



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno accademico 2025

**“L’IPNOSI NEL POTENZIAMENTO DELLE CAPACITÀ MNEMONICHE IN
PAZIENTI ANZIANI”**

Candidata : Lara Lorenzoni

Relatore: Dott. Maicol Carvello

Indice

Introduzione.....

Capitolo 1 La memoria....

1.1 Anatomia della memoria

Capitolo 2 L'invecchiamento

2.1: Principali teorie

2.2: Invecchiamento Cerebrale

2.3: Fattori che influenzano il declino della memoria

2.4: Strategie di potenziamento mnemonico

Capitolo 3 Ruolo dell'ipnosi Clinica sulla memoria

3.1 Protocollo ipnotico

3.2 Caso clinico di intervento ipnotico

Conclusioni

Ringraziamenti....

INTRODUZIONE:

L'invecchiamento sempre più crescente della popolazione è una delle sfide più significative del nostro tempo. Con l'aumento dell'aspettativa di vita, cresce anche l'interesse per strategie efficaci che possano preservare e potenziare le funzioni cognitive nelle fasi avanzate della vita.

Tra queste, la memoria occupa un ruolo centrale, non solo per il suo impatto sulla qualità della vita quotidiana, ma anche per la sua stretta connessione con il senso di identità e continuità del sé.

In questo contesto, l'ipnosi emerge come importante strumento terapeutico e, al contempo ancora troppo poco utilizzato ed esplorato in ambito neuro cognitivo. Tradizionalmente associata a scenari clinici e psicoterapeutici, l'ipnosi sta guadagnando crescente attenzione per le sue potenzialità nel miglioramento delle funzioni cognitive, in particolare della memoria, anche in soggetti anziani.

Ma è davvero possibile, attraverso uno stato di coscienza modificato, influenzare positivamente i processi mnemonici? E in che modo l'ipnosi può interagire con i meccanismi neuropsicologici dell'invecchiamento? Questa tesi si propone di esplorare in profondità il rapporto tra ipnosi e memoria negli anziani, analizzando le evidenze scientifiche esistenti, i protocolli terapeutici e le possibili prospettive future di applicazione.

L'obiettivo è duplice : da un lato, offrire una panoramica critica e aggiornata sulle interazioni tra suggestione ipnotica e memoria; dall'altro, contribuire a una riflessione più ampia sul potenziale dell'ipnosi come risorsa complementare nei percorsi di potenziamento cognitivo, in un'epoca in cui prendersi cura della mente è tanto importante quanto preservare il corpo.

1 LA MEMORIA:

La memoria è una funzione cognitiva complessa che consente all'essere umano di codificare, immagazzinare e successivamente recuperare informazioni. Consente la registrazione, la conservazione e il richiamo di esperienze e informazioni. E' un processo fondamentale per la costruzione dell'identità personale, per l'apprendimento e per l'adattamento all'ambiente circostante. Inoltre, la memoria è stata oggetto di studio sia della psicologia clinica, materiale privilegiato di Sigmund Freud ed i suoi epigoni, sia delle neuroscienze dove, grazie al lavoro Erich R. Kandel (Nobel per la medicina nel 2000), è stato possibile ipotizzare come la formazione di nuovi ricordi sia legata alle modificazioni fisiche delle sinapsi . Secondo alcune stime teoriche, basate su analogie

computazionali, il cervello elabora ogni secondo una quantità elevata di informazioni sensoriali, potenzialmente paragonabile a decine di gigabyte. Tuttavia, si tratta di ipotesi speculative, non confermate da misurazioni dirette. Tale mole di dati deve essere elaborata dai centri cerebrali e “gestita” per fornirci le impressioni sensoriali affinché possiamo muoverci nello spazio e percepire il mondo esterno e ciò che ci circonda. Nessuna macchina è ancora in grado di fare altrettanto, e quando aggiungiamo anche le sensazioni interne,(enterocezioni), i pensieri e le parole, ci proiettiamo in una dimensione ancora più complessa . Tutte le informazioni arrivano al cervello dai nostri sensi attraverso il midollo spinale e l'ippocampo le distribuisce nelle varie aree (amigdala, corteccia prefrontale, talamo...). il cervello, quindi, attua una serie di meccanismi per poter gestire al meglio tutte queste informazioni.

Dal punto di vista neuroscientifico, la memoria non rappresenta un'entità unitaria, bensì un insieme di sistemi differenti, ciascuno specializzato nella gestione di specifiche informazioni.

Il processo mnemonico si articola in tre fasi principali:

- **Codifica:** la trasformazione delle informazioni sensoriali in una traccia neurale significativa;

(Attraverso processi di attenzione, associazione e categorizzazione)

- **Immagazzinamento:** il mantenimento nel tempo delle informazioni codificate;

(Può essere a breve e a lungo termine)

- **Recupero:** l'accesso alle informazioni immagazzinate per l'uso consapevole o inconscio.

Generalmente la memoria viene suddivisa in diverse categorie funzionali, ognuna delle quali si riferisce a specifici tipi di contenuti e meccanismi neuronali.

Diversi modelli teorici sono stati sviluppati per spiegare i meccanismi della memoria. Tra i più noti vi è il **modello multi-store** di Atkinson e Shiffrin (1968), che distingue tre magazzini principali:

- **Memoria sensoriale:** trattiene per brevissimo tempo (millisecondi) le informazioni provenienti dagli organi di senso prima che vengano elaborate o dimenticate; è la più immediata. Tra le forme più studiate vi sono la memoria ICONICA (visiva) e la memoria ECOICA (uditiva).

- **Memoria a breve termine:** (o memoria di lavoro): mantiene attivamente un numero limitato di informazioni per pochi secondi o minuti (es. ricordare un numero telefonico appena ascoltato). La

memoria di LAVORO, concetto introdotto da Baddeley e Hitch (1974), amplia questa definizione descrivendo un sistema attivo che consente la manipolazione temporanea delle informazioni per attività cognitive complesse come il ragionamento, la comprensione del linguaggio e il problem solving.

- **Memoria a lungo termine:** conserva informazioni per periodi di tempo prolungati, da ore a tutta la vita.

Viene suddivisa a sua volta in:

Memoria DICHIARATIVA (o esplicita): riguarda i ricordi che possono essere verbalizzati.

Memoria EPISODICA: memoria autobiografica di eventi vissuti in un contesto spazio-temporale specifico. Memoria SEMANTICA: conoscenza generale del mondo, fatta di fatti e concetti (es. sapere che Parigi è la capitale della Francia).

Memoria NON DICHIARATIVA o IMPLICITA: comprende le competenze e i comportamenti appresi senza consapevolezza esplicita.

Memoria PROCEDURALE: riguarda abilità motorie e cognitive automatizzate (es. andare in bicicletta).

CONDIZIONAMENTO CLASSICO: associazione automatica tra stimoli.

PRIMING: facilitazione dell'elaborazione di uno stimolo basato su precedenti esposizioni.

Memoria PROSPETTICA: permette di ricordare di compiere azioni in un tempo futuro (es. ricordarsi di assumere un medicinale alle ore 17:00). Questa tipologia di memoria è molto vulnerabile all'invecchiamento e rappresenta una dimensione critica nella qualità di vita dell'anziano.

Le diverse forme di memoria interagiscono costantemente tra loro, ad esempio, l'apprendimento di una nuova abilità motoria (memoria procedurale) può essere accompagnato da conoscenze esplicite su come eseguire il compito (memoria semantica).

Conoscere nel dettaglio le tipologie di memoria è essenziale per comprendere come specifici interventi terapeutici, come l'ipnosi clinica, possano agire miratamente sul potenziamento di determinati sistemi mnemonici, specialmente in soggetti anziani.

Lo studio di Tulving del 2002 intitolato " Episodic Memory: From Mind to Brain" analizza la memoria episodica, ed esplora come questo tipo di memoria si manifesta nel cervello, collegando la sua

funzione mentale con le relative basi neurali. Lo studio evidenzia come la memoria episodica, contribuisca alla formazione della nostra identità personale, permettendoci di ricostruire la nostra storia personale.

Tulving collega la memoria episodica a specifiche aree cerebrali, come l'ippocampo e il lobo temporale mediale, che svolgono un ruolo chiave nell'immagazzinamento e nel recupero dei ricordi.

Tulving sottolinea la differenza tra la rievocazione di un ricordo specifico (episodico) e la conoscenza generale (semantica).

Il concetto di "autoconsapevolezza" (autothetic awareness):

Questo concetto, centrale nello studio, si riferisce alla consapevolezza che si ha di se stessi nel momento in cui si ricorda un evento passato, un aspetto fondamentale della memoria episodica.

In sintesi, lo studio di Tulving del 2002 offre una panoramica approfondita sulla memoria episodica, esplorandone le caratteristiche, il ruolo nel sé e le sue basi neurali, sottolineando l'importanza dell'autoconsapevolezza nel processo di ricordo.

Endel Tulving: Episodic Memory: From Mind to Brain Annual Review of Psychology, Vol. 53, pp. 1-25

1.1 ANATOMIA DELLA MEMORIA:

Dal punto di vista ANATOMICO, strutture come l'**ippocampo**, la **corteccia prefrontale** e l'**amigdala** giocano ruoli centrali nella formazione, consolidamento e rievocazione delle tracce mnemoniche. La memoria non è dunque localizzata in un'unica regione cerebrale, ma dipende dall'interazione dinamica di molteplici aree neuronali.

La ricerca attuale sottolinea anche il ruolo fondamentale della **neuroplasticità**, ossia la capacità del cervello di modificare le proprie connessioni sinaptiche in risposta all'esperienza, un principio chiave per il potenziamento mnemonico attraverso tecniche psicologiche e ipnotiche.

Strutture cerebrali coinvolte

- **Ippocampo:** essenziale per la formazione della memoria a lungo termine, in particolare quella episodica.
- **Amigdala:** associa emozioni forti (come la paura) ai ricordi, potenziandone la memorizzazione.

- **Corteccia prefrontale dorsolaterale:** gestisce il mantenimento attivo delle informazioni nella memoria di lavoro.
- **Corteccia parietale:** coinvolta nell'integrazione delle informazioni sensoriali.
- **Cervelletto:** importante nella memoria procedurale e nel coordinamento motorio.

Circuiti neuronali della memoria

La memoria episodica si basa sulla comunicazione tra:

- Ippocampo → Corteccia entorinale → Corteccia temporale e parietale.

Questa rete è nota come **Papez Circuit** o circuito limbico esteso.

La memoria procedurale coinvolge invece:

- Gangli della base,
- Corteccia motoria primaria,
- Cervelletto.

L'utilizzo dell'IPNOSI nel contesto della memoria apre un ampio scenario, ancora tutto da esplorare. Milton Erickson è stato il primo a introdurre l'ipnosi come forma di terapia durante il dopoguerra. Numerosi studi hanno valutato gli effetti dell'ipnosi sulla memoria, concentrandosi principalmente sull'amnesia post-ipnotica, sull'ipermnnesia post-ipnotica, sui falsi ricordi e sulla crescita dell'apprendimento. In Un lavoro scientifico del 2013, i ricercatori hanno esaminato l'impatto dell'ipnosi sul learning sequenziale dipendente dal corpo striato (procedurale), riducendo il coinvolgimento della corteccia frontale, responsabile dell'attenzione esplicita. Comparando lo stato IPNOTICO con l'attenzione vigile standard, è emerso che l'ipnosi favorisce un migliore apprendimento procedurale grazie alla sospensione dei processi attentivi espliciti, che normalmente interferiscono con quelli impliciti. L'ipnosi, quindi, riduce l'interferenza cognitiva tra sistemi espliciti (attenzione frontale) e impliciti (procedurale), favorendo quest'ultimo. Questo si traduce in benefici concreti su compiti motori o sequenziali, utili in riabilitazione o apprendimento di abilità specifiche. In altri studi l'ipnosi, specialmente in contesti terapeutici o forensi, favorisce l'emergere di false memorie (fenomeno in cui qualcuno ricorda qualcosa che in realtà non è accaduto, o lo ricorda in modo diverso dalla realtà).

Boosting Human Learning by Hypnosis

Cerebral Cortex, Volume 23, Numero 4, Pagine 801–805, pubblicato il **29 marzo 2013**

Erickson MH. La ristrutturazione della vita con l'ipnosi. Seminari, dimostrazioni e conferenze di Milton H. Erickson. vol. II. Astrolabio Roma, 1987.

Hull CL. Ipnosi e suggestionabilità: un approccio sperimentale. New York: Appleton-Century-Crofts, 1933

Kihlstrom JF, Barnhardt TM. L'autoregolazione della memoria, nel bene e nel male, con e senza ipnosi. In: Wegner & Pennebaker, editore. Manuale di controllo mentale. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 88-125:1993.

Evans FJ, Thorn WAF. Due tipi di amnesia post-ipnotica. *J Psicologia Anormale* 1966;88:5

LE BASI BIOLOGICHE :

Elemento	Descrizione	Ruolo nella memoria
Sinapsi	Connessioni tra neuroni che trasmettono impulsi nervosi.	Plasticità sinaptica e potenziamento delle connessioni.
Potenziamento lungo termine (LTP)	Rafforzamento duraturo della trasmissione sinaptica dopo stimolazione ripetuta.	Base cellulare dell'apprendimento e memoria a lungo termine.
Neurogenesi	Produzione di nuovi neuroni, principalmente osservata nell'ippocampo in modelli animali.	Potrebbe contribuire alla flessibilità mnemonica, anche se la sua persistenza nell'adulto umano è attualmente oggetto di dibattito scientifico.
Neurotrasmettitori	Sostanze chimiche che modulano la comunicazione neuronale (es. glutammato, acetilcolina, dopamina).	Regolano i processi di codifica, consolidamento e recupero.

Ippocampo	Area cerebrale del sistema limbico.	Formazione di nuovi ricordi episodici.
Amigdala	Nucleo del sistema limbico coinvolto nelle emozioni.	Associa emozioni ai ricordi, rafforzandone la memoria.
Corteccia prefrontale	Parte anteriore del lobo frontale.	Gestione della memoria di lavoro e pianificazione mnemonica.
Sistema limbico	Insieme di strutture cerebrali che governano emozioni e memoria.	Integrazione emozionale dei ricordi.
Sonno (NREM)	Fase del sonno caratterizzata da onde lente.	Consolidamento e stabilizzazione delle tracce mnemoniche.

- Squire, L. R. (2004). *Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. Neurobiology of Learning and Memory.*
- Small, S. A., Schobel, S. A., Buxton, R. B., Witter, M. P., & Barnes, C. A. (2011). *A pathophysiological framework of hippocampal dysfunction in ageing and disease. Nature Reviews Neuroscience.*
- Baddeley, A. (2012). *Working memory: Theories, models, and controversies. Annual Review of Psychology.*

2 L'INVECCHIAMENTO:

L'invecchiamento è un processo fisiologico complesso e universale che comporta una progressiva diminuzione delle capacità funzionali dell'organismo, rendendolo più vulnerabile alle malattie e meno capace di adattarsi agli stress ambientali.

Secondo la definizione dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2015)**, l'invecchiamento è "il risultato dell'accumulo di una grande varietà di danni molecolari e cellulari che si verificano nel

tempo, portando gradualmente a una diminuzione delle capacità fisiologiche, un aumento del rischio di malattie e infine alla morte”.

L'invecchiamento coinvolge diversi sistemi:

- **Biologico:** declino dell'efficienza cellulare e immunitaria.
- **Fisiologico:** alterazione delle funzioni cardiovascolari, polmonari e metaboliche.
- **Psicologico:** cambiamenti nella percezione, nell'umore e nella funzione cognitiva.
- **Sociale:** modifiche del ruolo nella società, pensionamento, cambiamenti nei rapporti familiari.

2.1 TEORIE PRINCIPALI DELL'INVECCHIAMENTO:

Ci sono molte teorie dell'invecchiamento che cercano di spiegare i meccanismi biologici e molecolari che portano al deterioramento progressivo delle funzioni fisiologiche con l'avanzare dell'età e si dividono in:

- **Teorie genetiche o biologiche:**

L'invecchiamento è programmato geneticamente (es. teoria dei telomeri: Hayflick, 1965).

- **Teorie stocastiche:**

L'invecchiamento deriva da danni accumulati casualmente (es. teoria dei radicali liberi: Harman, 1956).

Teoria dei Radicali Liberi dell'invecchiamento (Denham Harman, 1956):

L'invecchiamento è causato **dall'accumulo di danni cellulari provocati dai radicali liberi**, prodotti naturalmente dal metabolismo cellulare.

Radicali liberi:

- Sono **molecole altamente reattive con uno o più elettroni spaiati**.
- Si formano **principalmente nei mitocondri** durante la produzione di energia (respirazione cellulare).
- Il più noto è il superossido ($O_2\cdot^-$).

- Possono trasformarsi in ROS (Reactive Oxygen Species) come:
- Perossido di idrogeno (H_2O_2)
- Radicale ossidrilico

I ROS **attaccano**:

- **DNA** → mutazioni genetiche
- **Proteine** → alterazioni della funzione enzimatica e strutturale
- **Lipidi** (soprattutto nelle membrane) → perossidazione lipidica, danno alle membrane.

Con il tempo, questo danno **si accumula**, compromettendo la funzionalità cellulare e portando a:

- Invecchiamento
- Malattie degenerative (Alzheimer, Parkinson)
- Malattie cardiovascolari
- Cancro

Il corpo possiede **sistemi di difesa** contro i ROS:

• **Enzimi antiossidanti:**

- Superossido dismutasi (SOD)
- Catalasi
- Glutazione perossidasi

• **Antiossidanti esogeni:**

- Vitamina C, vitamina E, carotenoidi, polifenoli

Secondo Harman, **l'invecchiamento si verifica quando la produzione di radicali liberi supera la capacità del corpo di neutralizzarli.**

Col tempo, la teoria si è **evoluta** e arricchita (anni 90):

- I mitocondri non solo producono ROS, ma **subiscono anche i danni** che essi causano → **ciclo vizioso.**
- Il DNA mitocondriale (mtDNA) è particolarmente vulnerabile, e il suo danneggiamento porta a:

- Maggiore produzione di ROS
- Declino energetico cellulare
- Invecchiamento sistemico

Limiti:

- **Antiossidanti** supplementari non hanno sempre rallentato l'invecchiamento nei test clinici.
- Alcuni **ROS hanno anche ruoli benefici**: sono coinvolti nella **segnalazione cellulare** e nella risposta immunitaria.
- L'idea che "più ROS = più invecchiamento" è troppo **semplificistica**.

Oggi si parla più correttamente di Stress Ossidativo Cronico non bilanciato.

Autore	Denham Harman (1956)
Radicali liberi	Molecole reattive prodotte dal metabolismo
Danno	A DNA, proteine, lipidi
Effetti	Invecchiamento e malattie croniche
Difese	Enzimi e antiossidanti
Stato attuale	Teoria ancora valida in parte, ma riformulata in chiave più complessa

Teoria dei Telomeri (collegata a Hayflick):

La **teoria dei telomeri dell'invecchiamento** afferma che l'invecchiamento cellulare è causato dall'**accorciamento progressivo dei telomeri** a ogni divisione cellulare. Quando i telomeri diventano troppo corti, la cellula entra in **senescenza replicativa** (non si divide più) o va incontro ad **apoptosi** (morte programmata).

Leonard Hayflick (anni '60):

- Dimostra che le **cellule umane normali**(es. fibroblasti)**non si dividono indefinitamente** in coltura: c'è un **numero massimo di divisioni (40-60)**→*limite di Hayflick*.
- Non sapeva ancora il motivo molecolare.

Negli anni '70-'80:

- Si scopre che questo limite è legato all'**accorciamento dei telomeri** durante la divisione cellulare.
- I Telomeri sono sequenze di DNA ripetitive situate alle estremità dei cromosomi. Hanno la funzione di proteggere il DNA durante la replicazione, inoltre impediscono la fusione o la degradazione dei cromosomi.

Ma c'è un problema tecnico, in quanto durante ogni replicazione, gli enzimi DNA polimerasi non riescono a copiare completamente le estremità del cromosoma con conseguente accorciamento progressivo dei telomeri.

Questo provoca:

- La cellula **interpreta l'estremità scoperta come danno al DNA**.
- Questo attiva **p53** e altre vie di segnalazione che:
- Bloccano il ciclo cellulare →**senescenza**
- Oppure inducono **apoptosi(morte cellulare programmata)**

Ruolo della Telomerasi:

- Alcune cellule esprimono l'**enzima telomerasi**, che **aggiunge sequenze ai telomeri**, mantenendoli lunghi.
- Attiva in:
- **Cellule staminali**
- **Cellule germinali**
- **Cellule tumorali**
- Inattiva o molto bassa in:
- **Cellule somatiche normali**→ da qui il **limite replicativo**

- L'accorciamento dei telomeri è **associato all'invecchiamento cellulare e tissutale**.
- È **più rapido** in presenza di stress ossidativo, infiammazione cronica, o malattie.
- Alcune cellule vanno in senescenza anche con telomeri ancora relativamente lunghi (per altri tipi di stress).
- L'attivazione della telomerasi può **favorire il cancro**(evita il limite replicativo).

Elemento	Descrizione
Teoria proposta da	Hayflick (divisione limitata) + scoperta successiva dei telomeri
Meccanismo	Accorciamento dei telomeri → senescenza o apoptosi
Enzima chiave	Telomerasi
Cellule colpite	Cellule somatiche (fibroblasti, epiteliali, ecc.)
Conseguenze	Invecchiamento cellulare, diminuzione rigenerazione, malattie Non spiega tutto l'invecchiamento; può favorire tumori
Limiti teorici	

2.2 L'INVECCHIMENTO CEREBRALE:

Con l'invecchiamento, si ha un progressivo graduale e irreversibile declino della funzionalità di organi e sistemi inclusi il sistema nervoso centrale le capacità cognitive. A livello cellulare, è associato a fenomeni come Senescenza cellulare, accumulo di danni al DNA, la riduzione della capacità Rigenerativa e l'alterazione dell'omeostasi tissutale. Nel cervello, l'invecchiamento comporta modificazioni **strutturali e funzionali** che, pur essendo in gran parte fisiologiche, possono compromettere la memoria e altri domini cognitivi.

Cambiamenti strutturali:

- **Riduzione del volume cerebrale:**

(atrofia cerebrale)

Studi di neuroimaging (Fjell et al., 2009) mostrano una perdita volumetrica progressiva, in particolare:

- Corteccia prefrontale
- Ippocampo
- Lobi temporali

- **Perdita sinaptica:**

Più che la perdita di neuroni, si osserva una diminuzione della densità sinaptica che riduce l'efficienza delle reti neurali (Morrison & Baxter, 2012).

- **Declino della neurogenesi ippocampale:**

La produzione di nuovi neuroni nel giro dentato rallenta sensibilmente.

- **Accumulo di proteine anomale/ tossiche:**

Incremento della β -amiloide e della proteina tau fosforilata, anche se in misura minore rispetto alle condizioni patologiche associate a patologie neurodegenerative come Alzheimer.

Cambiamenti funzionali:

- **Riduzione della plasticità sinaptica:**

Minore capacità di modificare le connessioni neuronali in risposta all'esperienza.

Meno potenziamento a lungo termine (LTP), fondamentale per la memoria e l'apprendimento.

- **Alterazioni nei livelli di neurotrasmettitori:**

La comunicazione tra le diverse aree cerebrali diventa meno efficiente, in particolare vi è una diminuzione dell'acetilcolina, della dopamina e della serotonina.

- **Stress ossidativo e infiammazione cronica di basso grado:**

I processi infiammatori a basso grado ("inflammaging") contribuiscono al declino cognitivo, attraverso il danno neuronale progressivo.

Effetti cognitivi dell'invecchiamento fisiologico:

I principali domini cognitivi colpiti sono:

- **Memoria episodica:**

Difficoltà a ricordare eventi recenti.

- **Velocità di elaborazione mentale:**

Maggiore lentezza nei compiti cognitivi complessi.

- **Difficoltà di recupero delle informazioni**(“tip of the tongue phenomenon”), anche se la memoria semantica e il vocabolario tendono a restare relativamente stabili.

- **Compromissione della memoria prospettica**, ovvero la capacità di ricordare di svolgere azioni future.

- **Funzioni esecutive:**

Compromissione nella pianificazione, flessibilità cognitiva e controllo dell'attenzione.

- **Memoria di lavoro:**

Diminuzione della capacità di mantenere e manipolare informazioni temporaneamente.

Non tutte le funzioni cognitive peggiorano con l'età.

La **memoria semantica**(conoscenze generali) e **le abilità verbali** tendono a restare stabili o migliorare leggermente.

Differenze tra invecchiamento normale e patologico:

Invecchiamento normale

Lente diminuzioni cognitive senza graveDeclino cognitivo che interferisce con la vita quotidiana
impatto funzionale.

Invecchiamento patologico

(es. demenza).

Conservazione delle conoscenze e delle capacità linguistiche. Compromissione severa della memoria recente e della capacità di ragionamento.

Esempio: dimenticare nomi ma ricordarli in seguito. Esempio: dimenticare eventi importanti e non recuperarli.

È importante sottolineare che l'invecchiamento fisiologico differisce nettamente dai processi neurodegenerativi patologici, come il **Mild Cognitive Impairment (MCI)** e la **demenza di Alzheimer**. Nell'invecchiamento sano, le strategie di compensazione cerebrale e la stimolazione cognitiva possono efficacemente ridurre l'impatto del declino mnemonico.

La comprensione dei meccanismi cerebrali dell'invecchiamento fornisce le basi per interventi mirati di potenziamento cognitivo. Tecniche come l'**IPNOSI CLINICA** possono sfruttare le risorse residue della plasticità neuronale per rinforzare i circuiti mnemonici, rallentare o limitare il declino cognitivo e migliorare la qualità della vita degli anziani.

- Fjell, A. M., & Walhovd, K. B. (2009). *Structural brain changes in aging: Courses, causes and cognitive consequences*. *Reviews in Neuroscience*.
- Morrison, J. H., & Baxter, M. G. (2012). *The ageing cortical synapse: hallmarks and implications for cognitive decline*. *Nature Reviews Neuroscience*.
- Nyberg, L., et al. (2012). *Memory aging and brain maintenance*. *Trends in Cognitive Sciences*.
- Raz, N., et al. (2005). *Regional brain changes in aging healthy adults: general trends, individual differences and modifiers*. *Cerebral Cortex*.

2.3 FATTORI CHE INFLUENZANO IL DECLINO DELLA MEMORIA

Il declino mnemonico osservato nell'invecchiamento è un fenomeno multifattoriale, determinato dall'interazione tra predisposizioni genetiche, condizioni fisiologiche, abitudini di vita e fattori ambientali. Alcuni di questi elementi possono accelerare o rallentare la perdita di memoria.

Fattori genetici

Studi di genetica comportamentale hanno dimostrato che l'**ereditarietà** gioca un ruolo importante nella vulnerabilità al declino cognitivo. In particolare:

- Mutazioni nel gene **APOE** (in particolare l'allele $\epsilon 4$) sono associate a un aumentato rischio di compromissione mnemonica e sviluppo di malattie neurodegenerative come il morbo di Alzheimer.
- Altri polimorfismi genetici influenzano il metabolismo cerebrale, la neuroinfiammazione e la risposta allo stress ossidativo, contribuendo a variazioni individuali nell'invecchiamento cognitivo.

Fattori fisiologici

Con l'età, il cervello subisce modificazioni strutturali e funzionali che influenzano la memoria:

- **Disfunzione vascolare cerebrale:** l'ipoperfusione cronica riduce l'apporto di ossigeno e nutrienti alle cellule nervose.
- **Infiammazione sistemica:** l'"inflammaging" promuove processi neurodegenerativi latenti.
- **Alterazioni ormonali:** il declino degli ormoni come il DHEA, l'estrogeno e il testosterone ha effetti negativi sulla neuroplasticità e sulla memoria.

Stili di vita e abitudini comportamentali

Numerosi studi epidemiologici evidenziano che uno stile di vita sano può rallentare significativamente il declino mnemonico:

- **Alimentazione:** diete ricche di antiossidanti (come la dieta mediterranea) proteggono dallo stress ossidativo cerebrale.
- **Esercizio fisico regolare:** favorisce la neurogenesi, specialmente nell'ippocampo.
- **Stimolazione cognitiva:** l'impegno in attività intellettuali (lettura, apprendimento, giochi mentali) aiuta a mantenere le connessioni neuronali attive.
- **Sonno:** un adeguato riposo notturno è essenziale per il consolidamento della memoria e la clearance delle proteine tossiche (es. beta-amiloide).

Impatto di fattori psicologici

Le condizioni emotive hanno un'influenza significativa sulla memoria:

- **Depressione:** associata a deficit di memoria di lavoro e memoria episodica, anche in assenza di patologie neurodegenerative.

- **Ansia cronica:** può compromettere i meccanismi attentivi e la codifica mnemonica.
- **Stress cronico:** aumenta i livelli di cortisolo, con effetti neurotossici sull'ippocampo.

Una gestione efficace dei fattori di rischio può, dunque, contribuire in maniera sostanziale a preservare la funzione mnemonica negli anziani e rappresenta un'area di intervento prioritaria per le tecniche terapeutiche come l'ipnosi.

2.4 STRATEGIE DI POTENZIAMENTO MNEMONICO:

Negli ultimi decenni, la ricerca scientifica ha identificato numerosi interventi capaci di rallentare il declino cognitivo fisiologico e migliorare le performance mnemoniche negli anziani. Tali strategie si basano sulla stimolazione delle capacità residue del cervello attraverso l'esercizio mentale, fisico ed emozionale.

Training cognitivi

I programmi di allenamento cognitivo strutturato si sono dimostrati efficaci nel migliorare la memoria, l'attenzione e le funzioni esecutive:

- Uno studio della **Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly (ACTIVE) Study** (Ball et al., 2002) ha dimostrato che anziani sottoposti a training cognitivo specifico mostravano miglioramenti delle capacità mnemoniche del **26%**, mantenuti anche a distanza di **5 anni**.
- Le tecniche includono esercizi di memoria verbale, giochi di logica, esercizi di attenzione selettiva e compiti di velocità di elaborazione.

Tecniche mnemotecniche

Le mnemotecniche sono strategie psicologiche finalizzate a facilitare il codifica e il recupero delle informazioni:

- **Metodo dei loci:** consiste nell'associare le informazioni a immagini visive disposte lungo un percorso mentale familiare.
- **Strategie di categorizzazione e associazione semantica:** migliorano la capacità di richiamare dati attraverso collegamenti logici.

Una metanalisi di Gross et al. (2012) ha evidenziato che l'utilizzo sistematico delle mnemotecniche produce un incremento medio del **20–30%** nella ritenzione mnemonica in soggetti anziani.

Attività fisica e memoria

Numerosi studi confermano che l'attività fisica ha un impatto positivo diretto sulla funzione mnemonica:

- La revisione sistematica di Erickson et al. (2011) ha evidenziato che un programma di **aerobica di 6 mesi** è in grado di aumentare il volume ippocampale del **2%**, contrastando il naturale restringimento cerebrale associato all'invecchiamento.

L'esercizio fisico promuove il rilascio di **BDNF** (Brain-Derived Neurotrophic Factor), una molecola chiave per la neuroplasticità e la memoria.

3 RUOLO DELL'IPNOSI CLINICA SULLA MEMORIA:

L'ipnosi viene definita dal Professor Franco Granone, fondatore del CIICS di Torino, come:

“UNA COSCIENZA PARTICOLARE, FISIOLOGICA, DINAMICA, DURANTE LA QUALE SONO POSSIBILI NOTEVOLI MODIFICHE COMPORTAMENTALI E SOMATO-VISCERALI, PER L'INSTAURARSI DI UN MONOIDEISMO PLASTICO, E UNA RELAZIONE PRIVILEGIATA OPERATORE-SOGGETTO”.

In questa definizione vi è tutto il riassunto di ciò che è imprescindibile ed essenziale per la realizzazione di un processo ipnotico che si possa definire tale. Si parla infatti di uno **stato di coscienza particolare** e non di una coscienza ordinaria, **fisiologica** perché ognuno di noi ha potuto sperimentare più volte uno stato di coscienza particolare (alla guida, durante una lettura appassionata ecc....) durante alcune attività nella vita di tutti i giorni. Si parla di relazione **operatore-soggetto**, che è un concetto fondamentale nella realizzazione del processo ipnotico. Se non vi è relazione efficace, difficilmente si realizzerà un vero monoideismo plastico. Infatti, attraverso il **RAPPORTO IPNOTICO** si instaura una particolare relazione maieutica, dinamica e bidirezionale tra operatore e soggetto, che avviene a una sincronia interazionale sia psichica che somatica. E attraverso il **RAPPORTO TRANSFERALE** si ha addirittura una condivisione inconscia di modelli di pensiero, di percezione, e di linguaggio.” E' indispensabile, nel rapporto ipnotico, sia durante l'atto induttivo, sia durante lo stato di trance, stare attenti ai messaggi che intercorrono fra l'ipnotista e l'ipnotizzato, spesso non pronunciati ma metacomunicati attraverso la gestualità espressiva, la mimica, gli atteggiamenti

corporei, che possono rilevare, con fenomeni autoplastici, pensieri e sentimenti. Questi atteggiamenti riguardano in diverso grado corpo, membra, volto, sguardo, organi respiratori e vocali, con manifestazioni simili in numerose culture e civiltà, quali espressioni arcaiche ed ancestrali.”

“E’ impossibile non comunicare”: l’assioma di Paul Watzlawick (psicologo, filosofo e teorico) è la spiegazione del concetto di comunicazione come processo di scambio di informazioni attraverso diversi canali, inclusi linguaggio verbale e non verbale. Ogni forma di comunicazione può essere interpretata come un messaggio, inclusi il silenzio e la gestualità (comunicazione non verbale). Questa teoria della comunicazione, si basa sulla premessa che la comunicazione è inevitabile e costante nella vita quotidiana e che ogni forma di comunicazione, dal parlare al silenzio, dalla mimica facciale alla postura, viene interpretata come un messaggio. Questo approccio alla comunicazione ha avuto un impatto significativo sullo sviluppo delle teorie della comunicazione e ha portato una maggiore consapevolezza del ruolo centrale di quest’ultima nella vita umana. Da qui l’importanza di un uso consapevole del linguaggio, dei gesti, delle intenzioni, che viene sostenuta ampiamente dai docenti del corso CIICS di Torino.

Nella definizione di ipnosi si introduce il concetto fondamentale di **MONOIDEISMO PLASTICO**, che è il cardine dell’ipnosi Granoniana, (introdotto nel 1989) e che consiste nella focalizzazione dell’attenzione dell’ipnotizzato su una sola idea, che diventa plastica quando si attua in una esperienza fenomenica verificabile, ossia nell’attuazione di un cambiamento oggettivo. Questo concetto riguarda il fenomeno come condizione centrale dell’esperienza ipnotica. Durante il monoideismo plastico, infatti, l’attenzione viene sottratta alle aree critiche-razionali (emisfero sinistro) e spostata su quella immaginativa-emotiva, con aumento dell’intensità emozionale e abbassamento del tono corticale. Questo favorisce l’ideoplasia e la modulazione somatica, viscerale e comportamentale.

“La mente è concentrata e dominata da una sola idea, e la realizzazione del monoideismo plastico libera quell’attività subcorticale solitamente inibita dalla corteccia”.

L’ipnosi Clinica rappresenta una modalità emergente per il potenziamento della memoria nei soggetti anziani:

.Agisce migliorando la focalizzazione attentiva, facilitando la codifica e il recupero mnemonico attraverso l’induzione di stati di rilassamento profondo e attivazione delle reti cerebrali implicate nella memoria. L’ipnosi è associata a un aumento del segnale THETA (onda importante per la codifica e il recupero della memoria, tipiche per l’immaginazione e il sogno) e a variazioni nelle onde GAMMA,

che possono riflettere processi di integrazione cognitiva ed emotiva. Queste oscillazioni sono coinvolte nei meccanismi sinaptici alla base della memoria dichiarativa e dell'apprendimento.

In una recente review sono stati messi a confronto i risultati di differenti studi (compresi molti condotti dallo stesso gruppo di ricerca) in merito ai cambiamenti cerebrali indotti dall'ipnosi rispetto alla meditazione. Gli autori differenziano le due diverse tecniche ricordando in particolare come nell'ipnosi ci sia una forte suggestionabilità che permette il riaffiorare di ricordi soppressi. Questo processo viene utilizzato nella terapia ipnotica per permettere ai pazienti di poter rievocare una determinata esperienza, difficile da recuperare altrimenti, con tutte le sue componenti percettive ed emotive. La raccolta dati degli autori ha mostrato come l'ipnosi, a livello di onde cerebrali, sia caratterizzata dalle frequenze alfa (tipiche della veglia rilassata) soprattutto a livello dei lobi temporali e centrali. Inoltre, l'attività ipnotica produce un'attività diffusa ad entrambi gli emisferi rispetto alle onde theta (tipiche dell'immaginazione e del sogno). Utilizzando la PET gli autori hanno, inoltre, studiato il processo di apprendimento, utilizzando un compito di rievocazione di parole ad alto contenuto immaginativo. Grazie a questa tecnica di brain imaging, è stato possibile individuare le aree attive durante l'ipnosi (rispetto alla meditazione), mostrando una pronunciata attività bilaterale nelle cortecce occipitali e prefrontali associata ad una performance mnemonica molto più alta durante l'attività ipnotica rispetto alla meditazione.

L'ipnosi modula l'attività del sistema limbico, in particolare dell'ippocampo e dell'amigdala, favorendo la riduzione dell'ansia da prestazione mnemonica.

Le strategie di potenziamento cognitivo, combinate con interventi psicoterapici come l'ipnosi, rappresentano strumenti fondamentali non solo per preservare la memoria negli anziani, ma anche per promuovere il benessere psicologico e mantenere l'autonomia personale nella terza età.

Halsband U., Mueller S., Hinterberger T., Stickner S. (2009). Plasticity changes in the brain in hypnosis and meditation. Contemporary Hypnosis, 26(4): 194–215

3.1 PROTOCOLLO IPNOTICO

Struttura dell'IPNOSI GRANONIANA:

PRE-INDUZIONE— INDUZIONE— CORPO— DE INDUZIONE e ANCORAGGIO— CODA.

L'intervento ipnotico si sviluppa in **cinque fasi principali**, integrate secondo i principi della **Scuola Granoniana** e supportate dalle **evidenze scientifiche recenti**. Non vi è ovviamente una suddivisione netta e schematica durante l'attuazione del processo, ma come spiegato più volte dai relatori del corso, è fondamentale non trascurare o tralasciare nessun passaggio, proprio perché la trance ipnotica o la realizzazione di un monoideismo plastico si raggiunge attraverso questa tecnica in progressione. Non è quindi possibile, ad esempio, sorvolare il Pre-Tolk passando direttamente alla fase di induzione, perché in questo modo si perdono di vista tutti gli elementi che servono all'operatore per costruire le basi dell'induzione vera e propria. Si rischia di non entrare in rapport e soprattutto di non definire assieme al paziente l'obiettivo da raggiungere, ossia il Contratto Terapeutico. Così come è fondamentale rispettare i tempi del paziente senza forzare il processo di esduzione e riorientamento. Un altro aspetto fondamentale della buona riuscita del nostro processo ipnotico, sono la Ratifica e il Ricalco.

RICALCO: è una tecnica fondamentale nella scuola Granoniana, utilizzata per sincronizzarsi con il paziente a livello somatico, verbale e non verbale. Consiste nel rendere conscio il paziente di alcuni comportamenti, sensazioni, ecc... queste tecniche includono: imitare il ritmo respiratorio, la postura, volume e tono della voce, per creare empatia spontanea aumentare fiducia e abbassare la critica.

RATIFICA: Consiste nel confermare immediatamente ogni effetto ipnotico che comincia a manifestarsi. Questo serve a stabilizzare e rafforzare lo stato di induzione già in corso, accelerando l'approfondimento della trance. Nel metodo Granone, durante l'induzione si costruiscono piccoli fenomeni (es. rilassamento percepito, modulazione respiratoria) che vengono immediatamente ratificati dall'operatore con conseguente rafforzamento della suggestione.

Il ricalco e la ratifica lavorano in sinergia, mentre il ricalco crea rapport e trust, la ratifica stabilizza e rafforza gli effetti ipnotici emergenti.

PRE-INDUZIONE:

Colloquio preliminare e costruzione dell'alleanza terapeutica/rapport e Contratto Terapeutico.

• **Obiettivo:** instaurare un clima di fiducia, abbassando la critica attraverso l'accoglienza, l'ascolto e l'empatia, raccogliere informazioni sulla storia di vita e sulle aree mnemoniche da rinforzare. In questa fase è importante stabilire assieme al paziente il Contratto Terapeutico. Attraverso il colloquio è necessario ricercare i Canali Comunicativi principali del paziente, in modo da utilizzarli per entrare più facilmente in rapport e conquistare la fiducia.

- **Strumenti:**

- Intervista narrativa per individuare i canali comunicativi del paziente (CENESTESICO,VISIVO, AUDITIVO).

- . Priming: Controllo consapevole della gestualità verso un'accoglienza positiva, verso una gestualità del corpo che comunica ascolto e aiuto. Il linguaggio del corpo è un aspetto fondamentale da non sottovalutare nella costruzione di un buon Rapport,.

- . Truismi: affermazioni ovvie e scontate che il paziente concorda essere vere che accrescono il senso di fiducia e familiarità.

- . Yes-Set: Campo affermativo ossia una tecnica di persuasione che mira ad ottenere una serie di risposte affermative per aumentare le probabilità che si accetti una richiesta successiva.

- **Focus clinico:** validare le difficoltà percepite e valorizzare le risorse ancora presenti.

INDUZIONE IPNOTICA :

Questa fase comporta, da punto di vista neurofisiologico, una modulazione diffusa dell'attività cerebrale, con coinvolgimento di aree non verbali spesso associate all'emisfero destro, ma senza una netta lateralizzazione. Attraverso la progressiva riduzione degli stimoli esterni, l'attenuazione della Consapevolezza periferica e l'emergere di uno stato crescente di benessere psicofisico, funzionale alla creazione di un monoideismo plastico. Si attuano quindi manovre che rendono sempre più debole il legame con l'esterno, portando l'attenzione del soggetto verso le emozioni interne.

- **Obiettivo:** favorire l'ingresso in uno stato di trance o stato di coscienza modificato e realizzazione di un monoideismo plastico.

- **Tecnica:**

- Induzione attraverso la focalizzazione del respiro, chiedendo al soggetto di portare tutta l'attenzione a ciò che succede dentro di se ad ogni inspirazione ed espirazione. In questa fase è importante osservare i cambiamenti che stanno avvenendo nel paziente e descriverli, per poi inserire qualcosa di nuovo di cui esso stesso può rendersi conto (RICALCO). Questo aumenta la fiducia e permette al paziente di lasciarsi guidare con fiducia.

(RICALCO : Cambiamento verificabile dal paziente)

- Linguaggio calmo e rilassato.

- Rispettare il ritmo cognitivo dell'anziano, evitando pressioni o urgenze.
- **Obiettivo:** stimolare il recupero di memorie positive e significative,

CORPO DELL'IPNOSI:

In questa fase si utilizza qualunque modalità adeguata all'operatore, per guidare il soggetto nella realizzazione di uno o più Monoideismi, catturando sempre di più l'attenzione, intensificando e Ratificando i cambiamenti oggettivi riscontrati, rendendo consapevole il soggetto di ciò che è riuscito a fare. Il soggetto è in stato ipnotico e quindi la sua mente inconscia è più ricettiva ai cambiamenti, ed è capace di realizzare uno o più monoideismi. Si andrà quindi a lavorare sulle suggestioni necessarie per rafforzare la memoria e consolidare i monoideismi ottenuti.

Le modalità per intensificare lo stato di trans ipnotica sono molteplici:

- **Ricostruzione di episodi autobiografici chiave** (es. matrimonio, nascita di un figlio, primo giorno di scuola).
- **Ancoraggio emozionale:** associare ogni memoria a una sensazione corporea piacevole (calore, leggerezza).
- **Costruzione di un "album mentale":** guidare il paziente a immaginare una raccolta viva e accessibile di ricordi preziosi.

Rafforzamento dell'autoefficacia mnemonica

- **Obiettivo:** potenziare la fiducia nelle proprie capacità di ricordare.
- **Suggerimenti ipnotici tipici:**
- "I tuoi ricordi più belli ti accompagnano con naturalezza ogni giorno."
- "Ciò che per te è importante rimane vivo e accessibile."
- **Tecniche di visualizzazione:** immaginare il cervello come un giardino rigoglioso dove i semi dei ricordi germogliano continuamente, oppure il tuo cervello è come una stanza illuminata dai raggi del sole, che rendono perfettamente visibili e limpidi tutti i ricordi.....

DE-INDUZIONE E ANCORAGGIO

In questa fase dell'ipnosi si riporta gradualmente il paziente allo stato di coscienza ordinario, in modo progressivo e graduale senza forzature evitando di accelerare il processo ma aspettando i tempi del paziente.

- **Obiettivo:** integrare i contenuti emersi e favorire il mantenimento dei benefici.

- **Strumenti:**

- Graduale ritorno allo stato di coscienza ordinario attraverso il conto alla rovescia da 5 a 1 ad esempio.

- Prescrizione di semplici esercizi quotidiani di “ricordo positivo” (es. tenere un diario dei ricordi felici).

In questa fase si può dare un Ancoraggio al paziente, in modo che possa rivivere in autonomia questa esperienza positiva e rientrare in questo stato particolare di coscienza ogni volta che ne sente il bisogno. L'ancoraggio infatti consiste nell'associare uno stimolo specifico (ad es. una parola, un suono, un gesto, un tocco) a uno stato mentale o emotivo desiderato, come calma, fiducia, concentrazione ecc., e una volta stabilito, lo stesso stimolo può essere usato in seguito per “richiamare” rapidamente quello stato.

Monitoraggio degli esiti e follow-up

- **Valutazioni periodiche** (es. ogni 2-4 settimane) mediante test di memoria standardizzati e interviste cliniche.

- **Indicatori di successo:**

- Aumento della frequenza dei ricordi positivi spontanei.

- Miglioramento della narrazione autobiografica.

- Incremento dell'autoefficacia e riduzione della percezione di decadimento.

Nota: È importante personalizzare il protocollo in base:

- Alla storia di vita,

- Alla fragilità emotiva,

- Alla presenza di eventuali disturbi cognitivi associati (es. MCI – Mild Cognitive Impairment).

Montgomery, G. H. et al. (2018). *Hypnosis and memory in aging*. Clinical Psychology Review.

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

De Benedittis, G. (2019). *Ipnosi clinica nell'anziano*.

CODA

La **coda è la fase conclusiva** del processo ipnotico durante la quale si consolidano le suggestioni impartite nella trance, si favorisce l'interazione psichica dei contenuti emersi, preservando lo stato di benessere psico-fisico e la funzionalità dell'Io. Questa fase ha una funzione neuropsicologica importante, poiché contribuisce alla riorganizzazione adattiva dei contenuti cognitivi ed emotivi trattati durante la trance. La" coda "nel modello granoniano non è una semplice chiusura rituale, ma una fase tecnica e terapeutica determinante, che garantisce coesione interna, autonomia psicologica e stabilità emotiva al termine della trance. E' anche il momento in cui l'ipnotizzato appena uscito dallo stato ipnotico, è ancora in una fase delicata di torpore e facilmente può rientrare in trance se necessario.

Strumenti: Osservare il paziente per prevenire effetti indesiderati post-ipnotici (es. disorientamento stanchezza, ansia ecc.) .

3.2 CASO CLINICO DI INTERVENTO IPNOTICO:

CASO ROSA

Rosa è mia madre, ho voluto portare questo caso, per dimostrare come il lavoro che abbiamo fatto attraverso le sedute di ipnosi, abbia apportato un notevole e tangibile miglioramento delle sue condizioni psicofisiche . L'ipnosi ha migliorato la qualità di vita di mia madre e conseguentemente di tutta la famiglia.

Profilo Paziente:

Rosa ha 78 anni, vive da sola in un appartamento adiacente al mio, che sono il suo caregiver principale. Mantiene una buona autonomia fisica, ed è autonoma nella gestione della sua quotidianità (cucinare, cura di se e della casa, guidare l'automobile ecc.) E' affetta da Leucemia Mieloide Cronica in trattamento farmacologico e da due anni, le è stata diagnosticata la malattia di Alzheimer in fase lieve, dopo aver riportato difficoltà nella memoria a breve termine, episodi di perdita di concentrazione e frequenti "vuoti" nel recupero di parole durante le conversazioni. La valutazione clinica condotta dal neurologo ha confermato un quadro compatibile con Mild Alzheimer Disease con lieve compromissione della memoria episodica e della fluency verbale. Ha mantenuto una buona consapevolezza delle proprie difficoltà e ha espresso il desiderio di essere aiutata, in particolare nel ricordare parole ed eventi quotidiani. Spesso le difficoltà comunicative, la portano a sentirsi a disagio, a sminuirsi, ad irritarsi e a chiudersi in uno stato di tristezza. Rosa ha rifiutato sempre tutti i protocolli di recupero cognitivo che le erano stati proposti dall'Asl, questi interventi comprendevano la riabilitazione cognitiva, la terapia occupazionale, e la stimolazione cognitiva, perché nutre diffidenza nei confronti degli altri. Quindi per cercare di aiutarla, le ho proposto l'ipnosi come metodo "nuovo e diverso" per migliorare e gestire al meglio la sua memoria e, con mio grande stupore ha immediatamente accettato.

Quadro neuropsicologico:

Lieve compromissione della memoria a breve termine e della memoria episodica.

Difficoltà nel recuperare sequenze procedurali apprese in passato (preparare una torta ecc.)

Buona risposta agli stimoli emotivi e sensoriali; conservazione parziale della memoria implicita.

Obiettivo dell'intervento ipnotico:

Potenziare la memoria procedurale, ridurre il vissuto depressivo e la vergogna legata alla perdita di abilità, favorire uno stato di calma e rassicurazione, e di un atteggiamento propositivo dell'auto-efficacia nelle attività quotidiane.

Tipo di intervento:

Ciclo di 3 sedute settimanali di ipnosi clinica personalizzate di circa 20-30 minuti ciascuna.

Descrizione procedura ipnotica:

L (Lara) R (Rosa)

L: Ciao mamma, come stai oggi? Sei pronta per vivere questa esperienza nuova e diversa di cui abbiamo parlato ieri? (voce calma e tranquilla, gestualità positiva e in linea con la sua gestualità per rafforzare il rapport e diminuire la critica). Individuo il canale comunicativo: cenestetico.

R: Si certo, oggi volevo prepararti la tua torta alle mele preferita, ma non mi ricordavo tutti gli ingredienti, così non l'ho fatta mi dispiace. Ho paura che andando avanti così, non riuscirò a fare più niente (tristezza e sconforto per non riuscire a ricordare semplici azioni).

L: Mamma capisco che sei triste e angosciata ma proprio per questo oggi possiamo iniziare a praticare questa tecnica nuova e diversa che ti aiuterà a gestire al meglio le tue sensazioni spiacevoli e a migliorare la tua lucidità mentale.(Contratto terapeutico) ti va di iniziare?

R: si (yes- set)

L: Ti piace molto cucinare e vorresti ricordare le tue ricette preferite vero?

R: Si (yes-set)

L: ti piace molto preparare i dolci vero?

R: si (yes-set)

L: Bene mamma, puoi iniziare semplicemente sedendoti sul divano, (ordine motivato) trova la posizione più comoda per te e permetti al tuo corpo di trovare da solo il suo modo per rilassarsi, senza dover far nulla di speciale.... (osservo ogni movimento del corpo e della mimica facciale). Puoi notare ad esempio, che le tue spalle sono ben appoggiate allo schienale del divano, e anche le tue braccia sono piacevolmente adagiate lungo il corpo (ricalco) e ad ogni respiro che fai, il tuo corpo compie piccoli movimenti ai quali non avevi mai prestato attenzione prima d'ora. Puoi accorgerti che ad ogni respiro, le tue braccia si fanno sempre più pesanti e, sarà sempre più difficile per te sollevarle. Ad ogni respiro, sempre di più.... le tue braccia diventano ancora più pesanti, ed è difficile per te sollevarle perché sono in una piacevole posizione che ti crea benessere (Suggestione di pesantezza). La senti la pesantezza delle tue braccia? (Ratifica)

R: si

L: Molto brava mamma. Ora che sei riuscita a fare tutto questo, puoi anche immaginare che ad ogni respiro Sempre di più nella tua mente si accenda una bellissima luce, come quella di un raggio di sole quando illumina il giorno. Chissà per te quali toni di colori ci sono.... ma ciò che è importante è che questa luce delicata e calda, rischiara e illumina la tua mente, proprio come fa il

raggio di sole in una stanza buia. Tutto appare chiaro e visibile, si possono distinguere con facilità tutte le parole, tutte le fotografie appese ai muri di questa bellissima stanza, puoi vedere ogni frase, ogni testo importante che avevi conservato con cura. E questa bella stanza illuminata crea in te un crescente stato di benessere e tranquillità. Ora riesci a vedere chiaramente le immagini che cerchi e ti senti felice e serena. Chissà quali parole leggi in quella stanza, le vedi ?

R: Si sono tante, tutte appese su piccoli quadri.

L: Molto bene mamma, sei bravissima. Ricorda che anche se qualcosa non torna subito, anche se può succedere che tu non legga con chiarezza le parole sul muro della stanza, puoi aspettare che il raggio di sole illumini quella parola che stai cercando e sorridere pazientemente, con la certezza che il raggio di sole arriverà ad illuminarla. Goditi ancora un po' questo momento di benessere, in modo da caricarti di questa piacevole sensazione e ogni volta che vorrai tornare a rivivere questo momento, puoi unire il pollice e l'indice della mano destra, e con questo gesto ritrovarti in questo luogo dove ti senti serena e felice . Ora ti chiedo di contare da 1 a 5 e mentre lo fai tutto il tuo corpo e la tua mente si riconnetteranno al presente, non appena sarai pronta, inizia..... 1....2.....3.....45....

Bene mamma vedo che stai sorridendo com'è andata questa esperienza?

R: Che bella sensazione! Ero nella mia camera da letto, di quando ero ragazza, e la stanza era luminosa e sentivo il canto degli uccellini fuori dalla finestra. C'era un vento leggero che spostava le tende, e io ero stesa sul mio letto ed ero molto rilassata.... Ero felice.

L: Sono molto contenta che ti sia sentita bene, la prossima volta sarà ancora meglio.

Conclusioni:

Nel silenzio dei ricordi che affiorano come onde leggere sulla riva della coscienza, l'Ipnosi si rivela non come un incantesimo, ma come un delicato ponte tra ciò che siamo stati e ciò che possiamo ancora essere. In un'epoca in cui l'invecchiamento viene spesso vissuto come una lenta perdita, questa pratica antica e allo stesso tempo modernissima ci ricorda che la mente umana conserva, anche nei suoi autunni, un sorprendente potenziale di fioritura. La suggestione ipnotica può agire sulle funzioni mnemoniche non tanto forzando la mente, quanto aprendola. Come una chiave che non forza la serratura, ma che trova il perfetto ingranaggio affinché si apra naturalmente.

Negli anziani, questo significa offrire uno spazio in cui la memoria non sia solo ciò che svanisce, ma anche ciò che può essere risvegliato, stimolato, recuperato. L'Ipnosi non è sicuramente una bacchetta magica, né una soluzione universale . Ma è, forse, uno sguardo nuovo, un invito a rallentare, ad ascoltare il ritmo interiore della mente, e a scoprire che anche laddove sembrano esserci spazi bui , può ancora entrare luce.

L'Ipnosi non promette miracoli, ma suggerisce che la cura della memoria può passare anche attraverso la cura dell'attenzione, della parola, della presenza e dell'ascolto. Così, mentre la scienza continua a cercare nuove strade per sostenere l'invecchiamento cognitivo, forse possiamo iniziare a considerare l'ipnosi non solo come tecnica, ma come atto di fiducia: nella plasticità del cervello, nella forza della mente, e nel fatto che, anche nella tarda età, possiamo ancora imparare a ricordare meglio e in un certo senso, a ricordarci di noi stessi.

Ringraziamenti:

Giunta al termine di questo percorso, desidero esprimere la mia profonda gratitudine a tutte le persone che mi hanno supportata e incoraggiata durante la realizzazione di questo lavoro.

Un sentito ringraziamento va al mio relatore, Dott. Maicol Carvello, per la sua disponibilità, professionalità e per i preziosi consigli.

Un grazie speciale alla Dott.ssa Ludovica Nocilli, per il suo costante sprone e il supporto pratico durante l'esperienza clinica.

Ringrazio i miei colleghi per il supporto e la disponibilità, e tutte le persone che hanno condiviso con me esperienze e stimoli arricchenti.

Infine, dedico questo lavoro a chi affronta con coraggio l'invecchiamento, ricordando che la memoria è il filo prezioso che tiene unita la nostra identità, la nostra storia. A mia mamma, con l'augurio che possa ritrovare sempre la strada quando si perde nel buio dei ricordi.

"La memoria è il diario che ciascuno di noi porta sempre con sé." — Oscar Wilde

FONTI:

*F Barabasz, A., & Watkins, J. G. (2005). **Hypnotherapeutic Techniques**. New York: Brunner-Routledge.*

*- Erickson, M. H. (1980). **Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis**. New York: Irvington Publishers.*

*- Hammond, D. C. (1990). **Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors**. New York: W. W. Norton & Company.*

*- Montgomery, G. H., David, D., & Schnur, J. B. (2010). **Hypnosis in Clinical Practice**. Washington, DC: APA.*

*- Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). **The Adaptive Brain: Aging and Neurocognitive Scaffolding**. Annual Review of Psychology.*

*- Tulving, E. (2002). **Episodic Memory: From Mind to Brain**. Annual Review of Psychology.*