grado di volontarietà e responsabilità individuale, e forse un diverso insieme di abilità secondarie. Orne e McConkey (1997) hanno sottolineato che le aspettative e le esperienze reali dell'autoipnosi sono cruciali per valutare la volontà di impegnarsi e la capacità di intraprendere e sperimentare l'ipnosi, più di quanto avvenga nell'eteroipnosi, dove maggiori responsabilità ricadono sull'ipnotizzatore. Risultati ottenuti con i metodi esistenti di valutazione dell'ipnotizzabilità potrebbero essere influenzati più dalle procedure che dalla reale natura del fenomeno, una critica sollevata anche da recenti studi (Johnson, 1997). Le differenze fenomenologiche tra autoipnosi ed eteroipnosi potrebbero indicare la necessità di un approccio differente per valutare l'autoipnotizzabilità; si pensa quindi sia necessario condurre ulteriori ricerche per esplorare queste possibilità. Si suggerisce che la ricerca futura esamini l'effetto aggiuntivo che la formazione nell'autoipnosi potrebbe avere in contesti in cui l'eteroipnosi ha già dimostrato efficacia. Ad esempio, l'integrazione dell'autoipnosi potrebbe ridurre ulteriormente l'interferenza di Stroop in seguito a un suggerimento di cecità verbale (Parris & Dienes, 2013). Attualmente, la ricerca sull'ipnosi si concentra su cosa si possa ottenere con l'ipnosi e la suggestione, senza considerare la variabilità della risposta alla suggestione. Insegnare l'autoipnosi come abilità potrebbe rivelare i limiti effettivi dell'efficacia dell'ipnosi, rispetto ai limiti presunti dopo una singola seduta. Orne e McConkey (1997) hanno ipotizzato che la motivazione e la preparazione al cambiamento siano cruciali per l'efficacia dei suggerimenti autoindotti nell'autoipnosi. Finora, questa ipotesi non è stata sufficientemente indagata. Si raccomanda che la ricerca futura esplori l'influenza delle aspettative e della motivazione dei partecipanti e come l'addestramento

all'autoipnosi possa influire su queste variabili e sulle risposte ai suggerimenti autodiretti. Poiché l'ultima definizione di ipnosi dell'APA non menziona specificatamente l'autoipnosi, potrebbe essere giunto il momento per i ricercatori di esplorare questa pratica per riconsiderare le definizioni esistenti, interagendovi l'autoipnosi, sia come entità separata sia come componente dell'eteroipnosi. Se le evidenze suggeriscono che l'autoipnosi implica un diverso senso di azione, con un maggiore grado di volizione, allora sarà necessario tenerne conto nelle definizioni. Le attuali ricerche suggeriscono che l'autoipnosi sia clinicamente efficace quanto l'eteroipnosi, ma con potenziali differenze fenomenologiche, il che richiede una definizione che consideri questi aspetti. Infine, sarebbe necessaria un'ulteriore indagine sull'efficacia dell'autoipnosi rispetto a tecniche simili, come la meditazione consapevole. Considerando che potrebbero produrre risultati simili (Benson *et al.*, 2003) attraverso meccanismi diversi (Dienes *et al.*, 2016), popolazioni differenti potrebbero beneficiare in modo diverso da queste tecniche. In generale, promuovere ed evidenziare il ruolo del sé nell'ipnosi e nell'ipnoterapia potrebbe avere benefici significativi.

L'ipnosi, che, come abbiamo visto, è una pratica antica che ha attraversato secoli di controversie e scetticismo, sta vivendo una rinascita grazie ad una crescente mole di ricerche che ne supportano l'efficacia clinica; nonostante ciò, l'accettazione diffusa di questa tecnica è ancora ostacolata da incomprensioni teoriche e pregiudizi. È quindi fondamentale offrire una visione aggiornata e integrata dell'ipnosi, che ne faciliti l'adozione nei contesti clinici. Geagea *et al.* (2024) ha discusso di vari approcci teorici all'ipnosi e ha proposto l'adozione di un modello integrativo per migliorare la comprensione e l'uso clinico dell'ipnosi; egli ha sottolineato l'importanza di un modello che unisca diversi concetti teorici per risolvere le controversie esistenti e aumentare l'efficacia dell'ipnosi in ambito clinico. Per favorire una maggiore adozione dell'ipnosi e dell'autoipnosi nelle pratiche mediche, sarebbe fondamentale fornire ai professionisti della salute informazioni basate su prove scientifiche e chiarire i fraintendimenti comuni; questo approccio potrebbe portare ad un cambiamento positivo nell'atteggiamento dei medici e dei pazienti verso l'ipnosi, aumentando la sua accettazione e uso nelle terapie (Lynn *et al.*, 2015; Mende-Siedlecki *et al.*, 2013). Un altro aspetto chiave da prendere in considerazione è lo sviluppo di un modello teorico integrato che combini elementi delle teorie socio-cognitive e statali dell'ipnosi. Questa integrazione permetterebbe di considerare tanto i fattori sociali e contestuali quanto quelli individuali e psicobiologici, fornendo una comprensione più completa e sfumata del fenomeno ipnotico e delle sue applicazioni terapeutiche (Barnier & Nash, 2008; Woody & Sadler, 2008). Inoltre, è stato previsto che, con

una migliore comprensione dell'ipnosi e delle sue capacità, le applicazioni terapeutiche di questa tecnica potrebbero espandersi notevolmente: l'ipnosi potrebbe essere utilizzata non solo per trattare condizioni psicologiche, ma anche per affrontare problemi fisici, come la gestione del dolore e la riduzione dello stress, senza richiedere strumenti complessi (Montgomery *et al.*, 2010; Jensen *et al.*, 2017). Un'altra prospettiva futura importante riguarda l'educazione e la formazione dei professionisti della salute sull'ipnosi e l'autoipnosi: un miglioramento nella formazione professionale potrebbe ridurre le idee sbagliate e le false credenze sull'ipnosi, favorendo una maggiore apertura e utilizzo da parte dei medici. La formazione mirata potrebbe aumentare la fiducia dei professionisti nella tecnica e promuoverne un uso più diffuso e appropriato (Heap, 2012; Raz & Lifshitz, 2016). Infine, un altro aspetto importante da considerare è la necessità di approfondire la ricerca sulla suggestionabilità e sulle risposte individuali all'ipnosi. Una comprensione più dettagliata di come e perché le persone rispondono in modo diverso all'ipnosi potrebbe permettere di sviluppare interventi più personalizzati e, quindi, più efficaci dal punto di vista terapeutico (Hilgard, 1973; Kirsch *et al.*, 1995). In sintesi, Geagea *et al.* (2024) suggeriscono che il futuro dell'ipnosi in ambito clinico potrebbe essere molto promettente, grazie ad un approccio integrato che consideri diversi aspetti teorici, ad una formazione professionale migliorata e ad un'espansione delle applicazioni terapeutiche che sfruttino appieno le potenzialità dell'ipnosi, fornendo un'alternativa o un complemento prezioso alle terapie tradizionali.

Le evidenze attuali sottolineano chiaramente l'efficacia dell'ipnosi e dell'autoipnosi come strumento terapeutico in diversi contesti clinici. Tuttavia, per sfruttare al meglio il suo potenziale, è necessario che le ricerche future si focalizzino su alcune aree chiave: in primo luogo, è fondamentale identificare i moderatori e i mediatori che influenzano l'efficacia dell'ipnosi. Ciò include lo studio delle caratteristiche individuali dei pazienti, come la loro suggestibilità ipnotica, l'età, il sesso e la presenza di condizioni mediche concomitanti, che potrebbero influenzare la risposta dell'ipnosi (Rosendhal *et al.*, 2024). In secondo luogo, ulteriori ricerche dovrebbero concentrarsi sul confronto diretto tra l'ipnosi e altri interventi terapeutici consolidati; ad esempio, la comparazione tra l'ipnosi e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) potrebbe fornire indicazioni utili su quando e per quali condizioni l'ipnosi potrebbe essere considerata la terapia di prima linea o un efficace complemento a trattamenti esistenti (Montgomery *et al.*, 2002). Un altro aspetto cruciale è l'approfondimento dell'uso dell'ipnosi e dell'autoipnosi in popolazioni specifiche, come i bambini e gli adolescenti. Mentre alcune ricerche hanno già dimostrato i benefici di queste tecniche

terapeutiche nelle fasce di età citate, c'è ancora una necessità di comprendere meglio come variabili come lo sviluppo cognitivo ed emotivo dei bambini influenzano la loro risposta all'ipnosi (Cohen et al., 2004). Inoltre, bisogna considerare le modalità più efficaci di integrazione dell'ipnosi nei programmi di trattamento standardizzati per le malattie pediatriche, al fine di massimizzare i benefici terapeutici. Infine, sarebbe importante ed opportuno condurre studi longitudinali che esaminino l'efficacia a lungo termine dell'ipnosi e dell'autoipnosi; molti degli studi esistenti si concentrano sugli effetti immediati e a breve termine, ma comprendere la durata degli effetti benefici delle tecniche e le loro potenziali capacità di prevenire le ricadute o di mantenere i risultati terapeutici nel tempo è un obiettivo di ricerca ancora poco esplorato. Queste linee di ricerca non solo contribuiranno ad una migliore comprensione dell'ipnosi e dell'autoipnosi come trattamento, ma potranno anche guidare lo sviluppo di protocolli clinici più mirati e personalizzati, migliorando così l'efficacia globale dell'intervento ipnotico in medicina e non solo.

CONCLUSIONI

Nel corso di questa tesi, abbiamo esplorato a fondo l'autoipnosi, una pratica che continua ad essere spesso sottovalutata e fraintesa nonostante la sua evoluzione storica e le sue applicazioni pratiche. Attraverso un elaborato articolato in tre capitoli, ho voluto tracciare un quadro completo partendo dalle origini, per poi passare alle tecniche fino alle applicazioni terapeutiche dell'autoipnosi, cercando di evidenziare i benefici, ma anche le sfide e le difficoltà che comporta.

Nel primo capitolo ho voluto concentrarmi sulla base storica, mostrando come l'ipnosi si sia evoluta da una pratica considerata quasi mistica ad una disciplina che viene ormai riconosciuta scientificamente; questo cambiamento nella percezione di questa tecnica è cruciale per comprendere l'utilizzo attuale dell'autoipnosi, che si distanzia dagli immaginari collettivi distorti per affermarsi come uno strumento terapeutico valido e supportato da evidenze scientifiche. Con il secondo capitolo ho voluto analizzare le tecniche fondamentali dell'autoipnosi, sottolineando quanto sia importante un'applicazione corretta per avere dei risultati efficaci. Nonostante alcune tecniche a primo impatto possano sembrare semplici, in realtà l'autoipnosi richiede una disciplina mentale ed una consapevolezza del processo che non sono immediatamente accessibili a tutti; con questo capitolo, infatti, ho voluto chiarire come l'autoipnosi non sia una pratica da prendere alla leggera, ma piuttosto una tecnica che richiede un apprendimento ed un'applicazione rigorosi per essere veramente efficace. Infine, nel terzo capitolo ho voluto approfondire le applicazioni terapeutiche dell'autoipnosi, mettendo in evidenza come essa possa essere utilizzata in vari contesti per migliorare il benessere psicofisico. I benefici che sono stati documentati dalla ricerca scientifica e che ho riportato in questo capitolo sono molteplici: dall'alleviamento del dolore alla gestione dello stress, dalla promozione del sonno al miglioramento delle performance personali. Tuttavia, è emerso chiaramente che l'autoipnosi non è una soluzione adatta per tutti; infatti, abbiamo visto che la sua efficacia può variare a seconda dell'individuo e delle circostanze, il che richiede un approccio terapeutico personalizzato.

Un aspetto che merita particolare attenzione è, secondo me, l'accessibilità dell'autoipnosi. In un'epoca in cui il benessere psicofisico è sempre più un aspetto centrale per le persone, l'autoipnosi rappresenta una risorsa preziosa per chiunque desideri migliorare la propria qualità della vita; tuttavia, con il fatto che questa pratica sia facilmente accessibile, è possibile che si arrivi ad un uso inappropriato o inefficace della tecnica stessa. È fondamentale, quindi, che

chiunque voglia avvicinarsi all'autoipnosi sia informato in modo adeguato e guidato da professionisti qualificati.

Ritengo che l'autoipnosi abbia un potenziale ancora in gran parte inesplorato, soprattutto per quanto riguarda il suo utilizzo in termini di prevenzione piuttosto che terapeutici. Molti dei benefici dell'autoipnosi, come la riduzione dello stress o il miglioramento della concentrazione, potrebbero essere integrati nella vita quotidiana delle persone, non solo per rispondere ad un problema specifico, ma come parte di una routine giornaliera per un benessere generale, in modo da contribuire a ridurre l'incidenza di disturbi psicologici e fisici legati allo stress, migliorando complessivamente la qualità della vita. Oltre a questo, l'autoipnosi può essere considerata un mezzo molto efficace per migliorare la fiducia e la consapevolezza di sé stessi: con la pratica costante, le persone hanno l'opportunità di esplorare i propri pensieri e le proprie emozioni in modo più approfondito, così da sviluppare un equilibrio interiore che sia più stabile e duraturo. L'autoipnosi, lavorando direttamente sul subconscio, rafforza la convinzione di avere il controllo della propria vita e di poter raggiungere tutti gli obiettivi prefissati; infatti, questa sensazione di fiducia e sicurezza nei confronti di noi stessi, ci permette di affrontare le sfide quotidiane con più sicurezza e determinazione. Oltre ai benefici psicologici, l'autoipnosi offre anche vantaggi per la salute fisica, in quanto potrebbe contribuire, ad esempio, nella riduzione della dipendenza dai farmaci; per la gestione dello stress, dell'ansia o del dolore molte persone utilizzano medicinali e, l'autoipnosi, potrebbe rappresentare un'alternativa naturale e priva di effetti collaterali. Se venisse proposta come una tecnica complementare e, in alcuni casi, sostitutiva, si potrebbe promuovere un approccio molto più naturale per gestire la propria salute, riducendo o eliminando completamente i farmaci. Un altro aspetto interessante è la collaborazione che l'autoipnosi può avere con altre pratiche, come lo yoga, la meditazione e la mindfulness, come abbiamo già accennato in precedenza: queste discipline hanno l'obiettivo, come l'autoipnosi, di promuovere il benessere personale attraverso la connessione mente-corpo. L'integrazione tra queste tecniche rende l'autoipnosi non una tecnica isolata, ma parte integrante di diverse metodologie utilizzabili per un percorso di crescita personale.

Guardando al futuro, le prospettive di sviluppo dell'autoipnosi sono numerose e promettenti; infatti, la crescente attenzione da parte della comunità scientifica nei confronti di queste tecniche suggerisce che l'autoipnosi potrebbe entrare a far parte dei programmi di salute mentale e di benessere personale. Un aspetto particolarmente interessante per le ricerche future potrebbe essere l'integrazione dell'autoipnosi con le tecnologie emergenti, come ad esempio la realtà virtuale o le applicazioni dei dispositivi mobili; questi strumenti potrebbero facilitare

l'apprendimento dell'autoipnosi e renderla ancora più accessibile ad un vasto pubblico. Così facendo, la tecnologia potrebbe offrire strumenti innovativi per migliorare l'esperienza di autoinduzione, consentendo alle persone di avere un controllo maggiore sulla profondità della trance e sugli obiettivi che si vogliono raggiungere. A parer mio, immaginare un futuro in cui i dispositivi digitali possano rendere più semplice entrare in uno stato di trance profondo potrebbe dare vita a nuove possibilità terapeutiche, rendendo questa pratica una risorsa sempre più ricercata e diffusa. Infine, ritengo che sia necessario far sì che si arrivi ad avere una maggiore consapevolezza pubblica riguardo all'autoipnosi: in una società in cui lo stress e l'ansia aumentano sempre di più, la mancanza di conoscenza o i pregiudizi legati all'ipnosi impediscono alle persone di considerare questa pratica come una risorsa utile ed uno strumento prezioso per migliorare la qualità della vita di intere comunità. Ad esempio, campagne informative e programmi educativi potrebbero contribuire alla diffusione e alla comprensione di questa tecnica, in modo da riuscire a creare una società più centrata sul proprio benessere e sul proprio sviluppo personale.

In conclusione, l'autoipnosi rappresenta una pratica affascinante e versatile e possiede grandi potenzialità per il miglioramento del benessere psicofisico; tuttavia, come qualsiasi tecnica, richiede un pubblico informato e consapevole per essere veramente efficace. La strada da percorrere per l'autoipnosi è ancora lunga ma, a parer mio, con il giusto impegno nella ricerca e nell'educazione, essa può diventare uno strumento importante per la gestione della salute mentale e del benessere personale. Con la stesura di questa tesi ho cercato di offrire un piccolo contributo per comprendere la tecnica dell'autoipnosi e mi auguro che possa stimolare ulteriori ricerche e riflessioni su un tema interessante ed affascinante che ha ancora molto da offrire.

BIBLIOGRAFIA

Abirami, S., Monisha, A., Subramanian G. (2023). The impact of self-hypnosis and instrumental music therapy on lower blood pressure in hypertension patients. *International Journal of Advance Research in Nursing*, 6(2), 153-158.

Alapin, I., Fichten, C. S., Libman, E., Creti, L., Bailes, S., & Wright, J. (2000). How is good and poor sleep in older adults and college students related to daytime sleepiness, fatigue, and ability to concentrate? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 381–390.

Araoz D.L. (1981). Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 12, 45–52.

Bandler, R., Grinder, J. (1981). *Ipnosi e trasformazione*. Roma: Astrolabio Ubaldini Editore.

Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84(2),191–215.

Bandura, A. (2005), The primacy of self-regulation in health promotion, *Applied Psychology*, 54, 245–254.

Barber, T. X. (1978). Hypnosis, Suggestions and Psychosomatic Phenomena: A New Look from the Standpoint of Recent Experimental Studies. *American Society of Clinical Hypnosis*, 21(1), 13-27.

Barnier, A.J., Dienes, Z., Mitchell, C.J. (2008) How hypnosis happens: new cognitive theories of hypnotic responding, in: M.R. Nash, A.J. Barnier (Eds.), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice*. Oxford Academic, New York, NY, US, 141–178,

Barnier, A.J., Nash A.R. (2008), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice*. Oxford Academic.

Barnier, A.J., Terhune, D.B., Polito, V., Woody, E. (2020). A componential approach to individual differences in hypnotizability. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 9(2), 130-140.

Barolin G.S. (1968). Hirnelektrische Korrelate in hypnoiden zustanden. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 36.

- Becker, S. P., Jarrett, M. A., Luebke, A. M., Garner, A. A., Burns, G. L., & Kofler, M. J. (2018). Sleep in a large, multi-university sample of college students: Sleep problem prevalence, sex differences, and mental health correlates. *Sleep Health*, 4(2), 174–181.
- Benson, H., Frankel, F.H., Apfel, R., Daniels, M.D., Schniewind, H.E., Nemiah, J.C., Rosner, B. (1978). Treatment of anxiety - comparison of the usefulness of self-hypnosis and a meditational relaxation technique – overview. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 30 (3–4), 229–242.
- Bernheim, H. (1903). *Hypnotisme, suggestion, psychotherapie*. Parigi, Doin.
- Bibby, H., McConkey, K. M., Lim, D. (2001). Indexing the relationship between self-hypnosis and hetero-hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 18(1), 38-48.
- Bicego, A., Delmal, P., Ledoux, D., Faymonville, M.E., De Noordhout, B.M., Cerasoli, A, *et al.* (2022). Self-Hypnosis for Phantom Limb Pain: A Multiple-Case Study. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 7(3), doi:[10.21926/obm.icm.2203040](https://doi.org/10.21926/obm.icm.2203040).
- Bicego, A., Rousseaux, F., Faymonville, M.E., Nyssen, A.S., Vanhaudenhuyse, A. (2022). Neurophysiology of hypnosis in chronic pain: A review of recent literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 64, 62-80.
- Braid, J. (1843). *Neurypnology*. London: Kessinger Publishing.
- Casiglia, E. (2015). *Trattato di Ipnosi*, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.
- Chacón, J. (2006). Trastorno Por Estres Posttraumatico. Concepto, Evidencias Y Pseudoevidencias De Evaluacion Y Tratamiento En El Siglo XXI. 7° Congreso Internacional De Psiquiatria Intersiquis.
- Chertok, L., de Saussure, R. (1975). *Freud prima di Freud*. Bari: Laterza.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Couè, E. (1924). *Il dominio di sé stessi o l'autosuggestione cosciente*. Milano, Bocca.
- Dalamagka, M., Kimoglou, D. (2018). Self-Hypnosis and Pain. *Research & Investigations in Sports Medicine*, 4(1), 274-275.
- De Benedittis, G. (2022). Self-Hypnosis: In Search of the Inner Resource. *IPNOSI*, 5-20.
- Di Peri, J. J. (2014). *Hypnosis: What it is, how and why it works*. Bloomington: Xlibris.

- Dienes, Z., Lush, P., Semmens-Wheeler, R., Parkinson, J., Scott, R., Naish, P. (2016). Hypnosis as self-deception; Meditation as self- insight. In A. Raz & M. Lifshitz (Eds.), *Hypnosis and Meditation: Toward an integrative science of conscious planes* (pp. 107–128). Oxford: Oxford University Press.
- Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Williamson, M. (2015). Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 122 (9),1226–1234.
- Eason, A. D., Parris, B.A. (2024). The importance of highlighting the role of the self in hypnotherapy and hypnosis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 54, 101810. DOI: [10.1016/j.ctcp.2023.101810](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101810)
- Emerson, R. W. (2011). *Self-Reliance*. Stati Uniti, The Domino Project.
- Erickson, M. H. (1964). Primi esperimenti di indagine sulla natura dell'ipnosi, in *Opere*, Vol. 1. Astrolabio, Roma.
- Erickson, M. H. (1986), *La comunicazione mente-corpo in ipnosi. Seminari, dimostrazioni, conferenze*: Vol. 3, a cura di Ernest L. Rossi e Margaret O. Ryan, Astrolabio, Roma 1988.
- Erickson, M. H., Rossi, E. (1979). *Ipnoterapia*. Roma, Astrolabio.
- Erickson, M. H., Rossi, E., Rossi, S. (1976), *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M. H., Tossi, E. L., Rossi, S. I. (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*. Roma: Astrolabio - Ubaldini Editore.
- Erikson, M.H. (1982). *Opere vol. 1 – La natura dell'ipnosi e della suggestione*. Roma: Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Fernandez I. (2016) L'approccio EMDR in Psicoterapia. EMDR Basic Training Course. Livello1, CRSP Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia, Milano.
- Flammer, E., Bongartz, W. (2003), On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179–197.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Bollati Boringheri.

- Fromm, E., Brown, D.P., Hurt, S.W., Oberlander, J.Z., Boxer, A.M., Pfeifer, G. (1981). The phenomena and characteristics of self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 189–246
- Fromm, E., Kahn, S. (1990). *Self-hypnosis: The Chicago paradigm*. NY: Guilford Press
- Gattuso, P. & Pero, C. Relazione sulla “Analgesia e terapia medica del dolore”, 15° Congresso di Neurologia.
- Gaultney, J. F. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students: Impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91–97.
- Geagea, D., Ogez, D., Kimble, R., Tyack, Z. (2023). Demystifying hypnosis: unravelling facts, exploring the historical roots of myths, and discerning what is hypnosis, *Complementary therapies in clinical practice*, 52: 101776. DOI: [10.1016/j.ctcp.2023.101776](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101776)
- Geagea, D., Ogez, D., Kimble, R., Tyack, Z. (2023). Redefining hypnosis: A narrative review of theories to move towards an integrative model. *Complementary therapies in clinical practice*, 54: 101826. DOI: [10.1016/j.ctcp.2023.101826](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101826)
- Germer, C., Siegel, R., Fulton, P. (2005), *Mindfulness and psychotherapy*, New York: Guilford Press.
- Godino, A., Toscano, A. (2007). *Ipnosi: storia e tecniche*. Milano: Franco Angeli.
- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. Torino: UTET.
- Gruzelier, J., Levy, J., Williams, J., Henderson, D. (2001). Self-hypnosis and exam stress: comparing immune and relaxation-related imagery for influences on immunity, health and mood. *Contemporary Hypnosis*, 18(2): 73-86.
- Harmon T. M., Hynan M. T. & Tyre T. E. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 525-530.
- Hewitt, W.W. (1997). *Self-Hypnosis for a better life*. Woodbury, Minnesota: Llewellyn Publications.
- Hilgard, E. R. (1991), A neodissociation interpretation of hypnosis, In Lynn, S.J., Rhue, J.W. (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*, 83–104. New York, NY: Guilford.
- Hilgard, E.R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis, *Psychology Review*, 80(5), 396–411.

- Hilgard, E.R. (1973). The domain of hypnosis: with some comments on alternative paradigms, *American Psychologist*, 28(11), 972–98.
- Jensen, M.P., Barber, J., Romano, J.M., Molton, I.R., Raichle, K.A., Osborne, T.L., Patterson, D.R. (2009). A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 198–221.
- Jensen, M.P., Jamieson, G.A., Lutz, A., Mazzoni, G., McGeown, W.J., Santarcangelo, E.L., *et al.* (2017). New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis, *Neuroscience of Consciousness*, 2017(1), nix004. <https://doi.org/10.1093/nc/nix004>
- Johnson, L.S. (1979). Self-hypnosis: behavioral and phenomenological comparisons with heterohypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 240–264.
- Johnson, L.S. (1981). Current research in self-hypnotic phenomenology: the Chicago paradigm. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29 (3), 247–258, <https://doi.org/10.1080/00207148108409159>.
- Johnson, L.S., Weight, D.G. (1976). Self-hypnosis versus hetero-hypnosis – experiential and behavioral comparisons, *Journal of Abnormal Psychology*, 85(5), 523–526.
- Kabat-Zinn, J. (1995), *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, New York, NY: Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J., Davidson, R.J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F. *et al.* (2003), Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation, *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kirsch, I., Montgomery, G. Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214–220.
- Kohen D. P., Zajac R. (2007). Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 150(6), 635-639.
- Landry, M. Lifshitz, M., Raz, A. (2017). Brain correlates of hypnosis: a systematic review and meta-analytic exploration, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 81, 75–98.

- Lang, E.V., Benotsch, E.G, Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Spiegel, D. (2000) Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet*, 355(9214) 1486–1490.
- Lankton, S. R., Lankton, C. H. (1989), *Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy*, New York, NY: Brunner/Mazel.
- Lynn, J. S., Das, L. S., Halloquist, M. N., Williams, J. C. (2006). Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 143–166.
- Lynn, S.J., Laurence, J.R., Kirsch, I. (2015). Hypnosis, suggestion, and suggestibility: an integrative model, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 314–329.
- Maffei, C. (2012), La Mindfulness. Dalla tradizione alla ricerca empirica, In Baer, R.A. (A cura di), *Come funziona la mindfulness* (pp. 8-12), Milano: Raffaele Cortina.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H., Bovbjerg, D.H. (2002) The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesthesia and analgesia*, 94(6), 1639-1645.
- Montgomery, G.H., Hallquist, M.N., Schnur, J.B., David, D., Silverstein, J.H., Bovbjerg, D.H. (2010). Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 80-88.
- Montgomery, G.H., Schnur, J.B., David, D. (2011) The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 294–309.
- Naito, A., Laidlaw, T.M., Henderson, D.C., Farahani, L., Dwivedi, P., Gruzelier, J.H. (2003). The impact of self-hypnosis and Johrei on lymphocyte subpopulations at exam time: a controlled study. *Brain Research Bulletin*, 62(3), 241–253.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1991). *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnosi senza trance*. Milano, ponte delle Grazie.
- O'Neill, L.M., Barnier, A.J., McConkey, K. (1999). Treating anxiety with self-hypnosis and relaxation. *Contemporary Hypnosis*, 16(2), 68–80.
- Olness, K. (1975). The use of self-hypnosis in the treatment of childhood nocturnal Enuresis. *Clinical Pediatrics*, 14(3), 273–279.

- Orne, M. (1964). A Note on the Occurrences of Hypnosis Without Conscious Content. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12(2), 75-77.
- Orne, M.T., McConkey, K.M. (1981). Toward convergent inquiry into self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 313–323.
- Otani, A. (2016), Hypnosis and Mindfulness: The Twain Finally Meet, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58, 383–398.
- Otte, J. L., Carpenter, J. S., Roberts, R. L., & Elkins, G. R. (2020). Self-Hypnosis for Sleep Disturbances in Menopausal Women. *Journal of Women's Health*, 29(3), 327-334.
- Parris, B.A., Dienes, Z. (2013). Hypnotic suggestibility predicts the magnitude of the imaginative word blindness suggestion effect in a non-hypnotic context. *Consciousness & Cognition*, 22, 868-874.
- Parris, B.A., Hasshim, N., Dienes, Z. (2021). Look into my eyes: pupillometry reveals that a post-hypnotic suggestion for word blindness reduces Stroop interference by marshalling greater effortful control, *European Journal of Neuroscience*, 53(8), 2819–2834.
- Pekala, R. J., Baglio, F., Cabinio, M., Lipari, S., Baglio, G., Mendozzi, L., *et al.* (2017). Hypnotism as a Function of Trance State Effects, Expectancy, and Suggestibility: An Italian Replication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65(2), 210–240.
- Raz, A., Lifshitz, M. (Eds.). (2016). *Hypnosis and meditation: Towards an integrative science of conscious planes*. Oxford University Press.
- Rocha, G.M., Téllez, A. (2016). Use of Clinical Hypnosis and EMDR in Kidnapping and Rape: a Case Report. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(1), 115-133.
- Rosendhal, J., Alldredge, C.T., Haddenhorst, A. (2024). Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. *Frontiers in Psychology*, 14, 1330238. doi: [10.3389/fpsyg.2023.1330238](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1330238)
- Rossi, E. (1977). The Cerebral Hemispheres in Analytic Psychology. *Journal of Analytic Psychology*, 22, 32-51.
- Sarbin, T. R. (1950). Contribution to Role-Taking Theory. *Hypnotic Behavior. Psychological Review*, 5, 255-290.

- Sarbin, T. R. (1950). Contribution to Role-Taking Theory. *Hypnotic Behavior. Psychological Review*, 5, 255-290.
- Sauer, S., Baer, R. A. (2010), Mindfulness and decentering as mechanisms of change in 10 mindfulness-and acceptance-based interventions, In Baer, R. (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 25–50. Reno, NV: Context Press.
- Schalman M., Naglatzki R., de Greiff A., Forsting M., Gizewski E.R. (2010). *Autogenic Training Alters Cerebral Activation Patterns in fMRI*, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 444-456.
- Schalman, M., Naglatzki, R., De Greiff, A., Forsting, M., Gizewski, E.R. (2010). Autogenic Training Alters Cerebral Activation Patterns in fMRI. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 58(4), 444-456.
- Schunk, D. H. (1995). Self-Efficacy, Motivation, and Performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 109-134.
- Screm, M. (2012). *Comprendere e praticare l'autoipnosi. Come praticare la persona che sognate di essere*. Milano: De Vecchi.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2014), *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Shapiro F. (2013). *Lasciare il Passato nel Passato, Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*. Roma: Astrolabio- Ubaldini Editore.
- Sheiner, E.O., Lifshitz, M., Raz, A. (2016). Placebo response correlates with hypnotic suggestibility. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 146–153.
- Shor, R. E. (1962), Three dimensions of hypnotic depth, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10, 23–38.
- Simpskins, C.A., Simpskins, A.M. (2002). *Autoipnosi ericksoniana. Chiara e semplice*. Roma: Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Sing, C. Y., & Wong, W. S. (2010). Prevalence of insomnia and its psychosocial correlates among college students in Hong Kong. *Journal of American College Health*, 59(3), 174–182.
- Smith M.S., Kamitsuka M. (1984). Self-hypnosis misinterpreted as CNS deterioration in an adolescent with leukemia and vincristine toxicity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(4), 280-282.

- Snyder, M., Alldredge, C.T., Stork, S.R., Elkins, G.R. (2023). Feasibility of a Self-Administered Hypnosis Intervention for Improving Sleep in College Students, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 71(4), 297-312.
- Spiegel H. & Spiegel D. (2004). *Trance & Treatment*. American Psychiatric Publishing.
- Stanton, H.E. (1994). Self-hypnosis: one path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis*, 11(1)14–18.
- Tan, G., Rintala, D.H., Jensen, M.P., Fukui, T., Smith, D., Williams, W. (2015). A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 19(2), 271-280.
- Taylor, D. J., Bramoweth, A. D., Grieser, E. A., Tatum, J. I., & Roane, B. M. (2013). Epidemiology of insomnia in college students: Relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behavior Therapy*, 44(3), 339–348.
- Unestahl L.E. (2018). Alert, Eyes-Open Sport Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(2), 159-172.
- Vandevusse, L., Hanson, L., Berner, M.A, Winters, J. (2010). Impact of self-hypnosis in women select physiologic and psychological parameters. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39(2), 159-168.
- Vanhaudenhuyse, A., Gillet, A., Malaise, N., Salamun, I., Barsics, C., Grosdent, S., *et al.* (2015). Efficacy and cost-effectiveness: A study of different treatment approaches in a tertiary pain centre. *European Journal of Pain*. 19, 1437-1446.
- Vanhaudenhuyse, A., Gillet, A., Malaise, N., Salamun, I., Grosdent, S., Maquet, D., *et al.* (2018). Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*. 8, 296-302.
- Vanhaudenhuyse, A., Nyssen, A.S., Faymonville, M.E. (2020). Recent insight on how the neuroscientific approach helps clinicians. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 5(2), 028. doi:[10.21926/obm.icm.2002028](https://doi.org/10.21926/obm.icm.2002028).
- Werner, A., Uldbjerg, A., Zachariae, R., Nohr, E.A. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 92(7), 816–823.

- Werner, A., Uldbjerg, A., Zachariae, R., Rosen, A.G. Nohr, E. (2013). Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(3), 346–353.
- Williams, M.B., Poijula, S. (2002). *The PTSD workbook: Simple, effective techniques for overcoming traumatic stress symptoms*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Woody, E.Z., Sadler, P. (2008). Dissociation theories of hypnosis, in: Barnier, A.J., Nash A.R. (Eds.), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice*, Oxford Academic, 81–110.
- Yapko, M. D. (2011) *Mindfulness and hypnosis: The power of suggestion to transform experience*, New York, NY: Norton.
- Zatzick, D., Weiss, D.S., Marmar, C.R., Metzler, T.J., Wells, K., Golding, J.M., Browner, W.S. (1997). Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military Medicine*, 162, 661–665.

SITOGRAFIA

<https://www.istitutopsicoterapie.com/milton-erickson/>

<https://www.ericksoninstitute.it/it/10/ipnosi-e-autoipnosi/effetti-fisiologici-dell-autoipnosi/>

<https://www.ericksoninstitute.it/it/5/sport/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388123000919#sec4>