

## INDICE

1. MINDFULNESS.....	3
1.1 Definizione e origini.....	3
1.2 Alcuni esempi di applicazione.....	5
1.2.1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) .....	6
1.2.2. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).....	7
1.2.3. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT).....	8
1.2.4. MBCT in gravidanza.....	9
1.2.5. Mindfulness Based EAT (MBEAT).....	9
1.2.6. Dipendenza da sostanze d'abuso.....	11
1.3 Possibili meccanismi.....	12
1.3.1 Reagire allo stress.....	13
1.3.2 Affrontare lo stress: rispondere anziché reagire.....	16
1.3.3 Sistema dei neuroni specchio.....	18
2. IPNOSI.....	21
2.1 Definizione, importanza della relazione, accenno al metodo Eriksoniano.....	21
2.2 Alcuni esempi di applicazione.....	23
2.2.1. Ipnosi: applicazioni cliniche.....	23
2.2.2. Ipnosi e psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI).....	26
2.2.3. Ipnosi e miglioramento della performance in settori extramedici.....	26
2.3 Possibili meccanismi: monoideismo plastico, attivazione genica specifica ipnosi e PNEI, attivazione neurologica nel controllo delle vie del dolore.....	28
3. LE DUE TECNICHE A CONFRONTO .....	31
3.1 Differenze.....	31
3.2 Somiglianze.....	32
3.3 Propedeuticità.....	34
3.3.1 Mindfulness pro Ipnosi.....	34
3.3.2 Ipnosi pro Mindfulness.....	35
4. CONCLUSIONI.....	36
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	39



# *1. MINDFULNESS*

## *1.1 DEFINIZIONE E ORIGINI*

Per fornire una definizione del termine meditazione dovremmo calarci in un contesto storico-culturale-geografico che restringa l'ampio spettro di tipologie di tale attività.

Risulta interessante una “ambientazione” del concetto di meditazione in oriente e in occidente.

Un elemento comune fondamentale delle diverse tecniche di meditazione orientali è l'attività introspettiva volta a superare le condizioni ordinarie e grossolane della coscienza, disturbata dal fluire delle emozioni e dalla discorsività del pensiero cosciente. Le tecniche di meditazione si associano inoltre al controllo del respiro e/o della postura, creando un dinamismo psicosomatico tra attività introspettiva e messaggi sensoriali e motori, afferenti ed efferenti. Essa è una tecnica psicosomatica molto raffinata, complessa e difficile, che ha il consapevole scopo di superare i limiti della coscienza ordinaria, del pensiero concettuale per accedere al mondo esterno in modo non mediato: è il superamento del limitato punto di vista dell'Io, per raggiungere un'esperienza del non -IO libera da qualsiasi prospettiva personale. [Facco, 2014]

La meditazione occidentale presenta alcuni elementi in comune con quella orientale assieme a differenze rilevanti, in relazione ai contenuti della fede e della visione teologica della particolare religione da cui viene utilizzata. Per valutare la meditazione in occidente si deve far riferimento al contesto della tradizione ebraica, cristiana e islamica.

Appare evidente come principale differenza tra le due, che la religione, non sciolta dal potere temporale, deve aver avuto una notevole influenza in occidente. [Facco, 2014]

Con queste premesse sembrerebbe che proprio l'approccio orientale risulti più compatibile con il contesto culturale occidentale moderno, dominato dalla visione laica e scientifica. Infatti, la mancanza di una teologia, anche quando la corrente filosofico-religiosa di appartenenza contempra l'esistenza di una o più divinità, la meditazione rimane un approccio interiore pratico, concreto, "qui e ora", non condizionato da un legame codificato e imprescindibile con il divino e dagli eventuali aspetti teologici e dottrinali ad esso correlati. Inoltre la meditazione orientale è insieme strumento e frutto di culture che si sono profondamente dedicate allo studio del mondo interiore nell'arco di tre millenni, con osservazioni spesso sistematiche e oggetto di profonde analisi e discussioni tra le diverse scuole, arrivando ad identificare meccanismi preconsce e inconsci della psiche.

Infine è da considerare che gli studi e le ricerche scientifiche sulla meditazione sono state condotte utilizzando tecniche di meditazione orientale. [Facco, 2014]

La mindfulness è una tecnica sviluppata in occidente a partire dalla meditazione Vipasyana, Zen e Yoga. Tale tecnica si colloca in un processo dinamico di collegamento tra le due culture. In questo processo è di vitale importanza evitare sia fraintendimenti sia arbitrarie e inappropriate riduzioni delle discipline originarie al paradigma della cultura occidentale corrente. Infatti, rimane in ogni caso doverosa ed ineludibile la conoscenza dei fondamenti delle conoscenze originali del buddhismo; questo consente di riconoscere le diversità introdotte nelle versioni e semplificazioni occidentali, alcune delle quali si discostano in modo consistente dalla versione classica, con il rischio di denaturalarla e creare procedure discutibili se non erranee. [Rapgay, Rinpoche, Jessum 2000; Rapgay e

Bystrisky 2009]

Tornando all'origine etimologica del termine “mindfulness”, risaliamo al corrispondente vocabolo sanscrito “*smṛti*”, che significa “*ricordo, memoria*” [Kevala, 2011], e come ulteriore accezione “*attenzione, consapevolezza*” [Young, 2011].

Meditazione mindfulness è osservare deliberatamente il proprio corpo e la propria mente, lasciando che le esperienze scorrano liberamente di momento in momento e accettandole così come sono. Meditazione non significa rifiutare i pensieri, bloccarli o reprimerli. Non significa controllare alcunché, eccetto la direzione della propria mente. [Kabat-Zinn, 2004]

L'essenza della meditazione, consiste semplicemente nel fare attenzione alla propria esperienza.

La mente di quasi tutte le persone tende a vagare e a saltare facilmente da una cosa all'altra. Ciò rende difficile mantenere l'attenzione concentrata su una cosa, per esempio sul respiro, per un certo tempo, se non si impara a calmare e a stabilizzare la propria mente.

Se si comincia a fare attenzione ai pensieri che passano per la mente, momento per momento nell'arco del giorno, probabilmente si scoprirà che una parte notevole del tempo e dell'energia è assorbita da ricordi e fantasticherie, legati a rimpianti circa il passato. Mentre una parte altrettanto grande o forse maggiore, è assorbita dall'attesa, dalla pianificazione, dalle preoccupazioni e dalle fantasticherie riguardo al futuro e a ciò che si vorrebbe o non si vorrebbe accadesse. Per via di questo traffico interno, che occupa quasi continuamente la mente, si perde gran parte della ricchezza di esperienze della vita, o quantomeno si tende a sottovalutarne il valore e il significato. [Kabat-Zinn, 2004]

## ***1.2 ALCUNI ESEMPI DI APPLICAZIONE***

I sintomi fisici sono messaggi che il corpo invia per far sapere come sta e quali sono i suoi bisogni. Quando ci si abitua a fare sistematicamente attenzione al corpo e si è più in contatto con esso, si acquisisce anche la capacità di capire quello che egli vuole comunicare e quindi di rispondere in maniera appropriata. [Kabat-Zinn, 2004]

Lo stress della vita di ogni giorno genera tensioni localizzate in particolari gruppi di muscoli, per esempio nelle spalle, nella mandibola, nella fronte. Per rilassare queste tensioni è indispensabile prima di tutto accorgersi che ci sono, si devono sentire.

Per fare questo è necessario disinserire il pilota automatico e riprendere in mano il controllo del proprio corpo e della propria mente. Per familiarizzare con questo si può, ad esempio, praticare l'esplorazione del corpo. Essa consiste nel percepire le tensioni provenienti dai vari muscoli ed inviare loro il messaggio di rilassarli. Quando si diventa abbastanza consapevoli questo lo si può fare già nel momento in cui la tensione si sta producendo: se si lascia che la tensione si accumuli, essa diventa tanto abituale da dimenticare come ci si sente quando si è rilassati e diventa molto più difficile ritrovare il rilassamento. [Kabat-Zinn, 2004]

La teoria della mindfulness sia dalla tradizione Orientale che Occidentale, suggerisce che essa sia una capacità propria dell'uomo che si verifica spontaneamente a vari livelli e che può essere allenata e potenziata tramite la pratica costante. [Davidson et al., 2003]

Uno studio è stato condotto su un gruppo di 13 pazienti con problemi di ansia e/o depressione che hanno partecipato ad un corso di 8 settimane per apprendere le tecniche di *Mindfulness Based Cognitive Therapy*, tra cui: l'esplorazione del corpo, la camminata consapevole, il rilassamento basato sull'osservazione del respiro. Il gruppo ha descritto una vasta gamma di benefici che provenivano dall'aver frequentato il corso. Tra queste, una maggiore capacità di rilassarsi, una minor tendenza a saltare a conclusioni negative, l'aver imparato a prendere tempo, l'apprendimento di nuovi modi per gestire emozioni difficili e maggiore accettazione di sé. Inoltre, a distanza di 3 mesi dalla conclusione del corso, molti dei partecipanti avevano continuato a praticare le tecniche apprese, seppur con frequenza variabile. [Finucane and Mercer, 2006]

Risultati analoghi sono riportati nei ben più numerosi pazienti, (17.000 fino al 2004, data di stesura del libro a cui ci si riferisce, certamente molti di più ad oggi), che hanno seguito il "Programma per la riduzione dello stress e per il rilassamento" proposto dalla Clinica per la riduzione dello stress dell'Università del Massachusetts, fondata da Jon Kabat-Zinn. Le persone che arrivano alla Clinica sono in genere sofferenti o malati che desiderano guarire o ottenere almeno un certo sollievo dai loro disturbi. Esse sono di solito indirizzate lì dai loro medici curanti, per una gamma di disturbi che va dall'ipertensione alle malattie cardiache, dal cancro all'AIDS. Qui imparano la meditazione con lo scopo di apprendere a prendersi cura di sé, non come alternativa, ma come essenziale completamento ad altre forme di terapia medica.

Esse imparano a focalizzare l'attenzione sulle esperienze base del vivere: si danno il permesso di essere presenti nel momento, lasciando che le cose siano esattamente così come sono.

Non vengono incoraggiati a cercare di fare progressi verso un obiettivo, come ad esempio la guarigione da una specifica malattia. Se un obiettivo è quello di ridurre il dolore o l'ipertensione o l'ansia, i docenti raccomandano di non cercare di abbassare la pressione, ridurre il dolore o liberarsi dell'ansia, bensì soltanto di restare nel presente e di seguire attentamente le istruzioni per la meditazione.

Quando si presentano giudizi o pensieri legati al passato o al futuro, li si osserva e li si lascia andare. Se una cosa ha una presa tanto forte sulla mente che è difficile lasciarla andare, viene consigliato di cogliere l'opportunità di dirigere l'attenzione sulla sensazione del trattenere, che è l'opposto. Così facendo, è possibile imparare molte cose sugli attaccamenti e sul loro effetto nella vita personale, e anche dell'effetto del momento in cui finalmente si accetta di lasciar andare.

Imparare a fermare tutto il fare e passare alla modalità dell'essere, imparare a dedicare tempo a se stessi, a rallentare il ritmo e a nutrire calma e auto accettazione, a osservare i propri pensieri e a lasciarli scorrere senza esserne coinvolti e dominati; imparare a creare spazio per nuovi modi di vedere vecchi problemi e per cogliere l'interconnessione di tutte le cose. Per rendere possibile questo tipo di apprendimento occorre solo che le persone si rilassino in momenti di puro e semplice *essere* e che coltivino la consapevolezza.

Non è che la consapevolezza sia la risposta a tutti i problemi della vita. Quel che succede invece è che i problemi della vita appaiono più chiaramente, visti alla luce di una mente chiara. Il solo fatto di divenire consapevole dell'illusione della mente, che crede costantemente di sapere, è un passo importante verso questa chiarezza: è il primo passo per attraversare il velo delle opinioni personali e vedere le cose come sono realmente. [Kabat-Zinn, 2004]

Questo porta a vedere le cose in modo nuovo e ad *essere* in modo nuovo, perché l'attimo presente, quando viene riconosciuto e onorato, rivela un segreto specialissimo, anzi magico: il presente è il solo momento di cui si dispone. Il presente è il solo momento in cui si può conoscere qualcosa. Il presente è il solo momento per percepire, sentire, imparare, agire, cambiare, guarire. Imparare la consapevolezza momento per momento richiede una certa pratica, ma la pratica stessa porta in sé la propria ricompensa: rende le esperienze più vivide e la propria vita più reale. [Kabat-Zinn, 2004]

Nella pratica, sette aspetti dell'atteggiamento con cui ci si accosta alla meditazione sono i pilastri fondamentali del lavoro. Essi sono: non giudizio, pazienza, "mente del principiante", fiducia, non cercare risultati, accettazione e "lasciar andare". Questi atteggiamenti vanno deliberatamente coltivati nella pratica, ciascuno è collegato a tutti gli altri. [Brown et al., 2007; Kabat-Zinn, 2003]

Alla luce di questo si presenta ora un estratto di letteratura che propone alcuni dei numerosi campi di applicazione della mindfulness, in particolare il suo ruolo nella gestione dello stress, dell'ansia, della depressione, dei disturbi alimentari ma anche i risvolti nella riduzione del rischio cardiovascolare, delle condizioni di dipendenza, del dolore e della salute percepita in pazienti con malattia cronica.

### ***1.2.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)***

ACT è una tecnica terapeutica di terza generazione, la quale cerca essenzialmente di promuovere l'accettazione degli eventi in opposizione alla loro modifica o cambiamento, allo scopo di promuovere una flessibilità cognitiva. Da questo punto di partenza è quindi permesso al soggetto di scegliere il suo comportamento di forma coerente con i propri valori personali. [Coletti, 2015]

Da una review di 44 studi sull'uso della mindfulness in ottica di promuovere l'accettazione emerge un effetto significativo nella riduzione del ricorso a sostanze d'abuso, della depressione, dei disturbi del comportamento alimentare, del ricorrere all'eccesso di cibo, del dolore cronico, l'ansia, la rabbia, la gestione delle relazioni, dei comportamenti di evitamento e dell'autolesionismo. [Levin et al., 2015]

Nello specifico si propongono in seguito alcuni studi che si sono avvalsi della tecnica ACT.

Uno studio condotto su veterani di guerra ha riportato come l'ACT riducesse la gravità della depressione e l'ideazione suicidaria. [Walser, 2015]

Sempre nei veterani con disturbo post traumatico da stress, si è visto che l'incidenza dell'abuso del fumo è di quasi 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale. L'ACT, aiutando questi soggetti a gestire le conseguenze emotive del loro vissuto, ha dimostrato una riduzione del fumo del 62% alla fine della terapia e del 43% a 3 mesi di follow-up, con una cessazione completa nel 16%. [Kelly, 2015]

Sia la terapia di gruppo con l'uso della mindfulness ACT che quella cognitivo comportamentale dimostrano di essere più efficaci nel trattamento del disturbo d'ansia sociale rispetto al gruppo di controllo, anche se non in misura statisticamente significativa l'una dall'altra. [Kocovski et al., 2015]

Spesso, nelle persone con problemi di peso, ad un dimagrimento consegue la riacquisizione del peso perso. Uno studio ha valutato la tecnica ACT nel mantenimento del peso raggiunto. È emerso che, come terapia di supporto o combinata alla terapia comportamentale standard (SBT), presenta risultati migliori a lungo termine. Tuttavia gli autori sottolineando le differenze tra ACT e SBT e auspicherebbero studi di comparazione tra le due tecniche e più lunghi periodi di follow-up. [Lilli et al., 2013]

### ***1.2.2 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)***

È stato suggerito che l'aspetto dell'attenzione e della consapevolezza potrebbe essere correlato alla valutazione dei sintomi di stress. [Salmon et al., 2004]

La mancanza di attenzione ai segni di stress potrebbe portare a un accumulo di sintomi di stress, senza adeguate risposte di coping, e conseguente riduzione della salute e del benessere. Una maggiore consapevolezza dei sintomi di stress a livelli relativamente bassi, potrebbe avere dei risvolti positivi nell'affrontare e gestire l'influenza negativa degli eventi stressanti. Inoltre, è stato suggerito che un più alto grado di consapevolezza permette un maggior accesso alla propria conoscenza e capacità, sia intellettuale che emotiva [Brown et al., 2007]. Tale maggiore accesso alle capacità interne potrebbe influenzare positivamente lo stress e facilitare la valutazione delle risposte di coping positive.

In una review di studi di meccanismi di consapevolezza, Baer [Baer, 2009] ha concluso che una maggiore capacità di reagire consapevolmente a esperienze quotidiane, vale a dire, osservare e descrivere il momento presente, potrebbe ridurre la ruminazione, la paura delle emozioni, la tendenza ad evitare stimoli emotivi, e, quindi, migliorare la capacità di coping e ridurre comportamenti disadattativi nel contesto di eventi stressanti.

Il peso dello stress è particolarmente importante nei pazienti affetti da una malattia cronica, queste persone dovranno convivere con essa per un periodo più o meno lungo della propria vita.

Moskowitz et al [Moskowitz et al., 2003] hanno utilizzato un modello di stress e coping per valutare l'associazione dei benefici della mindfulness, in particolare di quattro aspetti: consapevolezza, attitudine non giudicante, osservazione e descrizione della realtà, con indicatori di benessere psicologico e di salute fisica.

I risultati fanno emergere una correlazione inversa di consapevolezza con depressione ed effetti negativi dello stress. Quando i pazienti si ponevano in atteggiamento mindfulness

riportavano una riduzione di comportamenti evitanti, fuga o autocolpevolizzanti.

I risultati di questo lavoro contribuiscono ad una crescente comprensione del potenziale ruolo adattativo della consapevolezza nelle persone che vivono con lo stress della malattia grave. [Moskowitz et al., 2003]

Ci sono diversi possibili percorsi attraverso i quali la consapevolezza potrebbe influenzare il funzionamento psicologico [Brown et al., 2007]. Porsi in una prospettiva mindfulness può portare ad una visione di pensieri e sentimenti come transitori, prendendo atto che sono “solo pensieri” e “solo sentimenti”.

Questa prospettiva può portare a modelli di pensiero meno automatici, fermare la tendenza di rimuginare e può portare a una più efficace regolazione degli affetti e una miglior capacità di gestire stati spiacevoli.

Mindfulness comporta anche l'accettazione di essere con ciò che è, senza avere la necessità perentoria di modificare gli stati attuali sgradevoli e generare tensione verso l'incertezza del futuro.

Quest'attenzione all'*essere* presente nella situazione attuale senza costantemente proiettare la mente verso i futuri possibili, di per sé potrebbe generare un maggiore senso di benessere e di felicità che non è condizionata dall'esperienza passata, né dalle aspettative future. Si è voluto testare se la consapevolezza possa contenere gli effetti negativi dello stress, servendo come moderatore della relazione tra lo stress e il benessere psicologico e la salute percepita.

I risultati di questo studio forniscono qualche supporto per l'ipotesi che un più alto livello di consapevolezza potrebbe migliorare la gestione anche di bassi livelli di stress, e aumentare le capacità interne di generare reazioni efficaci. E' emerso inoltre un effetto benefico della consapevolezza in merito all'associazione trasversale tra stress percepito, depressione e salute percepita, in particolare per le sottoscale: “consapevolezza del momento presente”, “accettazione”, “non giudizio”, ma non per la sottoscala “osservazione”. Un precedente studio ha trovato un'associazione anche tra la sottoscala “osservazione” e benessere psicologico tra i meditatori esperti, ma non nei principianti, suggerendo diversa influenza di quest'aspetto della consapevolezza secondo il grado di pratica ed esperienza della meditazione. [Baer et al., 2009]

### ***1.2.3 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)***

Negli ultimi dieci anni, Terapia Cognitiva Mindfulness-Based è stata sostenuta con una robusta base di dati, mettendo in evidenza la sua efficacia negli studi di follow-up a breve e a lungo termine. Attualmente, nuovi adattamenti di questo intervento vengono sviluppati e sperimentati con una vasta gamma di problemi clinici, con benefici specifici a seconda della patologia. [Irving e Segal, 2013]

Per esempio, visti gli alti tassi di prevalenza di depressione clinica e la successiva ricaduta, Segal et al [Segal et al., 2002], hanno cercato di sviluppare un intervento di MBCT che affronti le conseguenze a lungo termine della depressione.

Un approccio a questa patologia che si avvalga della MBCT, potrebbe essere vantaggioso dal momento che, da parecchi studi, spesso emerge che i pazienti trattati farmacologicamente per la depressione autosospendono l'assunzione del trattamento appena si sentono meglio, nonostante le raccomandazioni di mantenere un'adeguata compliance alla terapia.

Inoltre, un altro gruppo di pazienti può non essere adatto per il trattamento antidepressivo a lungo termine a causa di altre condizioni emergenti, come ad esempio la gravidanza o la dipendenza da sostanze d'abuso. [Raue et al., 2009]

Un altro studio è stato condotto con un gruppo di pazienti affetti da un episodio di depressione maggiore, i quali sono stati tutti trattati farmacologicamente nella fase acuta, mentre, nella fase successiva, lo studio è proseguito in doppio/singolo cieco, con la suddivisione dei pazienti in tre gruppi: coloro che proseguivano con la terapia farmacologica, coloro che assumevano un placebo e un gruppo a cui è stata insegnata la MBCT.

La valutazione dei risultati è stata eseguita con delle scale per la depressione basate sui criteri del DSM-IV, da clinici che non erano a conoscenza del gruppo di appartenenza del paziente che valutavano.

I risultati fanno emergere come gli outcomes a lungo termine del gruppo di pazienti trattati con terapia medica e quelli dei pazienti che praticavano la mindfulness fossero esattamente sovrapponibili in termini di efficacia.

Nei pazienti in cui la remissione dalla fase acuta si è mantenuta, non sono emerse differenze statisticamente significative tra i tre gruppi. Mentre gli episodi di ricaduta si sono presentati nel 50% dei pazienti trattati con placebo, poco migliori si sono rivelati gli effetti protettivi del vero trattamento farmacologico, questo risultato sembrerebbe essere spiegato dalla difficoltà dell'aderenza alla terapia a lungo termine. [Zindel et al., 2010]

Da un'altra review emerge che per i pazienti con 3 o più precedenti episodi depressivi, MBCT ha un beneficio additivo rispetto alla sola terapia farmacologica. [Coelho et al., 2007]

### ***1.2.4 MBCT in gravidanza***

L'ansia materna durante la gravidanza si associa a conseguenze negative per madre e figlio, tra cui aumento dei sintomi correlati alla gravidanza (e.g. nausea e vomito), aumento del numero di visite mediche, complicanze ostetriche, depressione post-partum, compromissione dello sviluppo neurologico fetale e successivi problemi di sviluppo del bambino.

Visto il rischio per il feto, correlato all'uso di sostanze farmacologiche, si sono cercati altri approcci non farmacologici.

Tra queste tecniche la MBCT si mostra un'opzione di trattamento molto promettente, fattibile, efficace ed accettabile per le donne in gravidanza che soffrono di ansia. Poiché i sintomi ansiosi e depressivi si associano a conseguenze ostetriche e infantili negative, l'intervento MBCT in gravidanza presenta potenziali benefici non solo sul benessere psicologico materno, ma anche sul decorso della gravidanza, lo sviluppo neonatale, il post-partum e lo sviluppo della relazione tra madre e figlio. [Goodman et al., 2014]

### ***1.2.5 Mindfulness Based EAT (MBEAT)***

*“Poiché molti usano il cibo come consolazione, specialmente quando si sentono ansiosi o depressi, un semplice esercizio di mangiare al rallentatore, consapevoli di tutto ciò che si sta facendo, mette in luce quanto siano potenti e incontrollati molti degli impulsi riguardo al cibo. Nello stesso tempo, esso rivela quanto mangiare possa essere un gesto semplice e soddisfacente e quanto più autocontrollo sia possibile quando s'introduce la consapevolezza in quello che si compie, momento per momento.*

*Di fatto, quando si comincia a fare attenzione in questo modo, il rapporto con le cose*

*cambia. Si vede più a fondo, si comincia a cogliere un ordine intrinseco e collegamenti che finora sfuggivano: per esempio, il collegamento che esiste tra gli impulsi della propria mente e il mangiare troppo o di trascurare i messaggi che il corpo manda. Facendo attenzione, si diventa letteralmente più svegli. Quando si mangia consapevolmente, si è in contatto con il cibo che si mangi perché la mente non è distratta, non si sta occupando d'altro, è attenta al fatto di mangiare. Per esempio, quando si guarda il chicco d'uvetta lo si vede veramente. Quando lo si mastica lo si assapora veramente” (Meditazione del mangiare) [Kabat-Zinn, 2004]*

Partendo da quest'estratto del libro “Vivere momento per momento” di Kabat-Zinn, torniamo alla realtà cercando di capire se questa tecnica possa rivelarsi efficace vista l'estensione delle problematiche alimentari.

E noto che sia la condizione di obesità sia l'aumento delle restrizioni alimentari nei disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono portare a episodi di binge eating e quindi ad aumento di peso.

Nel contesto attuale di aumentata prevalenza sia di obesità che di DCA, valutare aspetti comuni a queste malattie, può portare a riconoscere nuove variabili degne di considerazione nella proposta di campagne di prevenzione e salute. [Star et al., 2015]

Interventi basati sulla mindfulness, rivolti a regolare i comportamenti alimentari hanno guadagnato popolarità negli ultimi anni.

Da una revisione della letteratura condotta da O'Reilly et al. è emersa l'utilità della mindfulness per il trattamento dei comportamenti alimentari come il binge eating, emotional eating ed external eating. Gli studi analizzati hanno utilizzato una varietà di approcci, tutti con l'intenzione di incrementare la consapevolezza, compresa la combinazione di mindfulness e terapia cognitivo comportamentale, MBSR, terapie d'accettazione, programmi di mindful eating e combinazioni di esercizi di consapevolezza.

Nel complesso, i risultati di questa prima recensione sul tema sostengono l'efficacia di interventi mindfulness per correggere comportamenti alimentari correlati all'obesità. Il coinvolgimento di emotional eating nell'aumento di peso è giustificato dal fatto che si collega ad una cattiva alimentazione, con prevalente assunzione di alimenti ad alta densità energetica, con alto contenuto di grassi e zuccheri e scarsa assunzione di alimenti vegetali freschi. [Macht et al., 2008; Nguyen et al., 2007]

L'emotional eating s'ipotizza che origini da una disregolazione delle emozioni che comprende un atteggiamento indulgente nei confronti dell'impulso alimentare immediato di mangiare allo scopo di sopprimere l'emergenza di emozioni negative. [Canetti et al., 2002]

L'allenamento con tecniche di mindfulness insegna ad accettare l'insorgenza del sentimento negativo invece di cedere all'impulso di reprimerlo col cibo. [Evers et al., 2010]

Anche l'external eating si relazione con il sovrappeso [Burton et al., 2007; Lluch et al., 2007], la formazione mindfulness lo può mitigare insegnando competenze che aiutano a riconoscere ma non ad agire sugli impulsi, come l'impulso a mangiare che deriva dalla vista o dall'odore del cibo.

Nel complesso, da questa review emerge che l'apprendimento delle abilità di mindfulness tramite diversi approcci può migliorare comportamenti alimentari correlate all'obesità. Fornire agli individui la capacità di cambiare i loro comportamenti alimentari sbagliati, insegnare a sviluppare risposte più adattative a stress emotivi e migliorare la loro relazione con il cibo attraverso l'allenamento di abilità di mindfulness, rappresenta un approccio promettente per la prevenzione e il trattamento dell'obesità. [O'Reilly et al.,

2014]

### ***1.2.6 Dipendenza da sostanze d'abuso***

Nella review di Zgierska et al. [Zgierska et al., 2009] risulta che la maggior parte degli studi esaminati ha mostrato risultati positivi tra soggetti affetti da SUDs (Substantial Use Disorders) a cui sono state insegnate tecniche di meditazione mindfulness (MM), rispetto ai non trattati o ai trattati con SOC (standard Of Care).

La maggior parte degli studi esaminati sono di tipo pragmatico, presentano quindi il vantaggio di valutare l'efficacia dei metodi in condizioni che i pazienti incontrano in contesti di vita reale, evitando i fattori confondenti che possono derivare da impostazioni di sperimentazione cliniche standardizzate. [Ernest et al., 2001]

I pazienti si mostrano generalmente soddisfatti, specialmente perché le loro aspettative circa il trattamento promesso hanno trovato un effettivo riscontro, un peso importante risulta anche essere rivestito dalla capacità del terapeuta di selezionare i pazienti più adatti.

I risultati suggeriscono che tali soggetti trattati con MM, aggiunta alla SOC o alla farmacoterapia, vanno meglio di coloro che ricevono solo SOC o terapia farmacologica. Mentre la sola MM sembra produrre risultati comparabili alla sola RCT (Relational-Cultural Therapy).

L'efficacia delle tecniche di meditazione mindfulness (MM) nel trattamento di SUDs è supportata da un consistente numero di studi con risultati positivi. Terapie che si avvalgono di MM si sono dimostrate efficaci per una varietà di disturbi fisici e mentali, incluso stress, ansia, depressione e disturbi di evitamento [Baer et al., 2003; Hayes et al., 2006; Davidson et al., 2003; Grossman et al. 2004, Tang et al., 2007, Praissman et al., 2008], tutti fattori di rischio per SUDs [Ciraulo et al., 2003, Fox et al., 2003;]. In quest'ottica, MM può rivelarsi particolarmente utile per i pazienti con coesistenti problemi d'abuso e di salute mentale (doppia diagnosi).

Anche se tuttavia i modelli di pratica di MM a lungo termine non sono stati valutati nel contesto di SUDs, il suo uso in altri campioni clinici suggerisce che MM può avere effetti di lunga durata. Per esempio, dopo un corso di meditazione, il 60-90% continua a meditare a distanza di 4 anni, ed ha riferito che il corso ha avuto un valore a lungo termine molto rilevante [Baer RA et al., 2003], alla luce di questo anche la soddisfazione del paziente è una considerazione importante nella scelta tra i diversi trattamenti [Kazdin et al., 1994].

### ***1.3 POSSIBILI MECCANISMI***

Nonostante la sua base di una crescente evidenza, non è ancora esattamente chiaro come MBCT eserciti il suo effetto preventivo.

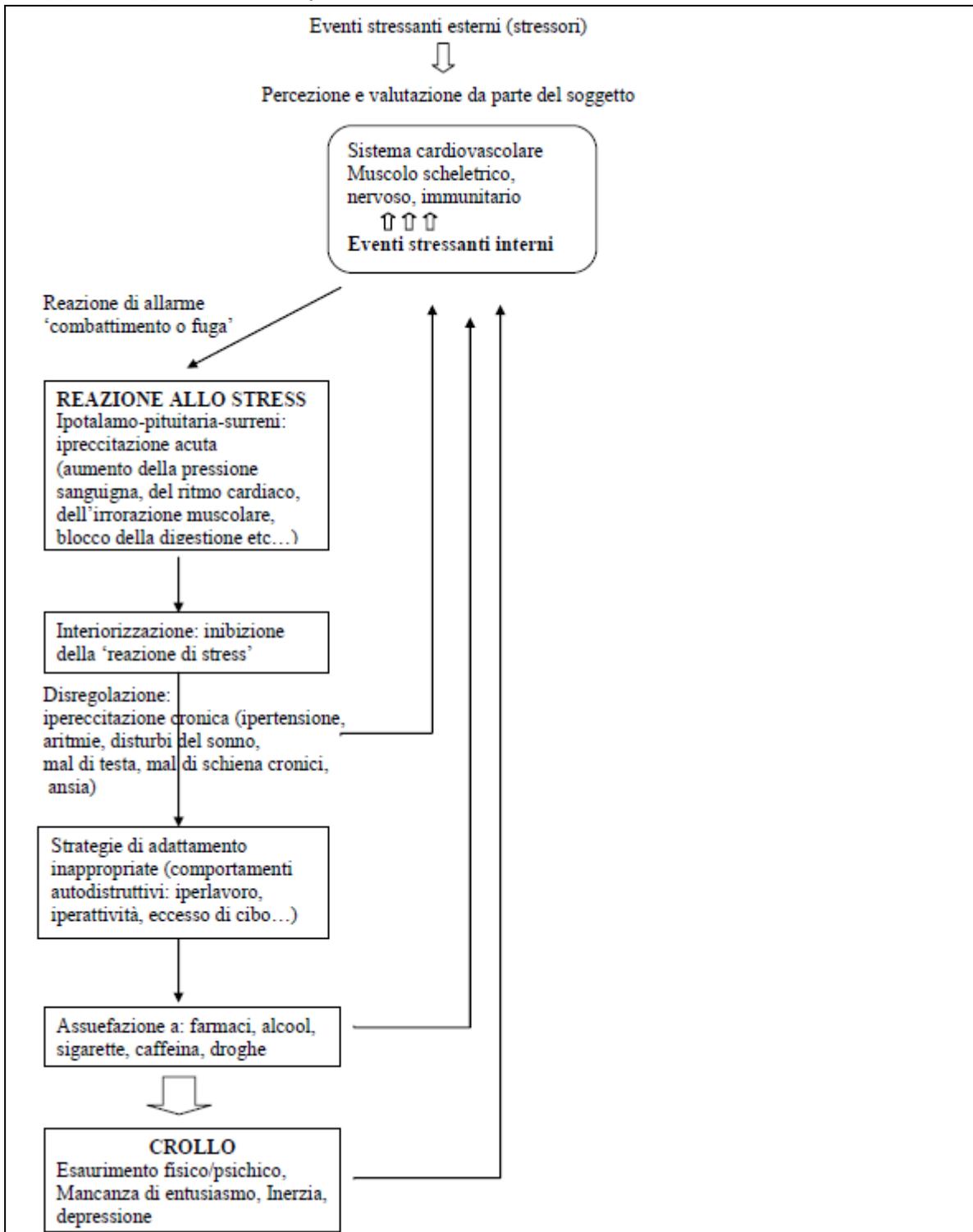
Si può riscontrare che la pratica quotidiana della consapevolezza permette alla persona di accorgersi dell'insorgenza di emozioni negative, per cui il paziente impara a modificare le sue risposte abituali di tipo disforico, a favore di reazioni consapevoli basate sugli insegnamenti metacognitivi. [Michalak et al., 2008]

I dati sui cambiamenti della rete neurale associati alla consapevolezza supportano questo punto di vista. Praticanti esperti di mindfulness hanno dimostrato una minor vulnerabilità alla tristezza rispetto ad un gruppo di novizi, sia attraverso una ridotta attivazione di strutture corticali della linea mediana e posteriori, sia attraverso una ridotta soppressione della rete viscerosomatica destra, dell'insula e dell'area corticale prefrontale e laterale [Farb et al., 2010]. Il potenziamento di questi effetti, derivante dalla pratica regolare della mindfulness, può rendere più facile per i pazienti adottare strategie di stile di vita e di comportamento che supportano il recupero, una condizione *sine qua non* di qualsiasi trattamento di mantenimento efficace. [Zindel et al., 2010]

### 1.3.1 Reagire allo stress

Da una prospettiva anatomofisiologica è interessante citare il ciclo biochimico della reattività allo stress. (vedi figura1)

FIGURA 1. Ciclo della reazione allo stress.



Quando ci si trova di fronte a una situazione che appare come una minaccia fisica o psicologica per il proprio essere, si instaura una particolare reazione. Se la minaccia è

lieve darà luogo a una reazione minima, ma se presenta, per la persona che la prova, una notevole carica emotiva, il suo organismo mette automaticamente in moto una reazione di allarme.

La reazione di allarme è il modo in cui il corpo si prepara ad una rapida azione difensiva o offensiva (reazione di combattimento o fuga): è una reazione che permette di mobilitare tutte le proprie risorse interne per far fronte a situazioni in cui la propria vita è in pericolo.

Questa reazione di combattimento o fuga si sviluppa in modo quasi istantaneo e produce uno stato di sovraeccitazione, caratterizzato da uno stato di forti tensioni muscolari, aumento del battito cardiaco, della pressione sanguigna, bronco dilatazione, rallentamento delle funzioni digestive, midriasi e emozioni intense (terrore, paura, ansia, rabbia etc...). Ciò avviene tramite una rapida cascata di segnali nervosi e la liberazione di “ormoni dello stress”, tra cui il più importante è l’adrenalina.

Tutti questi cambiamenti avvengono grazie all’attivazione del sistema nervoso simpatico, uno dei due rami del sistema nervoso autonomo, mentre l’altro ramo, il sistema parasimpatico, serve a rallentare e a rilassarsi.

L’ipotalamo controlla l’attività di entrambi i rami ed è l’interruttore centrale del sistema nervoso autonomo. L’ipotalamo appartiene al sistema limbico, situato profondamente all’interno del cervello, che può essere descritto come il “centro delle emozioni” e che è collegato non solo al sistema nervoso autonomo, ma anche al sistema endocrino e muscolo scheletrico. Questi cammini interconnessi permettono una risposta fisiologica ed emotiva integrata nei confronti degli eventi esterni.

Quando il sistema limbico attiva il sistema nervoso simpatico, che stimola a sua volta certe regioni specifiche dell’ipotalamo, si producono dei segnali nervosi che influiscono sul funzionamento di tutti gli organi del corpo. Alcuni di questi segnali viaggiano direttamente lungo fibre nervose, altri provocano la secrezione di ormoni e neuropeptidi nel flusso sanguigno. Per esempio, l’adrenalina e la noradrenalina vengono immesse nel flusso sanguigno dalla midollare del surrene in seguito a segnali inviati attraverso il sistema nervoso simpatico. Sono queste sostanze che danno un’immediata eccitazione e senso di accresciuta potenza nelle situazioni di emergenza. Altri ormoni, tra cui il più importante è il cortisolo, vengono secreti dalla corticale del surrene in seguito alla stimolazione da parte di un’altra ghiandola del cervello, la ghiandola pituitaria. (vedi figura 1)

Si capisce bene come la reazione di combattimento o fuga accresca la probabilità di sopravvivenza di un animale in una situazione pericolosa improvvisa.

Perciò anche per l’uomo è molto importante disporre di questa capacità per affrontare le situazioni in cui la vita è in pericolo.

Disgraziatamente, la sovraeccitazione caratteristica delle reazioni allo stress può diventare un modo di vita. Molte persone si sentono *costantemente* tese ed ansiose: soffrono di tensioni croniche nei muscoli delle spalle, della mandibola, della faccia, della fronte, delle mani. Ciascuno sembra avere una parte del corpo preferenziale in cui si accumulano le tensioni. Spesso il ritmo cardiaco è permanentemente accelerato. Internamente la persona si sente nervosa, ha palpitazioni o aritmie cardiache, ha il palmo delle mani costantemente sudato. Queste reazioni sono per lo più sollecitate da situazioni di stress quotidiane, non da situazioni di pericolo di vita.

Questa reazione di stress incontrollata, quando diventa cronica, può avere gravi conseguenze per la salute fisica e psicologica dell’individuo.

Diventando più consapevoli ci si può rendere conto di quanto facilmente essa venga attivata. La consapevolezza è la risorsa cruciale per capovolgere l’abitudine di tutta una

vita a reagire costantemente alle situazioni di stress.

Di solito, cosa succede in tutte quelle situazioni in cui la reazione di combattimento o fuga si sviluppa dentro l'organismo, ma la persona non può né combattere né fuggire, sia perché entrambe le cose sono socialmente inaccettabili sia perché sa benissimo che non costituiscono una soluzione? Quella persona si sentirà minacciata, ferita, impaurita, arrabbiata. Il modo più comune di affrontare queste situazioni è reprimere le emozioni il più possibile. Si reprimono i segni esterni di stress e li si interiorizza: ci si comporta come se niente fosse, ma così facendo tutta la carica emotiva viene trattenuta. Un vantaggio del combattimento e della fuga è il fatto che stancano: passata la situazione di emergenza l'animale si riposa, la pressione del sangue e il ritmo del cuore tornano a livelli normali, il flusso sanguigno si ridistribuisce attraverso tutto il corpo, i muscoli si rilassano, tutto l'organismo si predispose al recupero dell'energia spesa. Al contrario interiorizzando la reazione di stress non si arriva alla stessa risoluzione: non si raggiunge l'apice dell'eccitazione e non si ha la scarica fisica con conseguente recupero. Invece si continua a portare dentro l'eccitazione, sia sotto forma di ormoni che provocano disequilibri nel corpo sia di pensieri e sentimenti che agitano la mente. Se ogni volta che si incontra un potenziale stress la risposta è una piccola reazione di combattimento o fuga, di cui vengono repressi le manifestazioni esterne e ne viene assorbita l'energia all'interno del corpo, si arriverà a fine giornata in uno stato di grande tensione.

Se poi questo diventa un modo di vita e non si dispone di alcun modo sano per scaricare la tensione accumulata, con il passare delle settimane, dei mesi e degli anni si finirà per trovarsi in uno stato di sovr eccitazione cronica, che potrà diventare tanto abituale da sembrare perfino "normale".

Ecco come una stimolazione cronica del sistema nervoso simpatico possa dar luogo, a lungo andare, a problemi come ipertensione, aritmie cardiache, disturbi digestivi, mal di testa cronici, mal di schiena, disturbi del sonno e uno stato cronico di ansia.

Naturalmente, ciascuno di questi disturbi diventa a sua volta una fonte di stress, che aggrava il problema. (vedi figura1)

Alcuni riescono ad adattarsi molto bene a circostanze personali estremamente difficili, si sono creati le proprie strategie: sanno quando fermarsi, prendersi del tempo libero, hanno degli hobby e altri interessi che possono distrarli dalle preoccupazioni, sanno darsi buoni consigli e guardare le cose in prospettiva. Queste sono le persone resistenti allo stress.

D'altro canto, molti affrontano lo stress in modi che sono autodistruttivi. Questi tentativi di sopportare meglio lo stress vengono chiamati in figura "strategie di adattamento inappropriate" perché tendono a lungo andare ad accrescere lo stress anziché ridurlo.

Una comune strategia di adattamento inappropriata consiste nel negare il problema. Per alcuni è molto difficile ammettere di essere rinchiusi in una pesante armatura corporea ed emotiva, e di avere dentro molto dolore e rabbia. Altre strategie malsane sono quelle che aiutano ad evitare di affrontare i problemi reali. Un esempio classico è rifugiarsi in un'attività di lavoro frenetica e compulsiva. Se la vita familiare è stressante ed insoddisfacente, il lavoro può essere un'ottima scusa per stare il più possibile lontano da casa. Se inoltre c'è una buona relazione con i colleghi, il lavoro dà un senso di potere e prestigio sociale, in più il sentirsi produttivo e creativo rende facile immergersi completamente nel lavoro.

È una forma di gratificazione che può dare assuefazione, come l'alcool. Ed è un alibi socialmente accettabile per non rendersi disponibile alla famiglia. Di solito si fa questa scelta con le migliori intenzioni, inconsapevoli della riluttanza ad affrontare altri aspetti della propria vita e della necessità di trovare un equilibrio più sano.

Un'altra tendenza è quella di ricorrere a qualche tipo di "droga" quando si è sotto stress. Per affrontare il disagio ci si può servire di alcool, nicotina, caffè e farmaci di vario tipo:

l'attrazione per queste sostanze nasce dal desiderio di sentirsi meglio in un momento difficile. Per molti è impossibile affrontare la giornata senza bere un caffè o due o tre...

Accendendo una sigaretta e inalando il fumo, facendo un respiro profondo in cui il mondo si ferma per un attimo si permette la nascita di un temporaneo senso di tranquillità, soddisfazione e rilassamento. Si è di nuovo in grado di affrontare la situazione fino al prossimo momento di stress.

L'alcool è un'altra potente droga, inoltre offre i vantaggi supplementari di rilassare i muscoli distrarre dal peso dei problemi.

Un altro appoggio esterno sono gli psicofarmaci. I tranquillanti sono la categoria di farmaci più prescritti negli Stati Uniti, specialmente alle donne. L'uso dei farmaci in sé non è sbagliato, ma il medico, nonostante la forte influenza delle case farmaceutiche e le richieste da parte dei pazienti di effetti immediati, dovrebbe anziché chiedersi *quale* farmaco prescrivere porsi, in primo luogo, il problema *se* il passo più opportuno sia prescrivere un farmaco.

Il super lavoro, l'uso del cibo per coprire la sofferenza emotiva, l'uso di farmaci e droghe, possono tamponare una situazione squilibrata per lungo tempo. Tutto ciò non eviterà che alla lunga si arrivi a un crollo di qualche tipo. Le modalità specifiche dipendono in larga misura dalla costituzione genetica, dall'ambiente in cui si vive e dal particolare stile di adattamento adottato.

Se c'è un'anamnesi familiare positiva per malattie cardiache, specialmente in presenza di altri fattori di rischio come il fumo, l'alcool o una dieta ricca di grassi, è facile che si produca un infarto.

Oppure può verificarsi una disregolazione del sistema immunitario che può facilitare l'insorgenza di un cancro.

C'è un altro ramo nel ciclo della reattività allo stress che può essere importante quando una situazione di stress inevitabile si protrae a lungo, per esempio quando si ha la responsabilità di prendersi cura di un parente anziano ammalato o di un bambino invalido. In questi casi gli *stressor* della vita quotidiana si sommano alle pressioni della situazione particolare.

Se la persona non sviluppa strategie di adattamento adeguate, lo stress può produrre una sovraccitazione permanente, che in assenza di una sostanziale possibilità di influire sulle cause di stress fondamentali, genera un senso di disperazione ed impotenza e tende a capovolgersi in depressione cronica.

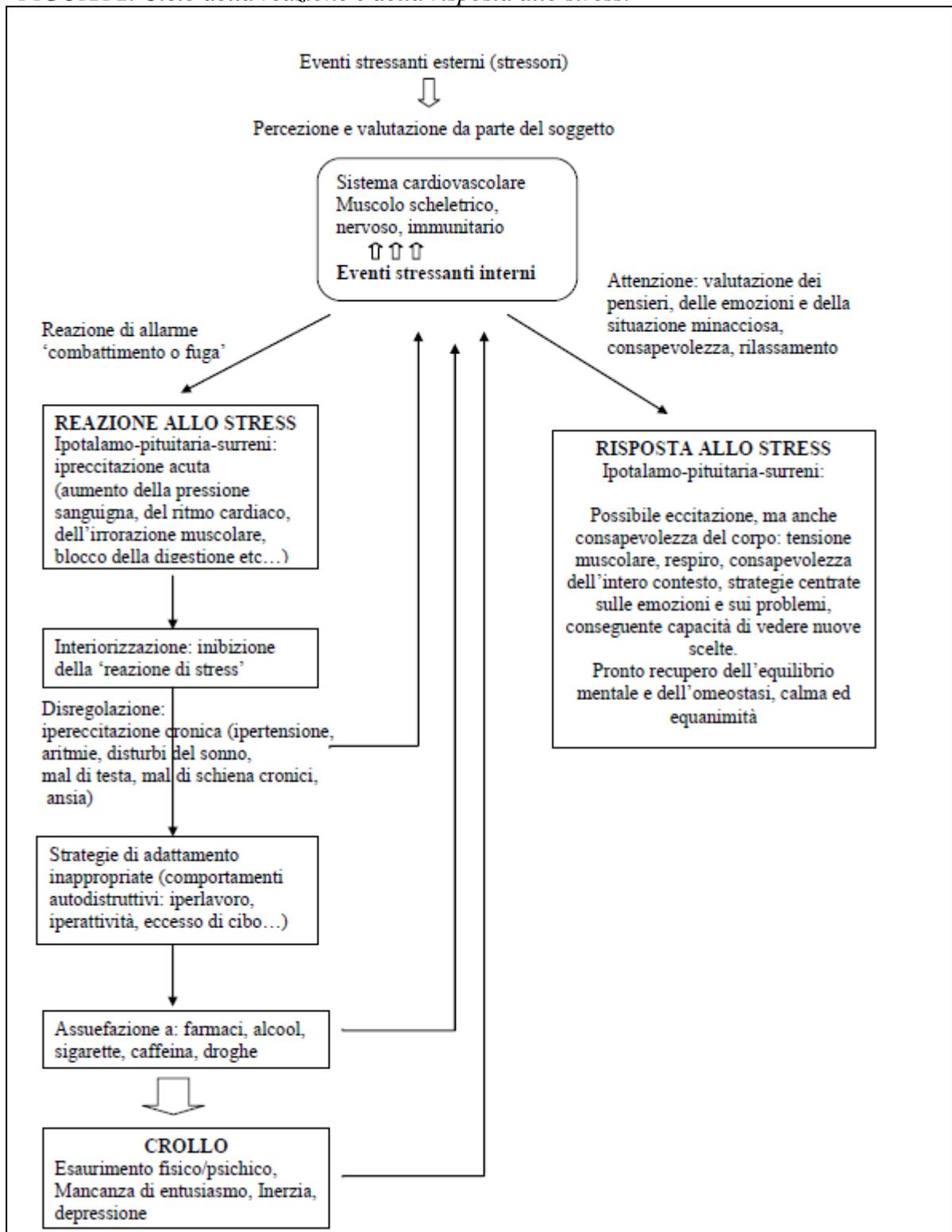
### ***1.3.2 Affrontare lo stress: rispondere anziché reagire***

Il primo passo, nonché il più importante, per rompere il circolo vizioso della reattività allo stress è diventare consapevole di quello che succede esattamente nel momento in cui sta accadendo.

La figura 2 riproduce lo stesso ciclo di reattività illustrato in figura 1, ma essa contiene anche, a destra, un cammino alternativo, detto risposta allo stress. Essa raccoglie le strategie di adattamento appropriate, in contrapposizione ai tentativi inappropriati esposti precedentemente.

Essere consapevole momento per momento permette di influire sul corso degli eventi, proprio quando è massima la tendenza a reagire automaticamente. Essere pienamente consapevoli porta a rendersi conto di essere parte integrante della situazione, questo cambia l'intera situazione ed apre tutta una serie di scelte per influire attivamente su ciò che accadrà in seguito. Questo richiede solo una frazione di secondo, ma è il fattore che determina se si segue il percorso della reazione allo stress o la rotta alternativa di risposta allo stress.

FIGURA 2. Ciclo della reazione e della risposta allo stress.



Come imboccare quest'altra via?

Essere centrati e consapevoli, riconoscere la natura stressante della situazione e i propri impulsi a reagire, si presenta già una situazione nuova: non si è più costretti a reprimere i pensieri e le emozioni che emergono per non perdere il controllo. Ci si può permettere di sentire la minaccia, la collera, la tensione muscolare, etc... ma tutto ciò viene

riconosciuto per quello che è, cioè semplicemente pensieri, emozioni o sensazioni. Ci si può rendere conto di come la visione sia squilibrata e la reazione eccessiva e inappropriata, non proporzionata a ciò che le circostanze richiedono. Questo passaggio riduce l'intensità della reazione e la sua presa sulla persona che la prova. Allora si può provare a lasciare andare la propria interpretazione limitata e ampliarla, consapevoli che si è appunto parte di quella situazione e se ne può modificare lo sviluppo.

La capacità di rispondere consapevolmente allo stress si sviluppa ogni volta che durante la meditazione si provano disagio, dolore o forti emozioni e si riesce ad osservare tutto ciò e a lasciare che sia così com'è, senza reagire. È necessario tempo e pratica per allenare questa via di risposta, la consapevolezza potrà a volte ridurre l'eccitazione, a volte no: a seconda delle circostanze. In generale la consapevolezza riduce il grado di eccitazione o comunque permette una più facile ripresa in seguito.

Affrontare in questo modo le situazioni di stress le trasforma in sfide per poter praticare la consapevolezza, e quindi occasioni verso una nuova crescita.

Il punto di partenza è il respiro, prestandogli attenzione, esso riconduce alla consapevolezza, ricorda di esaminare le tensioni che si sentono, ricorda di dare il giusto peso alle emozioni e ai pensieri e quindi di non identificarsi con essi. Inoltre se la causa dello stress è già passata, ci si rende conto, in quel momento, che qualsiasi cosa sia successa è già *successa*. Diventare consapevoli di questo consente di concentrare tutta l'energia nel presente, per affrontare i problemi che richiedono attenzione *ora*. Concentrando la propria energia in questo modo si recupera più prontamente il proprio equilibrio mentale e fisiologico, ritornando più velocemente in una condizione di omeostasi. Va evidenziato come il cammino di risposta allo stress, a differenza della reazione, non genera ulteriori frecce verso la persona: *la risposta allo stress non genera ulteriori stress* (vedi figura 2). Si risponde e la cosa termina, si affrontano i reali eventi che si verificheranno in seguito, ma comunque si va avanti e in questo modo il momento successivo porta meno strascichi di quello precedente, perché sono già stati affrontati nel momento in cui si sono prodotti.

Tali proprietà suggeriscono una notevole potenzialità della meditazione, per esempio, nella terapia dei disordini dell'affettività, numerosi studi dimostrano una riduzione dell'attività amigdaloidea durante la meditazione e che si protrae anche successivamente, in particolare dallo studio di Desbordes [Desbordes et al., 2012] la riduzione dell'attività amigdaloidea indotta dalla meditazione mindfulness era accompagnata da riduzione dei comportamenti di evitamento, dei sintomi depressivi associati e da aumento della stima di sé.

Disporre di questo metodo per affrontare le pressioni quotidiane, riduce chiaramente la dipendenza alle strategie di adattamento inappropriate. [Kabat-Zinn, 2004]

A supporto del dato che le modifiche dell'attività cerebrale permangono, si è visto che nei meditatori esperti la condizione di default è vicina a quella che un principiante acquisisce solo durante la meditazione ed è sostanzialmente diversa da quella di base del non meditatore. [Hasenkamp et al., 2012; Jang et al., 2011]

### 1.3.3 Sistema dei neuroni specchio

Da un punto di vista prettamente neurologico Siegel spiega cosa avviene nel cervello quando si pratica la consapevolezza mindful, come il proprio senso del sé si modifica.

Il cervello mappa continuamente gli strati profondi della sua stessa attività. Una "mappa neurale" è un cluster di scariche neurali, o il profilo di attivazione di una rete neurale, che rappresenta la "cosa" che si sta mappando. Antonio Damasio ha messo in evidenza almeno 3 livelli di mappe del sé.

Al livello base si hanno le “mappe di primo ordine” che sono il modo in cui le strutture più profonde del tronco dell’encefalo hanno pattern di scarica costanti dei processi di autoconservazione, come il ritmo del respiro e del cuore: il “proto-sé”. Nel quotidiano si ha poca consapevolezza di questi pattern, ma essi correlano neurologicamente con la nostra esperienza essenziale di base, momento per momento.

Ci sono poi le “mappe di secondo ordine”, sono quelle Damasio chiama il sé nucleare e includono, all’interno del campo dell’attenzione, anche l’evento che può aver modificato il proto-sé nel tempo. Questa viene chiamata coscienza nucleare ed esiste nel qui ed ora.

Vi è quindi la “mappa di terz’ordine”, la cui funzione consiste nel registrare i cambiamenti del sé nucleare nel corso del tempo, corrisponde al sé-autobiografico che include una connessione di passato, presente e futuro. Esso corrisponde a quello che Endel Tulving pensava facesse parte della conoscenza auto noetica, o consapevolezza che conosce se stessa. Si portano al centro del focus attentivo le rappresentazioni del passato poiché esse sono in relazione al futuro e si sovrappongono all’esperienza presente.

Si può proporre che la consapevolezza mindful sia aperta a tutti gli strati del sé, a tutte le forme di coscienza. In questo stato ricettivo, ci si può riempire di un sentimento del sé autobiografico e contemporaneamente considerare la sua funzione come un’attività della mente. Si può altresì sentire l’immediatezza sensoriale del qui e ora, i derivati dello scambio tra il proto sé e il mondo. Di fatto, tutti i flussi della consapevolezza che riempiono il fiume della coscienza sono i benvenuti nel mozzo della ruota della mente aperto dalla mindfulness. Sarebbe tuttavia riduttivo dire che la mindfulness corrisponde alla coscienza nucleare, che esiste nel qui e ora, si tratta solo di un buon punto da cui partire. Ma fermarsi qui significa trascurare la sensazione che la mindfulness implichi una dimensione stratificata integrata della consapevolezza, al di là del semplice sentire del momento e dei cambiamenti del proto-sé, come fa il sé-nucleare. Lo stato mindful è pieno tanto di meta-consapevolezza quanto di consapevolezza di ciò che è: consapevolezza ed accettazione del presente e accettazione in quanto prodotto della propria storia passata e fundamenta per quella futura.

Oltre a questa importante apertura della mindfulness, vi è anche la prospettiva che si crea prestando attenzione alle intenzioni. Quando si diventa consapevoli delle proprie intenzioni, la mente crea una rappresentazione di questo stato intenzionale che non è solo un sentimento, ma è sentita come un’attività della mente. Si può immaginare come il sé nucleare sia modificato dal sentire le proprie intenzioni.

Il sistema dei neuroni specchio e quello della corteccia temporale sono sintonizzati con gli atti intenzionali. Questo circuito di risonanza elabora le sue deduzioni matematiche anticipando ciò che accadrà successivamente dal punto di vista biologico. Iacoboni ha descritto questo processo come un predittore delle conseguenze su un piano motorio, intendendo dire che il cervello anticipa quali saranno i cambiamenti sensoriali in base ai movimenti dell’organismo osservato, ossia *sensory implication of motor action* (SIMA), implicazione sensoria di un’azione motoria. SIMA permette al cervello di prepararsi all’evento successivo anticipandolo. Grazie alla connessione della percezione con l’azione motoria, tipica del sistema dei neuroni specchio, il cervello crea un processo neurale che prepara il soggetto non solo ad anticipare, ma anche a condurre in prima persona la stessa azione. Quando si ha un’immagine di ciò che “accade adesso” e una preparazione automatica di ciò che sta per accadere, il cervello si rappresenta uno stato intenzionale. Nel “imminente adesso”, ciò che effettivamente accade si appaia con ciò che il sistema dei neuroni specchio del soggetto ha anticipato, la coerenza tra l’anticipazione e la mappa di ciò che effettivamente accade crea uno stato profondo di coerenza. Se tutto ciò fa parte della consapevolezza mindful, allora ci si può riferire a questo stato come a uno stato di “coerenza riflessiva”. Non si tratta di una preoccupazione per la

pianificazione del futuro, bensì dell'inevitabile stato di consapevolezza momento per momento, laddove ogni momento è appaiato con ciò che è accaduto nell'immediato passato. Il timing è di circa 108 millisecondi e creerebbe uno stato di integrazione neuronale che porta alla sensazione mentale di coerenza e a una sintonizzazione intrapersonale.

Considerando il proto-sé al tempo T1, l'evento di sentire le proprie emozioni con chiarezza e accettazione e quindi di nuovo il proto-sé al tempo T2 che si appaia e anticipa il proto-sé del tempo T1, poiché include il suo stato per mezzo del processo SIMA.

La sensazione centrale è quella di una profonda coerenza: c'è chiarezza di connessione, un chiaro appaiamento nella mappa di second'ordine dei due proto-sé e dell'osservazione delle proprie intenzioni. Questa è la pienezza riverberante del sé nucleare presente nella consapevolezza mindful.

A questo punto il quadro di riferimento di Damasio può essere utilizzato per affermare che la mappa di questi cambiamenti nel proto-sé, elaborata in risposta all'evento dell'osservare le proprie intenzioni, determina una mappatura di ciò che si osserva e che emerge, e di ciò che è osservato ed emerso, intesi come elementi. Questa è la risonanza coerente degli stati mindful.

Un esempio di sintonizzazione è la pratica consapevole del respiro. Nel momento dell'inspirazione le aree dei neuroni specchio e della corteccia temporale superiore, in quanto parte del circuito di risonanza, anticipano automaticamente, per mezzo del SIMA, l'espirazione. Quando l'espirazione arriva vi è un appaiamento tra ciò che è stato anticipato e ciò che sta accadendo. A sua volta la consapevolezza dell'espirazione attiva e coordina un'inspirazione successiva, che quando arriva integra SIMA con la consapevolezza del qui e ora, e si crea coerenza riflessiva. Questo può essere il motivo per cui il respiro è un focus di mindfulness tanto potente e comune. Il respiro è una parte fondamentale della vita. Il respiro è avviato da strutture profonde del tronco dell'encefalo e risente dell'influenza diretta dei nostri stati emotivi. Ma il respiro può essere anche intenzionale. La consapevolezza del proprio respiro porta al confine tra l'automatico e l'intenzionale, probabilmente per questo motivo i percorsi che portano alla salute includono un focus mindful come punto di partenza per questo viaggio.

Quindi, quando ci si focalizza sul respiro il sé-nucleare sente le proprie intenzioni e poi il processo SIMA del circuito della risonanza prepara il sé nucleare a ciò che accadrà nell'immediato futuro. Questa non è una forma di pianificazione né un modo per sfuggire al presente preoccupandosi per il futuro o per il passato; questa è la proprietà neuronale del priming.

Il priming rivela come il cervello sia una macchina che elabora anticipazioni, preparando di continuo sé stesso per il momento successivo. Sembra che questa sia una proprietà fondamentale dei circuiti neuronali, è il momento in cui, in quanto processori in parallelo, i circuiti cerebrali apprendono dall'esperienza.

Al contrario, la pianificazione è un'invenzione prefrontale in cui le rappresentazioni delle esperienze passate vengono astratte in concetti che permettono di riflettere su ciò che è accaduto e pensare ciò che si vorrebbe fare in futuro.

Le implicazioni sensoriali di SIMA permettono ai circuiti sensoriali di sentire le proprie intenzioni, di elaborare dei processi di priming anticipatorio che preparano al momento successivo e di monitorare in modo costante i cambiamenti del sistema per proseguire nel priming del momento successivo. In termini cerebrali questo è l'*adesso*, non c'è un modo per stare più vicini di così all'*ora*. [Siegel, 2009]

## 2. IPNOSI

### 2.1 Definizione, importanza della relazione e accenno al metodo Eriksoniano

L'ipnosi può essere definita come un'attività fisiologica anche se non ordinaria della mente, in grado di consentire una profonda introspezione con modalità diverse da quelle del pensiero riflessivo. Questa attività è in grado di aprire una diretta comunicazione con l'inconscio e con funzioni somatiche normalmente non controllabili volontariamente, come ad esempio quelle connesse con il sistema neurovegetativo e con le vie del dolore, consentendo una loro modulazione e anche un loro controllo. [Facco, 2014]

Un elemento fondamentale dell'ipnosi è il rapporto che si crea tra l'ipnologo e il soggetto, esso consiste in una forte relazione, analoga a quella psicoanalitica (caratterizzata da tranfert e controtransfert [Lapenta, 1986]) ed elemento essenziale della stretta alleanza terapeutica necessaria per portare a una sua efficace induzione e gestione. [Facco, 2014]

È opportuno esporre la differenza tra i concetti di ipnosi ed ipnotismo, Franco Granone li distingueva, intendendo la prima come attività del soggetto e il secondo come tecnica di induzione e di gestione dell'ipnosi da parte dell'operatore:

*“S'intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato di coscienza che permette di influire sulle condizioni psicofisiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore...il termine di ipnosi è cronologicamente posteriore di una trentina d'anni a quello di ipnotismo...si adopererà la parola di ipnotismo quando si parlerà del fenomeno ipnotico, considerandolo in stretto rapporto con l'operatore e la parola ipnosi quando ci si riferirà alla semplice sintomatologia ipnotica, come sindrome a sé stante ed avulsa, in certo qual modo, dall'operatore”.* [Granone, 1989]

Recentemente questo aspetto dell'ipnosi è stato ripreso da Barnier e Nash [Barnier e Nash, 2008] che hanno definito il concetto di ipnosi sia come la procedura sia come il prodotto. L'ipnosi come prodotto non esiste solo come conseguenza formale della procedura di induzione, mentre nella definizione e nell'analisi teoretica dell'ipnosi non si deve confondere ciò che è procedura tecnica di gestione dell'ipnosi con la sua fenomenologia, ovvero ciò che è osservato da fuori in termini di comportamento e modificazioni fisiologiche, con ciò che succede all'interno, in termini di capacità del soggetto, di vissuto, di qualità, profondità ed adeguatezza dell'esperienza ai bisogni che il soggetto ha. [Facco, 2014]

Quindi la relazione tra ipnotista e soggetto ipnotizzato è fondamentale per iniziare l'esperienza di ipnosi, ma ciò che si verifica durante l'ipnosi dipende dal soggetto. L'abilità dell'ipnotista sta nel condurlo verso l'obiettivo prefissato, in una condizione in cui le eventuali resistenze del Super-Io sono attenuate, ma la coscienza dell'ipnotizzato è attiva e gli permette di scegliere che fenomeni produrre.

Utile a questo punto è un accenno a Milton Erickson. Egli ha sviluppato una forma di

ipnoterapia chiamata “*ipnosi ericksoniana*”, che permetterebbe di comunicare con l'inconscio del paziente. Questo tipo di ipnosi, molto simile ad una normale conversazione, che spesso può fare anche uso di metafore e di un linguaggio suadente e poetico, induce, rilassando il paziente, una sorta di trance ipnotica nel soggetto stesso, che non è sonno, ma, come accennato all'inizio, una fisiologica espressione non ordinaria della mente. [Frausin, 2010]

Ciò è visibile quando il paziente presenta indicatori di trance: occhi semiaperti o chiusi con “sfarfallio” delle palpebre, deglutizione frequente, lievi stati di alterazione della coscienza (come leggere allucinazioni "semplici" - in genere suoni o colori - simili a sogni o percezioni del dormiveglia), rilassamento dei muscoli, respiro rallentato, possibile amnesia del periodo di trance, analgesia, leggero sonnambulismo, ecc. [Boyes, 2008]

A questo punto, il terapeuta può suggerire delle piste di soluzione all'inconscio, aggirando le resistenze che nel normale stato di veglia si potrebbero opporre al cambiamento. Se sentendo la storia o ascoltando le parole del terapeuta, il paziente manifesta alcuni segni di trance, si è nelle condizioni necessarie per intervenire. Erickson credeva che ognuno avesse una propria personale realtà autocostruita, e che entrarvi dentro e modificare le percezioni del paziente, parlando con l'inconscio, fosse l'unico modo di cambiarla. [Frausin, 2010]

La ragione principale dell'impiego delle metafore è di presentare le cose “camuffate”, così che, a differenza dei metodi di terapia diretta, non vengano messe in questione al livello conscio. In altre parole, l'obiettivo è presentare un significato in modo metaforico all'emisfero destro, e non, nel linguaggio logico, digitale, dell'emisfero sinistro.

Erickson aveva una straordinaria abilità nella “comunicazione a due livelli”: un modo di comunicare simultaneamente con la mente conscia e con la mente inconscia. Mentre si dà alla mente conscia un messaggio che la tiene “occupata”, si invia di nascosto alla mente inconscia un altro messaggio terapeutico. In questo senso la metafora ben si presta ad un tipo di comunicazione a due livelli, che può suscitare una risposta comportamentale nuova ed efficace. [Rosen, 1981]

Numerose tecniche di ipnositerapia sono state sviluppate, riprese o generate dal lavoro del dott. Erickson. Tra le più note tecniche si possono ricordare quelle indirette come mezzo di accesso alle “resistenze” del paziente e il particolare tipo di linguaggio della Programmazione Neuro Linguistica (PNL), denominato dagli stessi fondatori Bandler e Grinder, “*Milton's model*” o “*linguaggio vago*”. [Boyes, 2008]

## ***2.2 Alcuni esempi di applicazione***

Passiamo ora a considerare alcuni esempi di applicazione dell'ipnosi.

Essa si propone come un valido strumento in numerosi ambiti clinici, uno dei fenomeni molto importanti che si ottiene in ipnosi è l'analgesia, inoltre induce un rilassamento muscolare, permette di ottenere la possibilità di dominare l'ansia, è quindi valida in tutti i contesti medici e chirurgici dove siano richiesti uno o più di questi effetti.

In psicoterapia va considerato un riequilibratore psicofisico ed è un valido strumento per ottenere un rafforzamento dell'Io.

In ambito psiconeuroendocrinoimmunologico permette di ottenere dei cambiamenti ormonali mirati.

In settori extramedici garantisce un *empovermet* nell'utilizzo delle capacità di cui il soggetto dispone, quindi può essere utile in ambito sportivo, lavorativo e nell'apprendimento.

### ***2.2.1 Ipnosi: applicazioni cliniche***

#### **DOLORE**

Recentemente, numerosi studi hanno confermato l'efficacia dell'ipnosi come trattamento in un largo numero di condizioni che presentano dolore cronico: fibromialgia [Caste et al., 2007; Haanen et al., 1991], sclerosi multipla [Jansen et al., 2009], cefalea [Spinhoven et al., 1992; Zitman et al., 1992], traumi del midollo spinale [Jansen et al., 2009], dolore conseguente a disabilità [Jansen et al., 2008; Jansen et al., 2005] e dolore neoplastico [Elkins et al., 2004].

Molte review recenti, di questa crescente branca della letteratura, concludono che:

- l'ipnosi risulta efficace nella riduzione della maggior parte delle forme dolorose e aspetti correlati al dolore, tra cui intensità, durata, frequenza e uso di analgesici, quando comparata al non trattamento o alla terapia sintomatica di supporto;
- l'ipnosi dimostra simile efficacia ad altri trattamenti con caratteristiche comuni all'ipnosi stessa, come il rilassamento muscolare progressivo, il biofeedback e il training autogeno. [Elkins et al., 2007; Jensen et al., 2009; Stoelb et al., 2009]

Come già accennato, l'ipnosi è costituita dalla fase di induzione e dalla fase ipnotica vera e propria, durante la quale l'ipnotista può dare dei messaggi rivolti al raggiungimento dell'obiettivo prefissato, dette appunto suggestioni ipnotiche.

Negli studi considerati, quando lo scopo dell'ipnosi è la riduzione del dolore, le suggestioni includono, tra le tante: cambiamento della sensazione di dolore in qualcosa di diverso, come fastidio o intorpidimento; riduzione del dolore; aumento del comfort; spostamento del focus di attenzione lontano dalla sensazione dolorosa; aumento della capacità di ignorare la presenza del dolore. [Erikson et al., 1976]

La review di Dillworth [Dillworth et al. 2010] si è focalizzata sui tipi di suggestioni utilizzate nei diversi studi, i criteri di inclusione comprendono: presenza di un gruppo di controllo non trattato con l'ipnosi (questi gruppi potevano assumere o meno una terapia farmacologica a scopo antalgico), soggetti adulti, soggetti affetti da dolore cronico.

Dalle conclusioni è emerso che il dolore cronico è un fenomeno complesso e raramente gestito con un unico tipo di trattamento. Complessivamente l'ipnosi risulta essere

un'opzione valida ed efficace per la gestione del dolore cronico, che, data la sua mancanza di effetti collaterali significativi e i potenziali benefici del rapporto costo-efficacia, si presenta come un'opzione promettente. Inoltre la ricerca riporta soddisfazione da parte dei pazienti, anche tra coloro che non hanno raggiunto il controllo del dolore. [Dillworth et al. 2010]

## **PSICOTERAPIA**

In psichiatria, l'ipnosi viene considerata una psicoterapia. Non va considerata un punto di arrivo, ma un punto di partenza su cui impostare tutto un percorso successivo. Indurre ipnosi non significa curare, non è l'induzione che conta, ma appunto la ristrutturazione dell'Io che avviene durante l'ipnosi come risultato di una collaborazione attiva tra soggetto ipnotizzato e terapeuta-ipnotista.

E' certamente possibile accontentarsi di un'ipnosi di 1° livello, se l'obiettivo è tamponare temporaneamente una falla e, in questo senso, comportando il semplice stato di ipnosi miorilassamento e ansiolisi, implica automaticamente alcuni immediati risultati terapeutici. Tuttavia in condizioni psichiatriche c'è bisogno di ricostruire il tessuto che permetta all'individuo di navigare nella società e ciò è possibile solo attraverso il rapporto interumano e quindi con un'ipnositerapia-psicoterapia.

L'ipnosi, infatti, può essere ampiamente adoperata come metodo di analisi della personalità profonda e per una successiva presa di coscienza. In questi casi il trattamento ipnotico si innesta in quello psicoanalitico; si tratta in sostanza di un'applicazione dell'ipnosi alla psicoanalisi, nel senso che tali metodiche si fondano sulla teoria e sui criteri interpretativi della psicoanalisi. Questa è l'ipnositerapia della presa di coscienza, in tale contesto è indicata eventualmente anche l'utilizzazione della musica (meloterapia) come mezzo terapeutico.

L'ipnosi può essere utilizzata per superare le resistenze inconscie durante l'analisi e attraverso i metodi della regressione d'età, della scrittura automatica, delle libere associazioni, dei sogni indotti, della rivificazione, etc. e permette di acquisire rapidamente i dati necessari per l'analisi.

In sintesi serve per accorciare i tempi e per sfruttare appieno le possibilità della psicoterapia analitica. Inoltre, l'ipnosi modifica il transfert. Vista in quest'ottica l'ipnosi rappresenta un ponte affettivo, una cura che allevia la sofferenza del paziente.

Dunque in psichiatria l'ipnositerapia è particolarmente utile nella psicoanalisi, ma è anche indicata in tutte le forme nevrotiche, tenendo sempre presente però il problema legato al sintomo. La cosiddetta ipnosi avversativa, dove la suggestione porta a un decondizionamento rapido, non è mai opportuna; anche in questi casi è l'ipnositerapia della presa di coscienza, quando possibile, sempre la più utile. [Lapenta, CIICS 2015]

## **DIPENDENZE**

Relativamente al tabagismo una review di 11 studi che si sono avvalsi dell'ipnositerapia non ha dimostrato effetti significativi circa l'efficacia della stessa nella cessazione del fumo, mentre più efficace è risultato essere il counseling. [Barnes et al., 2010]

Risultati analoghi, dai quali in sostanza l'ipnosi non è emerso essere uno dei trattamenti raccomandabili per smettere di fumare, sono riportati nel report di Neil C. Abbot. [Smith, 2011]

Nell'alcoolismo i risultati sono relativamente scarsi; nella tossicodipendenza sono pressoché nulli. [Lapenta, CIICS 2015]

## **ODONTOIATRIA E CHIRURGIA**

In odontoiatria è particolarmente indicata come anti-ansia, nell'attesa dell'intervento.

In questo campo può essere usata anche come analgesia, sebbene oggi i farmaci sono più pratici. Inoltre può essere utilizzata per tamponare le piccole emorragie, infatti con l'ipnosi è possibile ottenere una vasocostrizione periferica che può dominare molto bene le piccole emorragie tipiche dell'odontoiatria. Infine, possiamo ottenere la diminuzione della salivazione, evento utilissimo quando si opera nel cavo orale. [Lapenta, CIICS 2015]

Glaesmer et al [Glaesmer et al., 2015] hanno condotto un trial controllato sugli effetti dell'ipnosi per ridurre l'ansia nei pazienti che stavano per sottoporsi a rimozione dentale. I risultati confermano i dati precedentemente disponibili in letteratura circa il suo beneficio nella riduzione dell'ansia e sottolineano inoltre un elevato grado di consenso da parte dei pazienti.

In chirurgia può essere utile per preparare tranquillamente il paziente all'intervento chirurgico, ma ancora di più nel periodo post-operatorio quando si può intervenire sulla volontà di guarigione.

Vanhaudenhuyse ha esaminato gli aspetti comportamentali, di neuroimaging e studi elettrofisiologici dello stato ipnotico e dell'ipnosi usata come strumento per modulare le risposte cerebrali agli stimoli dolorosi. Gli studi hanno dimostrato che i processi ipnotici modificano i network cerebrali sia relativi ad aspetti interni, come la consapevolezza di sé, sia quelli legati all'ambiente circostante.

I meccanismi cerebrali alla base della modulazione del dolore in condizioni ipnotiche coinvolgono le aree corticali, sottocorticali, cingolo anteriore, corteccia prefrontale, talamo e gangli della base. In associazione con l'anestesia locale e la sedazione cosciente nei pazienti sottoposti a chirurgia, l'ipnosi è associata ad un maggior comfort peri e post operatorio dei pazienti ma anche dei medici chirurghi. [Vanhaudenhuyse et al., 2014]

## **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Un altro campo è l'ostetricia, ove si sta diffondendo sempre di più il parto in ipnosi. In questo caso si mira ad ottenere l'effetto ansiolitico, il rafforzamento dell'Io, rendere positivo il tempo di attesa all'evento molto sentito, ma ancora più importante è l'azione miorilassante e l'analgesia. Si tenga presente che nel parto in ipnosi basta una trance leggera per cui la paziente sarà in grado di collaborare totalmente con l'ostetrico, rimanendo tutto sommato presente a sé stessa. Inoltre, l'ipnosi abbrevia la durata del parto. [Lapenta, CIICS 2015]

L'ipnosi risulta efficace anche nel rivolgimento del podalico, con risultati analoghi della PNL ed entrambe le tecniche si mostrano superiori rispetto a quelle tradizionali [Reinhard et al., 2012]

Assai utile si rivela nella psicosomatica ginecologica e nelle malattie psicosessuali, in particolar modo nel vaginismo, nella dispareunia, nel prurito vaginale, nei disturbi dell'eiaculazione, nel calo della libido, nell'anorgasmia, etc. [Lapenta, CIICS 2015]

## **DERMATOLOGIA**

Molto interessante è il campo dermatologico, ad esempio le verruche cadono con estrema facilità. La pelle è molto carica di significato psicosomatico essendo la frontiera tra l'Io e

il non Io; ha un grosso significato relazionale e poiché il rapporto è transfert, si può intuire facilmente l'estrema utilità. [Lapenta, CIICS 2015]

### ***2.2.2 Ipnosi e psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI)***

La PNEI è una disciplina che si occupa delle relazioni fra il funzionamento del sistema nervoso, del sistema immunitario e del sistema endocrino.

La PNEI nasce quindi ufficialmente meno di quaranta anni fa come convergenza di discipline scientifiche diverse quali le scienze comportamentali, le neuroscienze, l'endocrinologia e l'immunologia e si propone lo studio delle interazioni reciproche tra attività mentale, comportamento, sistema nervoso, sistema endocrino e reattività immunitaria.

Il suo primario obiettivo è lo studio riunificato di sistemi psicofisiologici che in passato erano sempre stati analizzati in maniera separata e autonoma. [Ader, psychoneuroimmunology 1981]

È opportuno considerando in quest'ambito, una potenzialità d'azione dell'ipnosi che può essere descritta come:

*“uno squisito fenomeno psicosomatico, con le sue specifiche modalità di azione, soprattutto quando si tratta di quello autoindotto da monoideismi plastici intensamente vissuti, capaci di mettere in moto meccanismi biochimici, ormonali, peptidici, enzimatici, a loro propri”.* [Granone, Coscienza e conoscenza negli stati ipnotici 1987]

In uno studio condotto da Iannini, su dei soggetti con vari disturbi endocrini, di cui alcuni riuscivano a risalire al possibile evento stressante scatenante il disturbo stesso, emerge come il gruppo di soggetti trattati con l'ipnosi rispetto al gruppo trattato con placebo/nocebo abbia ottenuto miglioramenti statisticamente significativi dei loro livelli ormonali e nel di loro la normalizzazione di tali livelli. [Iannini, CIICS 2015]

### ***2.2.3 Ipnosi e miglioramento della performance in settori extramedici***

Infine, un accenno all'applicazione dell'ipnosi nei settori extramedici, extraclinici, ove si opera su soggetti sostanzialmente sani, ma che vorrebbero un miglioramento delle loro prestazioni; siamo nei settori dello sport, educazione e studio, lavoro. L'ipnosi consente di dare il meglio di se stessi e non certo di dare di più di quanto la natura ha fornito.

Nello sport l'ipnosi non è assolutamente doping. Nello stato di ipnosi si arriva ad ottenere nelle manifestazioni sportive il massimo dell'efficienza ma niente di più; si riesce a fare in modo che l'atleta renda al massimo delle sue possibilità. In nessun modo tale tecnica può recare danno. Si mira a ottenere la sedazione della risonanza emotiva, della risonanza somatica (l'ipnosi infatti smorza la componente somatica delle reazioni affettive), il recupero delle energie psicofisiche dell'atleta, la sedazione della paura del pubblico e del timore dell'esibizione. Infine, con l'ipnosi è possibile condizionare l'atleta a realizzare un sonno tranquillo, distensivo, ristoratore la notte precedente la competizione. [Lapenta, CIICS 2015]

Per esempio, Iglesias [Iglesias et al., 2011] ha condotto uno studio da cui emerge l'utilità dell'ipnosi nel miglioramento delle prestazioni sportive e la risoluzione di esperienze negative avvenute durante la pratica sportiva stessa in un gruppo di giocatori di baseball.

Nel lavoro, spesso a livello manageriale, si può intervenire con successo per far conseguire al paziente maggior distensione e concentrazione mentale. Si rende particolarmente importante intervenire per scaricare l'ansia, migliorare l'efficienza e sostenere la memoria. Infine, è necessario portare il soggetto alla comprensione chiara dei problemi che deve affrontare, ad afferrarne il nocciolo. Così come per l'atleta, anche qui è opportuna la grinta e la mentalità vincente.

Nell'educazione e nello studio si allena all'impegno personale, al superamento degli ostacoli, all'esercizio della volontà. Qui l'ipnosi serve a suscitare le energie latenti, a sviluppare le potenzialità di cui il soggetto è fornito, ma che circostanze soggettive e oggettive hanno impedito di manifestarsi a pieno. Bisogna suscitare sentimenti di fiducia e solidificare la sicurezza di sé. Si daranno suggestioni per vincere l'abulia, per suscitare ambizione, impegno e volte al potenziamento delle capacità mnemoniche. [Lapenta, corso CIICS 2015]

## ***2.3 Possibili meccanismi: monoideismo plastico, attivazione genica specifica ipnosi e PNEI, attivazione neurologica nel controllo delle vie del dolore***

L'ipnosi si caratterizza della fase di induzione alla quale segue la fase ipnotica vera e propria in cui è possibile ottenere dei cambiamenti somatici. Si cercherà in queste pagine di esporre come questo avviene.

Un elemento fondamentale dell'ipnosi è il rapporto che si crea tra l'ipnologo e il soggetto: elemento essenziale della stretta alleanza terapeutica necessaria per portare ad un'efficace induzione e gestione del fenomeno ipnotico. [Facco, 2014]

Una volta ottenuto lo stato di ipnosi vi sono varie strategie di intervento, a seconda dell'effetto che si desidera ottenere. Se si sta intraprendendo un percorso psicoterapico saranno opportune suggestioni ipnotiche indirette, che si avvalgono di metafore e che lentamente portino ad una ristrutturazione e un rafforzamento dell'Io. [Frausin, 2010]

Se invece l'ipnosi viene usata in clinica per trattare uno specifico disturbo somatico saranno più utili suggestioni dirette, che facciano leva sulla capacità della mente di influire sul soma.

A questo punto è essenziale esporre il concetto di monoideismo plastico, definito da Granone come segue:

*“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.”* [Granone, 1989]

Sempre Granone spiega che:

*“L'ipnosi è l'evento più eclatante di un profondo rapporto psicosomatico, alla cui base vi sono molteplici correlazioni; tali correlazioni si effettuano mediante i centri corticali viscerali, il sistema limbico-ipotalamico, il diencefalo, la sostanza reticolare e tutto il sistema nervoso vegetativo, simpatico e parasimpatico; il sistema endocrino ipotalamico-ipofisi-surrene, le gonadi, la tiroide etc.; i neuroormoni e i neurotrasmettitori che mediano l'entrata e l'uscita degli stimoli; i neuro peptidi che si integrano con l'attività dei neurotrasmettitori o agiscono come veri e propri ormoni al di fuori del sistema nervoso.”*

Da queste importanti affermazioni, unite con le scoperte di una recente branca della medicina, la PNEI, sta sorgendo un interessante connubio con nuove possibilità terapeutiche tra la stessa e l'ipnosi.

L'ipnosi, ponendo il soggetto in grado di agire sul proprio sistema psico-neuro, dopo un opportuno addestramento da parte del terapeuta, permette di ottenere dei cambiamenti mirati a livello di secrezione ormonale e quindi di condizione somatica. In quest'ottica, l'ipnosi sarebbe quindi un possibile strumento di controllo dei disordini endocrini e immunitari causati da stati di stress cronico. [Iannini, CIICS 2015]

Questa si presenta come un impiego mirato dell'ipnosi nel cercare di modificare una specifica reazione fisica, ma la via neuro-endocrino-immunologica che viene attivata può anche essere esattamente la stessa rappresentata in figura 2 (vedi “Risposta allo stress”)

Rimangono pertanto validi gli stessi meccanismi, ma si inizia a delineare la prima possibile differenza tra le due tecniche: attivazione di una risposta somatica da parte del soggetto ipnotizzato il quale però è ora guidato dall'ipnotista.

Per quanto riguarda il dolore, l'analgesia ipnotica è caratterizzata dai seguenti elementi:

- modulazione delle aree corticali connesse con il dolore, non gestibili volontariamente in condizioni ordinarie [Derbyshire et al, 2004; Faymonville et al. 2006; Hofbauer et al. 2001];
- aumento elevato della soglia fino anche all'analgesia completa in una consistente percentuale dei casi, associato a blocco delle risposte allo stress (aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca), fatto che rende l'ipnosi confrontabile all'anestesia farmacologica. [Casiglia et al.,2007; Casiglia et al., 2012; Facco et al., 2009; Facco et al., 2011]

Si tratta dunque di una vera e propria analgesia che il paziente impara a realizzare e poi a fare anche autonomamente. Questo secondo aspetto deve far considerare questa tecnica non come influenza dell'ipnologo, ma come un potenziamento delle capacità del soggetto stesso.



### 3. LE DUE TECNICHE A CONFRONTO

Da quanto esposto fin'ora è già emerso che le due tecniche hanno aspetti comuni, nei paragrafi seguenti si cercherà di presentare schematicamente affinità e differenze delle stesse.

#### 3.1 Differenze

Partiamo da quelle che, almeno di primo acchito, sembrano essere differenze:

TABELLA 1. Mindfulness e Ipnosi a confronto: Differenze [Calderoni, CIICS 2015]

<i>MINDFULNESS</i>	<i>IPNOSI</i>
Espande	Concentra
Processi intrapersonali	Processi interpersonali
Accoglie ciò che è	Focalizza su singole esperienze a scelta
Sta nel presente	Viaggia nel tempo
Non è una tecnica di rilassamento ma lo ottiene	È anche una tecnica di rilassamento e lo presuppone

L'attenzione può focalizzarsi su qualcosa o espandersi, se si focalizza su qualcosa di specifico, si è concentrati, se si focalizza sulla possibilità di notare tutto, si è consapevoli. In realtà le due cose sono correlate e interdipendenti, si può utilizzare la focalizzazione per arrivare a espandere l'attenzione o si può fare il processo inverso. Il meccanismo proprio dell'ipnosi è spostare un focus su un altro, il meccanismo della consapevolezza è prendere atto di dov'è il focus dei propri pensieri e ampliarlo per concentrarsi su tutto, successivamente si potrà scegliere qualcosa su cui eventualmente rifocalizzarsi.

Quindi la mindfulness espande il campo dell'attenzione, l'ipnosi concentra il campo dell'attenzione, ma in entrambe le tecniche l'utilizzo dell'attenzione è identico: si *nota* dov'è il pensiero, ci si allontana e poi si *sceglie* dove ridirigerlo.

La mindfulness accoglie ciò che c'è nel momento in cui c'è, senza giudicarlo. L'ipnosi si focalizza su singole esperienze, tipicamente su quelle sgradevoli da rietichettare o su quelle gradevoli che possono servire per un rinforzo personale.

La mindfulness sta sempre nel presente, mentre l'ipnosi proietta nel tempo: ci si può immaginare nel passato o nel futuro.

La mindfulness non è una tecnica di rilassamento, anzi all'inizio può irritare, solo con la pratica porta come effetto finale un rilassamento. L'ipnosi invece presuppone che la persona sia rilassata o comunque ci arrivi nel corso del processo. Tuttavia, sebbene con tempistiche proprie, il rilassamento è legato ad entrambe le condizioni.

### 3.2 Somiglianze

Si passa ora ad esporre gli aspetti comuni ad entrambe.

TABELLA 2. *Mindfulness e Ipnosi a confronto: Somiglianze [Calderoni, CIICS 2015]*

<i>MINDFULNESS</i>	<i>IPNOSI</i>
Porta ad uno stato modificato della coscienza	È uno stato modificato della coscienza
Utilizza l'attenzione per notare e tornare al focus	Parte da una focalizzazione o dispersione dell'attenzione
Pre-talk, relazione, aspettative, yes set, induzione, deepening, comandi postipnotici, esduzione	Struttura simile, anche se esplicitamente dichiarata
Presenza di una guida per l'apprendimento, possibile esperienza autonoma	Ipnotista, poi autoipnosi
Stato dissociativo richiesto per il distacco	Stato dissociativo richiesto per il rilassamento e la terapia
Coinvolge le aree cerebrali dell'attenzione e mdl: corteccia prefrontale e del cingolo	Idem
Aumento delle onde alpha 8-10Hz fino a theta	Aumento delle onde theta 6-8Hz fino ad alpha

La mindfulness porta a uno stato modificato della coscienza perché si nota quello che la mente contiene, d'altra parte l'ipnosi è uno stato modificato della coscienza.

In entrambi i casi si arriva ad una condizione che si caratterizza per essere un'attività introspettiva profonda e inscindibilmente psicosomatica. Tutte e due le tecniche possono dunque essere viste come una possibilità di riconciliazione della relazione mente-corpo; tale riunione permette di accedere alla conseguente capacità di controllare con la mente funzioni somatiche inaccessibili alla volontà in condizioni ordinarie di coscienza. [Facco, 2014]

L'induzione dell'ipnosi avviene tramite focalizzazione dell'attenzione, processo analogo a quello utilizzato in gran parte delle tecniche di meditazione.

La mindfulness utilizza l'attenzione per notare quello che c'è e tornare al focus, ad esempio focalizzandosi sul respiro e quando il pensiero divaga si nota dove va la mente, si osserva qual è la distrazione e si ritorna a prestare attenzione al respiro: la mindfulness non è rimanere fermi sul respiro, ma ritornarvi dopo ogni distrazione.

La focalizzazione dell'attenzione consente di eliminare dalla coscienza gli elementi collocati alla periferia dell'attenzione e quelli distraenti: è un fenomeno del tutto fisiologico che si verifica quando si è fortemente concentrati in qualche attività e non ci si accorge di ciò che avviene nell'ambiente circostante. [Facco, 2014]

In entrambe le tecniche è necessaria la presenza di una guida, infatti anche nella mindfulness essa spiega quali sono i tratti salienti della tecnica e accompagna durante l'esecuzione, almeno le prime volte, per apprendere correttamente.

Invece, una delle differenze che erroneamente si apporta tra ipnosi e meditazione è quella di considerare la meditazione come un'attività autoindotta e l'ipnosi come etero indotta: si può osservare come tale distinzione sia ora discutibile perché anche la meditazione ha bisogno di un maestro per essere appresa, mentre l'autoipnosi esclude di fatto la necessità dell'ipnologo per l'induzione. [Facco, 2014]

Inoltre se l'alleanza terapeutica e il rapporto tra soggetto ed ipnologo sono elementi essenziali dell'ipnosi, sembra più corretto considerare la disposizione ad eseguire le istruzioni ipnotiche come semplice e coerente prodotto della fiducia nell'operatore e della motivazione a realizzarle: ogni persona che abbia un tale atteggiamento (di per sé criticamente e liberamente deciso), è disposta a seguire con diligenza ogni istruzione, analogamente a ciò che avviene in un buon rapporto tra maestro e allievo. [Facco, 2014]

Un elevato grado di suggestionabilità ipnotica, non implica che un soggetto ipnotizzato sia incapace di esercitare il controllo su pensiero ed azione, ma piuttosto che sia più incline a seguire la suggestione ipnotica, ovvero che si concentri maggiormente a realizzare ciò che gli viene richiesto piuttosto che lasciare spazio alla critica che insinua la domanda del perché egli debba farlo. [Spiegel, 2013]

Questo spostamento al *cosa* realizzare anziché *perché* realizzarlo, consente, in terapia, un analogo vantaggioso spostamento dal modo maladattativo di analizzare situazioni e problemi a una loro percezione più diretta e neutra per rielaborarli senza sovrapporvi le proprie proiezioni. Questa capacità di uscire dalla propria prospettiva, consente di adottare strategie diverse e migliori. Questo processo, basato su capacità empatica ed immaginazione eidetica, è probabilmente implicato anche nell'esperienza del Sé oltre i confini dell'io, della spiritualità tradizionalmente di pertinenza meditativa. [Facco, 2014]

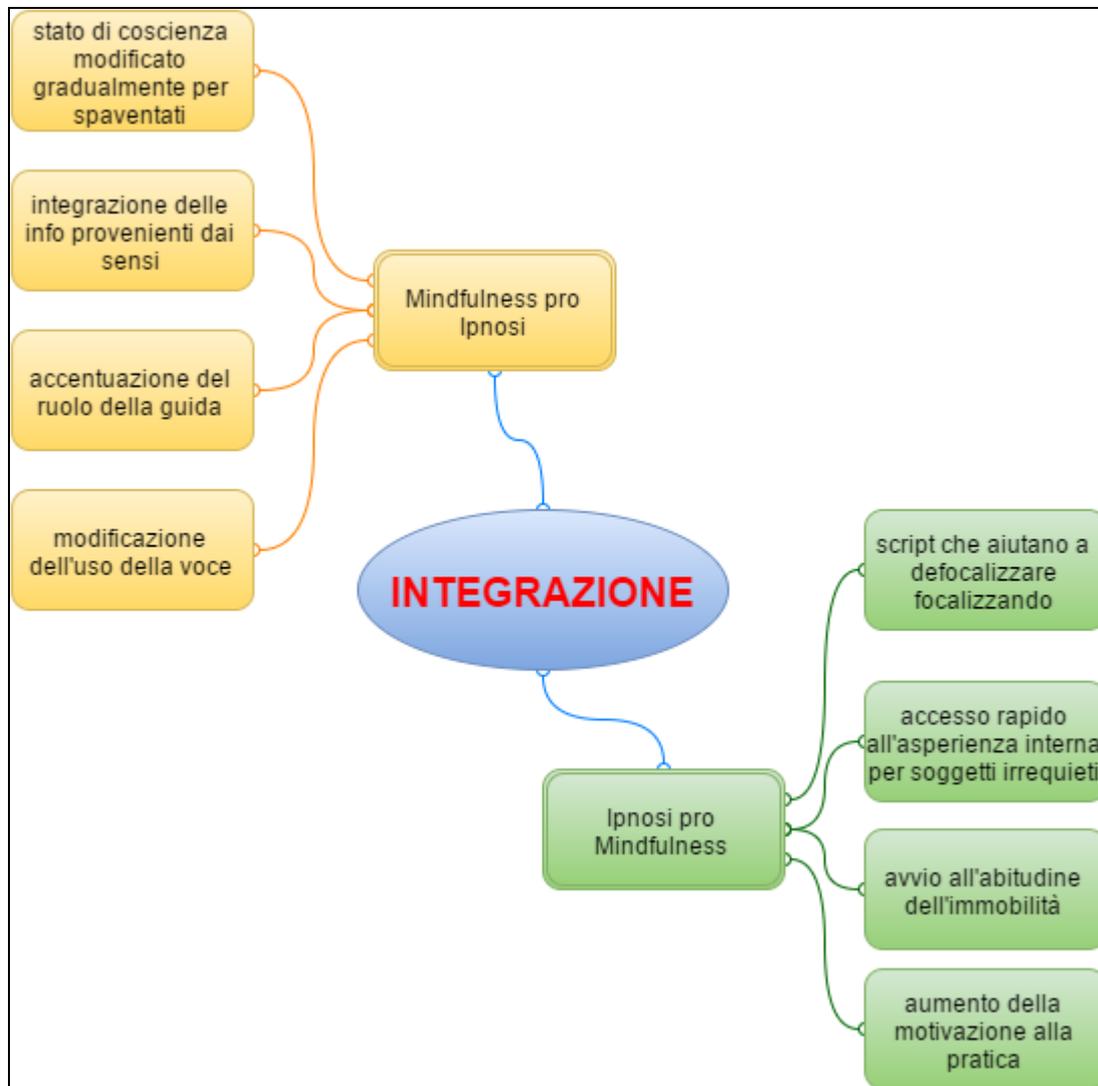
C'è uno stato dissociativo che corrisponde con la capacità di espandere l'attenzione e considerare i pensieri come tali nella mindfulness, come anche nell'ipnosi con lo scopo invece di focalizzare l'attenzione su specifiche esperienze.

Entrambe coinvolgono le aree cerebrali dell'attenzione, in particolare la corteccia prefrontale e del cingolo.

Infine, a livello elettroencefalografico, per la mindfulness si nota un aumento delle frequenze tra 8-10 Hz (parte bassa frequenze alpha), ma si può scendere anche sotto gli 8, per l'ipnosi invece si è intorno ai 6-8 Hz (parte alta frequenze theta), ma si può arrivare anche ai 10 Hz, quindi anche qui si può notare che, qualunque sia la tecnica di focalizzazione dell'attenzione, le frequenze cerebrali si sposta nella stessa direzione.

### 3.3 Propedeuticità

FIGURA 3. Mindfulness pro ipnosi & ipnosi pro mindfulness. [Calderoni, CIICS 2015]



#### 3.3.1 Mindfulness pro ipnosi

La mindfulness raggiunge uno stato di coscienza modificato in modo graduale, inoltre durante la pratica si può gradualmente aumentare il tempo in cui si mantengono gli occhi chiusi, comunque sempre in una maggior sensazione di controllo rispetto a quella dell'ipnosi.

In questo senso la mindfulness può essere utile per le persone che sono spaventate dall'alterazione di coscienza che sopraggiunge fin dall'inizio con l'ipnosi.

La mindfulness allena ad integrare le diverse informazioni che vengono dai sensi, quindi un mediatore è facilitato nel momento dell'induzione, qualunque siano le suggestioni (cinestesiche, uditive, visive) che dà l'ipnotista .

Accentuare il ruolo della guida, aggiungendo “comandi” sempre più dettagliati che lascino meno libertà al soggetto: questo aumenta più la qualità ipnotica che meditativa della comunicazione.

Modificazione del ruolo della voce della guida, la quale deve acquisire un timbro più suadente per condurre in ipnosi.

### ***3.3.2 Ipnosi pro mindfulness***

L'ipnosi può a sua volta essere utilizzata a vantaggio della mindfulness.

Esistono degli script che evitano di focalizzare l'attenzione defocalizzandola, ossia ci si concentra su qualcosa per poi da lì ampliare il raggio di attenzione. Ad esempio si può indurre una persona in ipnosi e durante l'ipnosi insegnarle a fare mindfulness: iniziando a focalizzare l'attenzione su qualcosa e progressivamente facendole notare ciò che è presente attorno.

Può essere utile come accesso rapido ad un'esperienza interna per soggetti irrequieti: si guida l'attenzione della persona ed è quindi più difficile che divaghi.

Allo stesso modo, la presenza della guida continua, può essere utile per non notare l'immobilità, rendendo più facile mantenere a lungo la stessa posizione.

I cambiamenti che si notano prima e più facilmente in ipnosi contribuiscono ad accrescere l'interesse per tali pratiche introspettive, dunque i ritmi più lenti dei progressi ottenuti con la mindfulness possono passare in secondo piano rispetto alle nuove conoscenze.

## 4. CONCLUSIONI

Dopo questa panoramica sulle due tecniche si cercherà di trarre dunque delle conclusioni. Entrambe le tecniche si dimostrano efficaci per affrontare una serie di disturbi e per larga parte gli spettri d'azione sono comuni.

Un cambiamento radicale dello stato di coscienza, ottenuto quindi solo con l'ipnosi, risulta utilissimo quando ad esempio ci si deve sottoporre ad una procedura di chirurgia superficiale, nel momento del parto, o in condizioni fisiologiche in cui è richiesto un aumento del rendimento in un preciso ambito e per un periodo limitato.

D'altro canto, per disturbi cronici di tipo fisico o psichico, sembrerebbe necessario un lavoro più profondo che cambi il modo con il quale la persona possa convivere con questo disturbo. In quest'ambito entrambe le tecniche sono risultate valide anche se l'ipnosi può essere applicata seguendo percorsi diversi, ad esempio accompagnata o no da una psicoterapia.

La differenza principale sembrerebbe essere nell'obbiettivo con cui la persona si avvicina al suo disturbo: da un lato lo scopo della mindfulness è la consapevolezza, mentre quello dell'ipnosi è ottenere una determinata modifica. Ecco quindi che molte condizioni possono essere affrontate con entrambi i metodi, ma il risultato nell'immediato sarà differente.

Tuttavia, vista la connessione psiche-mente-corpo, in queste situazioni che si protraggono fino a cronicizzare potrebbe esserci, di fondo, un atteggiamento mentale nocivo per il sistema che, associato all'influenza di fattori genetici e ambientali, si manifesta con un setting ormonale specifico, il quale provoca proprio la specifica manifestazione fisica.

Se così fosse, rimuovere semplicemente il sintomo potrebbe non essere utile all'individuo per comprendere meglio il suo modo di funzionare, anzi in quest'ottica potrebbe risultare per lui nocivo, non solo privandolo della possibilità di evolvere la propria conoscenza, ma mantenendolo spesso in una condizione disequilibrata, in cui si interferisce tra il setting ormonale che il suo corpo ha attentamente prodotto e la manifestazione fisica, che risulterebbero incoerenti tra loro.

In questa seconda categoria di situazioni, bisogna dunque che sia ben chiaro lo scopo che si vuole ottenere, il che permetterà di scegliere quale tra le due tecniche usare e come usarla.

Con entrambe le tecniche si può giungere ad una maggior consapevolezza, ma nel momento in cui si decidesse che lo scopo, ad esempio per gravità della manifestazione fisica o per il disagio che ne consegue all'individuo, sia rimuovere il sintomo senza capire il perché si è prodotto, l'ipnosi potrà essere usata in modo mirato cambiando la produzione ormonale. Invece, se si sceglie di percorrere la strada della consapevolezza si potranno usare sia la mindfulness che l'ipnosi, ma in questo secondo caso l'obbiettivo diventerebbe un altro e l'effetto incerto in termini di tempo e di risultato.

Cosa scegliere quindi?

Fortunatamente questa decisione non dovrebbe essere del terapeuta, ma unicamente del paziente.

Il terapeuta mantiene l'importantissimo compito di fornire al paziente tutte le possibilità di cura e di informarlo sulle possibili conseguenze che la specifica condizione comporterà, la sua probabile evoluzione, di valutarne la gravità, i tempi e la disponibilità di attuazione dei protocolli terapeutici.

Chiaramente con “tutte le possibilità di cura” s’intendono le pratiche mediche convenzionali, i farmaci, la psicoterapia, l’ipnosi, la mindfulness etc...tutto ciò che in termini dei più recenti studi di *evidence base medicine* si è dimostrato efficace.

A tal proposito sarebbero sicuramente auspicabili studi che comparino gli effetti delle due tecniche, ad esempio:

- dell’ipnosi in ottica PNEI a breve e lungo termine rispetto alle convenzionali terapie farmacologiche e/o chirurgiche ove disponibili, e di tale tecnica con la mindfulness;
- dell’ipnosi applicata perseguendo obiettivi PNEI vs obiettivi volti al raggiungimento della consapevolezza, in quelle persone in cui l’approccio diretto con il metodo mindfulness possa essere per vari motivi difficoltoso, valutando sempre il breve e il lungo termine.
- Uno studio per comparare se i risultati ottenuti con l’ipnosi ponendosi l’obiettivo di aumentare la consapevolezza in questo gruppo di pazienti risultino analoghi a quelli ottenuti direttamente con l’insegnamento della mindfulness a persone per le quali l’ipnosi risultasse invece di difficile esecuzione o alla popolazione in generale.

Ad ogni modo, per arrivare ad un più largo utilizzo di queste due tecniche, sarebbe il momento di modificare il rapporto terapeuta-paziente, dando a quest’ultimo la responsabilità della sua salute.

Per facilitare tale passaggio, la società occidentale dovrebbe accettare anche che possano esserci dei momenti della vita da trascorrere assieme alla malattia e non mirare direttamente ad eliminare quest’ultima. Forse perché proprio da questa esperienza si possono comprendere cose di cui non ci si rende conto in condizione di piena salute o comunque lasciare ad ogni paziente la possibilità, se lo desidera, di cercare il “*perché*” della propria malattia, visto che la sua esistenza è un dato di fatto.

Per comprendere questo, la consapevolezza è uno strumento molto utile, come lo è per cogliere gli insegnamenti e i segnali che il corpo quotidianamente invia. È possibile che, se questi segnali vengono recepiti all’inizio, generando quindi una risposta adeguata e precoce, il setting ormonale sia sempre il risultato di una condizione abbastanza equilibrata e non ci sia bisogno che insorgano grossi disturbi (si parla di condizioni in cui l’influenza dei possibili fattori ambientali di tipo fisico-chimico non eserciti un peso preponderante).

In questa prospettiva *preventiva*, sembrerebbe che la mindfulness sia la tecnica che offra migliori possibilità.

È buona sintesi, in conclusione, citare un estratto dal libro di Jon Kabat-Zinn, direttore della clinica per la riduzione dello stress dell’Università del Massachusetts, che sembrerebbe l’inizio di una strada con prospettiva promettente in termini preventivi e di complementarità terapeutica:

*“Da un certo punto di vista il nostro lavoro consiste solo nel dare alle persone il permesso di vivere ogni momento pienamente e completamente, e nel mostrare alcuni strumenti per farlo sistematicamente, per ascoltare il proprio corpo e la propria mente e per cominciare a fidarsi della loro esperienza.*

*Quello che offriamo alla gente, in realtà, è la scoperta che esiste un modo di essere, un modo di affrontare i problemi che rende la vita più ricca e gioiosa. Ad esso si accompagna anche un maggior senso di padronanza di sé e delle situazioni [...]*

*Secondo la nostra esperienza nella clinica per lo stress, i pazienti che si accostano alla*

*pratica con un atteggiamento scettico ma aperto, sono quelli che ottengono i risultati migliori. Il loro atteggiamento è simile a quello di uno scienziato che si accosta ad un esperimento: non sanno se questo lavoro funzionerà, hanno i loro dubbi, ma sono disposti a sperimentare, metterci tutta la loro energia e vedere che cosa succede [...]*

*Il viaggio devi viverlo tu personalmente, coltivando la consapevolezza nella tua vita. Per quanto altri possano desiderare di aiutarti a raggiungere uno stato di maggior benessere, l'aiuto fondamentale può venire solo da te. Nessuno può vivere la tua vita al tuo posto, e qualsiasi sia l'affetto che un'altra persona prova per te, esso non può e non deve sostituirsi al tuo prenderti cura di te stesso [...] assumere la responsabilità di conoscere meglio il tuo corpo, ascoltandolo attentamente e coltivando le tue risorse interne di guarigione, è il miglior modo di collaborare con i tuoi medici. È qui che interviene la meditazione: essa dà potenza e sostanza a questo impegno e catalizza il lavoro di guarigione.”*

## **BIBLIOGRAFIA**

Ader R. *Psychoneuroimmunology*, 1981.

Baer RA. *Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review*. 2003.

Baer RA. *Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment*. 2009.

Barnes JI, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. *Hypnotherapy for smoking cessation*. 2010.

Boyes C. *La PNL in cinque minuti*. 2008.

Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. *Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects*. 2007.

Burton P, J Smit H, J Lightowler H. *The influence of restrained and external eating patterns on overeating*. 2007

Canetti L, Bachar E, Berry EM. *Food and emotion*. 2002

Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V, et al. *Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test*. 2007

Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Andreatta E et al. *Measured outcomes with hypnosis as an experimental tool in a cardiovascular physiology laboratory*. 2012

Castel A, Perez M, Sala J, Padrol A, Rull M. *Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation*. 2007.

Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN. *Outcome predictors in substance use disorders*. 2003.

Coelho HF, Canter PH, Ernst E. *Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research*. 2007.

Coletti JP, Teti GL. *Acceptance and commitment therapy (act): behaviorism, mindfulness and values*. 2015.

Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation*. 2003

Desbordes G, Negi LT, Pace TW, Wallace BA, Raison CL and Schwartz EL. *Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non meditative state*. 2012

Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA et Oakley DA. *Cerebral activation during*

*hypnotically induced and imagined pain.* 2004.

Dillworth T and Jensen MP. *The Role of Suggestions in Hypnosis for Chronic Pain: A Review of the Literature.* 2010.

Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. *Hypnotherapy for the management of chronic pain.* 2007.

Elkins G, Cheung A, Marcus J, Palamara L, Rajab MH. *Hypnosis to reduce pain in cancer survivors with advanced disease: a prospective study.* 2004.

Erickson M, Rossi E, Rossi S. *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion.* 1976.

Ernst E, Pittler MH, Stevinson C, White A. *Randomised clinical trials: pragmatic or fastidious?* 2001.

Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. *Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating.* 2010.

Facco E. *Meditazione e ipnosi. Tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio.* 2014.

Facco E, Casiglia E, Zanette G, Masiero S, Bacci C and Lapenta AMMG. *Effects of hypnotic on dental pain threshold.* 2009.

Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M and Zanette G. *Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold.* 2011.

Farb N, Anderson A, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal Z. *Mindfulness training is associated with altered neural response to sad mood provocation.* *Emotion.* 2010.

Faymonville ME, Laureys S, Boly M. *Functional neuroanatomy of the hypnotic state.* 2006.

Finucane A, Mercer SW. *An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care.* 2006.

Fox HC, Bergquist KL, Hong KI, Sinha R. *Stress-induced and alcohol cue-induced craving in recently abstinent alcohol-dependent individuals.* 2007.

Frausin A. *Milton Erikson: la biografia.* 2010.

Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, Forget A, and Freeman M. *CALM Pregnancy: Results of a Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Anxiety.* 2014.

Granone F. *Coscienza e conoscenza negli stati ipnotici.* 1987.

Granone F. *Trattato d'ipnosi.* 1989.

- Griffiths M. *Hypnosis for dental anxiety*. 2014
- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. *Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis*. 2004.
- Haanen HC, Hoenderdos HT, van Romunde LK, et al. *Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia*. 1991.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. 2006.
- Hasenkamp W, Wilson-Mendenhall CD, Duncan E and Barsalou LW. *Mind wondering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states*. 2012.
- Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC. *Cortical representation of the sensory dimension of pain*. 2001.
- Irving JA and Segal ZV. *Mindfulness-based cognitive therapy : current status and future applications*. 2013.
- Jang JH, Jung WH, Kang DH, Byun MS, Kwon SJ, Choi CH et al. *Increased default mode network connectivity associated with meditation*. 2011.
- Jensen MP, Barber J, Romano JM, et al. *Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury*. 2009.
- Jensen MP, Barber J, Hanley MA, et al. *Long-term outcome of hypnotic-analgesia treatment for chronic pain in persons with disabilities*. 2008.
- Jensen MP, Hanley MA, Engel JM, et al. *Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: a case series*. 2005.
- Kabat-Zinn J. *Vivere momento per momento*. 2004.
- Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are*. 2003.
- Kazdin AE. *Methodology, design, and evaluation of in psychotherapy research*. 1994.
- Kelly MM, Sido H, Forsyth JP, Ziedonis DM, Kalman D, Cooney JL. *Acceptance and commitment therapy smoking cessation treatment for veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study*. 2015.
- Kevala. *Glossario Sanscrito*. 2011.
- Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho MH, Antony MM. *Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change*. 2015.

- Lapenta AM. *L'ipnosi nella terapia psichiatrica*. 1986.
- Levin ME, Luoma JB, Haeger JA. *Decoupling as a Mechanism of Change in Mindfulness and Acceptance: A Literature Review*. 2015.
- Lillis J and Kathleen E. Kendra. *Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions*. 2013.
- Lluch A, Herbeth B, Mejean L, Siest G. *Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2000.
- Macht M. *How emotions affect eating: a five-way model*. 2008.
- Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. *Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy*. 2008.
- Moskowitz JT. *Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality*. 2003.
- Nguyen-Michel ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. *Dietary correlates of emotional eating in adolescence*. 2007.
- O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. *Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review*. 2014.
- Praissman S. *Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide*. 2008.
- Rapgay L and Bystrisky A. *Classical mindfulness: an introduction to its theory and practice for clinical application*. 2009.
- Rapgay L, Rinpoche VL, Jessum R. *Exploring the nature and functions of the mind: a Tibetan Buddhist meditative perspective*. 2000.
- Reinhard J, Heinrich TM, Reitter A, Herrmann E, Smart W, Louwen F. *Clinical Hypnosis before external cephalic version*. 2012.
- Rosen S. *My Voice Will Go With You. The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. 1981.
- Salmon P, Sephton S, Weissbecker I, Hoover K, Ulmer C, Studts JL. *Mindfulness meditation in clinical practice*. 2004.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. 2002.
- Siegel J. *Mindfulness e cervello*. 2009.
- Smith B. *Hypnosis today*. 2011.
- Spinhoven P, Linssen AC, Van Dyck R, Zitman FG. *Autogenic training and self-hypnosis*

*in the control of tension headache.* 1992.

Star A, Hay P, Quirk F, Mond J . *Perceived discrimination and favourable regard toward underweight, normal weight and obese eating disorder sufferers: implications for obesity and eating disorder population health campaigns.* 2015.

Stoelb BL, Molton IR, Jensen MP, Patterson DR. *The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature.* 2009.

Tang YY, Ma Y, Wang J, Fan Y, Feng S, Lu Q, Yu Q, Sui D, Rothbart MK, Fan M, et al. *Short-term meditation training improves attention and self-regulation.* 2007.

Vanhaudenhuyse A1, Laureys S2, Faymonville ME. *Neurophysiology of hypnosis.* 2014.

Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans.* 2015

Young LA. *Mindfulness meditation: a primer for rheumatologists.* 2011.

Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R and Marlatt A. *Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review.* 2009.

Zindel V, Segal, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, Bloch R, and Levitan R. *Antidepressant Monotherapy versus Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression.* 2010.

Zitman FG, van Dyck R, Spinhoven P, Linssen AC. *Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: a two-phase constructive design study with follow-up.* 1992.