



**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

**C.I.I.C.S.**

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA**

**E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2021**

**L'UTILIZZO DELL'IPNOSI**

**NELLA CURA DELLE PERSONE CON DIABETE**

**Esperienza di interventi psicologici con ipnosi**

**nel reparto ospedaliero di Diabetologia e malattie metaboliche**

Candidata:

Dott.ssa Giuseppina Melis

Relatrice:

Dott.ssa Donatella Croce

NOVEMBRE 2021

## INDICE

PREMESSA .....	pag. 3
CAPITOLO 1. IL DIABETE E L'IPNOSI CLINICA.....	pag. 5
1.1 Il diabete, patologia cronica.....	pag. 5
1.2 Complicanze del diabete e fattori di rischio.....	pag. 7
1.3 Gli interventi terapeutici di cura.....	pag. 8
CAPITOLO 2. I FATTORI PSICOLOGI CONNESSI AL DIABETE.....	pag. 10
2.1 Dimensioni e problematiche psicologiche nelle persone con diabete.....	pag.10
2.2 Sindrome del burnout nella persona con diabete.....	pag 13
CAPITOLO 3. L'IPNOSI CLINICA .....	pag.14
3.1 Fenomenologia dell'ipnosi.....	pag.14
CAPITOLO 4. APPLICAZIONE DELL'IPNOSI CLINICA NELLA CURA DEL DIABETE NELL'AMBITO DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO.....	pag. 16
4.1 L'intervento psicologico in Diabetologia.....	pag. 17
4.2 Applicazione dell'ipnosi clinica nel lavoro psicoterapico.....	pag. 17
CASI CLINICI	
Caso clinico 1.....	pag. 19
Caso clinico 2.....	pag. 23
CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI RICERCA .....	pag. 26
BIBLIOGRAFIA .....	pag. 28

## PREMESSA

Il mio interesse per l'ipnosi nasce dal recente incarico lavorativo in qualità di psicologa-psicoterapeuta ospedaliera. Il confronto quotidiano con la sofferenza, il dolore e le difficoltà delle persone che vivono le fatiche dell'accettazione e della gestione della malattia cronica, quale l'insufficienza renale e il diabete, ha determinato in me la volontà di scoprire e la decisione di impadronirmi di uno strumento terapeutico potente quale appunto l'ipnosi clinica.

Il primo periodo del corso è stato per me un momento di prima conoscenza, comprensione della fenomenologia ipnotica e delle tecniche induttive.

Solo in un secondo momento, che corrisponde alla prima sessione esperienziale, mi sono sentita pronta per iniziare a sperimentarlo con i miei pazienti e da allora ad oggi mi rendo conto che c'è tanto da imparare e che gran parte di questa competenza proviene dall'esperienza osservata e restituita da tutte le persone alle quali l'ho proposta e che la sperimentano.

Il mio elaborato vuole essere un'introduzione all'applicazione dell'ipnosi su pazienti con diabete. Nello specifico, ho deciso di introdurre l'utilizzo dell'ipnosi clinica nel percorso psicoterapico di alcuni pazienti da me individuati sulla base di criteri che in seguito specifico. Ho notato, nel lavoro terapeutico svolto, una certa ricorrenza nella metodologia e nella procedura da me adottata e dalla quale ho ottenuto dei risultati molto positivi. Faccio riferimento ad un modo di strutturare la terapia in fasi di sviluppo e crescita. Il percorso inizia dall'analisi della domanda e da una prima valutazione della problematica, utili alla definizione del contratto terapeutico.

Questa prima fase di conoscenza mi permette di creare quella relazione di fiducia, denominata rapport, importante per lavorare con l'ipnosi. Integro questo nuovo strumento al lavoro psicoterapico, guidato da approcci teorici quali l'analisi transazionale, il cognitivismo e la gestalt, e ad altri strumenti, che solitamente utilizzo nel mio lavoro clinico, quali l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), procedura indicata per l'elaborazione di traumi.

Nel percorso da me definito, l'ipnosi clinica mi permette di aiutare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, facilitando i cambiamenti percettivi, emozionali, cognitivi e comportamentali, promuovendo lo sviluppo e il potenziamento di risorse interne utili ad affrontare i compiti connessi alla gestione della malattia, alla prevenzione delle complicanze e al miglioramento della qualità della vita.

# **CAPITOLO 1**

## **IL DIABETE E L'IPNOSI CLINICA**

Lo psicologo, che lavora nel reparto di Diabetologia, interviene a supporto della persona con diabete, aiutandolo a curarsi per prevenire le complicanze e per favorire l'adattamento alla condizione di vita determinata dalla patologia. La malattia, come già evidenziato, rappresenta una sfida per la persona. E' un impegno quotidiano che coinvolge la persona nell'autocontrollo glicemico, nella gestione dell'alimentazione e nell'assunzione di farmaci per via orale o iniettabili. In tale contesto emergono paure, ansia, frustrazione, e la necessità di attenzione amorevole per sé stessi.

E' comprensibile, quindi, quanto sia importante il supporto psicologico che favorisca una buona accettazione della patologia e una giusta motivazione a seguire il suo trattamento. In questo contesto è possibile inserire nel piano di trattamento l'ipnosi, quale strumento in grado di aiutare la persona nella gestione dello stress e della malattia in tutti i diversi aspetti che la caratterizzano.

### **1.1 Il diabete, patologia cronica**

Il diabete, o meglio specificato **diabete mellito**, è una delle più complesse malattie croniche ed anche la più nota malattia metabolica che interessa l'essere umano. Nello specifico, il diabete si caratterizza per la presenza di alti livelli di glucosio nel sangue determinata da un'alterata quantità o funzione dell'insulina, ormone prodotto dal pancreas. Quest'organo è situato nell'addome, dietro lo stomaco, e ha la funzione di consentire l'ingresso del glucosio nelle cellule per essere utilizzato come fonte energetica.

Il diabete può essere causato da una ridotta disponibilità dell'insulina, da un impedimento alla sua normale azione o da entrambi i fattori, ossia l'insulina è poca e funziona non in modo adeguato.

Quando l'organismo assorbe il cibo, e aumenta lo zucchero nel sangue, il pancreas ne rileva la maggiore quantità ed inizia a produrre insulina. Questa indica alle cellule dell'organismo di assimilare lo zucchero dal sangue e la sua produzione si interrompe quando lo zucchero nel sangue è rientrato ad un giusto livello. In presenza di

un'alterazione del meccanismo si crea un accumulo di glucosio nel sangue o, viceversa, un suo mancato utilizzo, condizione che determina sofferenza nelle cellule.

Le alterazioni metaboliche possono essere di diverse forme e su questa differenziazione si distinguono i tipi di diabete.

Il **diabete di tipo 1** riguarda circa il 10% delle persone con diabete ed in genere insorge nell'età evolutiva. Questo tipo di diabete è caratterizzato dalla mancata produzione di insulina da parte del pancreas a causa della distruzione delle cellule  $\beta$  che producono l'ormone. Per tale motivo il trattamento di cura consiste nell'iniettare ogni giorno e per tutta la vita l'insulina. Nelle diagnosi effettuate in età adulta si tratta per lo più di una forma di malattia autoimmune, detta LADA (Late Autoimmune Diabetes in Adults). Gli anticorpi sono diretti contro gli antigeni presenti a livello di cellule  $\beta$ . Non è ben chiara la causa. Si ipotizza possa essere determinato da fattori ambientali, dietetici, o genetici.

Il **diabete di tipo 2** è la forma più comune e riguarda circa il 90% delle persone con diabete. In questo caso l'insulina viene prodotta, ma le cellule non riescono ad utilizzarla. Insorge per la maggior parte dei casi dopo i 30, 40 anni e diversi sono i fattori che vi si associano, quali la familiarità per diabete, il sovrappeso, lo scarso esercizio fisico e l'appartenenza ad alcune etnie. In genere la diagnosi sopraggiunge casualmente o in concomitanza di una situazione di stress fisico, come interventi chirurgici o infezioni.

Il **diabete gestazionale**, invece, consiste in una elevata quantità di glucosio circolante per la prima volta in gravidanza e riguarda circa il 4% delle gravide e si risolve con la nascita del neonato.

La complessità del diabete è determinata soprattutto dal fatto che non è prevista la guarigione, se non con un trapianto del pancreas. Essa pertanto è una malattia cronica, ossia condizione che dura nel tempo richiedendo alla persona la cura costante, la gestione della patologia e l'adattamento alla nuova condizione di vita. In tale processo sono coinvolti anche i familiari e le persone appartenenti alla rete sociale dell'individuo. Il ruolo attivo di questi ultimi è molto importante nel processo di cura, così come avere una buona alleanza con il personale sanitario su obiettivi condivisi. Sono rilevanti, perciò, fattori quali la rappresentazione e il vissuto di malattia, le risorse e le motivazioni, le emozioni e lo

stress, la comunicazione e le relazioni con i sanitari e con i caregivers. Ciò in linea con l'approccio bio-psicosociale, secondo il quale i risultati della salute, o della malattia, sono attribuiti all'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Nel caso del paziente con diabete, è questo a dover gestire più del 90% delle cure inerenti il compenso metabolico e la prevenzione delle complicanze. I profondi cambiamenti che questa malattia comporta nella vita dell'individuo esita facilmente in uno stato di burn-out psicologico che inficia la gestione della cura e, di conseguenza, favorisce lo sviluppo delle complicanze.

## 1.2 Complicanze del diabete e fattori di rischio.

Il diabete può determinare complicanze acute o croniche. Quelle **acute**, più frequenti nel diabete di tipo 1, sono determinate dall'assenza di insulina, che determina uno stato di **iperglicemia** nel sangue, con accumulo di chetoni, combustibili alternativi al glucosio, ma non "ecologici", che causano una condizione detta cheto-acidosi caratterizzata da perdita di coscienza, disidratazione e gravi alterazioni ematiche, fino al coma oppure una condizione di **ipoglicemia** che anch'essa determina stress fisico con danni a livello cardiaco e cerebrale.

Le complicanze **croniche**, invece, riguardano i danni a diversi organi e tessuti, quali occhi (retinopatia), rene (nefropatia), cuore (malattie cardiovascolari), vasi sanguigni e nervi periferici (es. piede diabetico), causati da continui condizioni di stress determinate dall'alterato funzionamento metabolico.

I valori indicativi di una buona gestione della malattia e dello stato di salute del paziente con diabete sono:

- i valori della glicemia nel corso della giornata e dell'emoglobina glicata (HbA1c). Questo è un valore che tiene conto della quota di emoglobina, trasportata normalmente dai globuli rossi e proporzionale alla quantità di glucosio con cui si lega, che è circolato nel periodo di tre mesi, corrispondente alla durata di vita media del globulo rosso. La stima media di glicemia calcolata nei soggetti non diabetici si aggira intorno al 4-7%. Nel paziente con diabete non deve superare il 7% per essere considerato un "buon compenso metabolico";

- i valori della pressione sanguigna, connesso proprio all'aumentato rischio di malattie cardiovascolari; tale controllo previene l'insorgenza di patologie cardiovascolari e di patologie a carico del micro-circolo;

- la quantità dei lipidi nel sangue, quindi di colesterolo e trigliceridi;

- la condizione di organi bersaglio come occhi, reni e arti inferiori, anche in assenza di sintomi.

Il mancato controllo, svolto con regolarità, dei valori su indicati rappresenta un importante fattore di rischio per l'evolvere delle complicanze del diabete.

### **1.3 Gli interventi terapeutici di cura.**

L'assunto teorico di riferimento è rappresentato dal **modello bio-psico-sociale** sviluppato da Engel negli anni Ottanta. Si tratta di una strategia di approccio alla persona, sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization). Il modello pone l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili.

Per comprendere e risolvere la malattia ci si deve occupare non solo dei problemi di funzioni ed organi, ma si deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti ed in grado di influenzare l'evoluzione della malattia.

Contestualmente al modello bio-psicosociale, si afferma la **PsicoNeuroEndocrinolImmunologia** (PNEI), come convergenza di discipline scientifiche diverse, quali neuroscienze, endocrinologia, immunologia e le scienze comportamentali.

La base della disciplina consiste nello studio delle interazioni reciproche tra attività mentale, comportamento, sistema nervoso, sistema endocrino e reattività immunitaria.

I ricercatori che hanno contribuito al suo sviluppo sono stati W.B. Cannon (1871-1945) con gli studi sull'interazione corpo, mente e ambiente, e della funzione omeostatica, e H.H. Selye (1907-1982) che approfondì le ricerche sul concetto di stress e dimostrò l'azione delle condizioni di stress sull'organismo, come ad esempio l'ipertrofia delle ghiandole surrenaliche nei ratti sottoposti a trattamenti duri come risposta dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Tale modificazione fisiopatologica prese poi il nome di

sindrome generale di adattamento e comprendeva una maggiore incidenza di ulcere gastriche. Quindi, corpo e psiche si influenzano a vicenda grazie alle interconnessioni che avvengono attraverso un complesso sistema psico-neuro-immuno-endocrino. Quando questo sistema si auto-regola in modo corretto, passato l'evento stressante fisico o psichico che sia, la reazione psicosomatica si esaurisce e tutto ritorna come prima. Quando invece si blocca, anziché avere una normale reazione allo stress, si sviluppa una patologia psicosomatica (Kiecolt-Glaser, et al., 2020).

**La cura consiste nel mantenere i livelli della glicemia il più possibile nella norma** e ciò è possibile per mezzo di cure farmacologiche, assunte per via orale o iniettiva, e di interventi formativi ed educativi.

La **gestione della malattia** è a carico della persona con diabete, la quale ha il compito di controllare, manualmente, e con l'uso di ausili tecnologici, i valori della glicemia nei diversi momenti della giornata e dei pasti, e regolare con l'alimentazione, l'attività motoria e i farmaci, questi valori riportandoli alla normalità.

E' comprensibile quanto sia importante la presa in carico dell'individuo con il diabete da più figure professionali che mettano a disposizione le proprie competenze per supportare l'individuo nella cura di sé. Nello specifico, oltre al diabetologo, intervengono professionisti esperti della nutrizione, dei dispositivi tecnologici, di infermieri che si occupano dell'educazione terapeutica alla gestione della malattia e di psicologi.

## **CAPITOLO 2**

### **I FATTORI PSICOLOGICI CONNESSI AL DIABETE**

La cura e la prevenzione del diabete è stato nel ventesimo secolo uno degli obiettivi principali dei sistemi sanitari nazionali ed internazionali. Purtroppo, nonostante i notevoli progressi nella prevenzione e nel trattamento di questa patologia, dai nuovi farmaci alle tecnologie per il controllo e per la micro-infusione, molte persone hanno difficoltà ad ottenere un controllo glicemico ottimale ed una buona autogestione, esponendosi a rischio di complicanze a causa dei frequenti e bruschi passaggi da stati di iper ad ipoglicemia (Hunter, 2016 APA).

Le problematiche da affrontare con la persona con diabete sono diverse e nello stesso tempo interconnesse. Lo scopo è quello di permettere alla persona con diabete di poter star bene, di prendersi cura di se adeguatamente, di accettare la condizione e adottare pratiche di cura e buoni comportamenti da portare avanti con costanza e continuità.

Studi recenti hanno mostrato la relazione tra stress emozionale e l'insorgenza del diabete (Ishai A, et al.; J Clin, 2019; LeDoux J.E., 2012; Bottaccioli F. & Bottaccioli AG., 2017).

Resta vero che gli eccessi alimentari e la sedentarietà favoriscono il diabete, ma ci sono altri fattori che contribuiscono all'insorgenza della malattia, quali quelli di natura psichica. Più ricerche mettono in evidenza l'azione dei meccanismi biologici che possono spiegare la relazione tra stress emozionale, depressione, ansia e insorgenza del diabete, rafforzando un concetto più volte espresso dalla ricerca PNEI sulla bi-direzionalità del loro rapporto, come ad esempio la depressione favorisce l'insorgere del diabete e, a sua volta, il diabete favorisce l'insorgere della depressione.

#### **2.1 Dimensioni e problematiche psicologiche nelle persone con diabete.**

I fattori psicologici principali da prendere in considerazione sono: l'adherence, ossia la capacità/disponibilità di seguire le raccomandazioni e le prescrizioni stabilite con i diversi operatori sanitari; la capacità di monitorare i livelli glicemici, di assumere e

regolare l'assunzione dei farmaci; la capacità e la disponibilità ad adottare e mantenere nel tempo uno stile alimentare corretto, praticare attività fisica e presentarsi alle visite periodiche con il team diabetologico. In sintesi si fa riferimento al self-management e alla capacità di prendersi cura di sé tenendo conto delle necessità connesse al diabete e quindi, alla sfera emotiva, cognitiva e comportamentale.

Diversi studi scientifici evidenziano la correlazione tra sintomi depressivi, lo stress associato alla convivenza con il diabete e i livelli scarsi di autogestione, di adherence nel seguire raccomandazioni farmacologiche e dietetiche, un più scarso controllo glicemico e la riduzione della qualità della vita percepita (McClintock, 2016).

I **fattori emozionali** che hanno una ricaduta negativa nel mantenimento di valori costanti della glicemia, sono identificati principalmente nella depressione, ansia, paura e stress post-traumatico (Polonsky, 2015).

Al contrario individui che presentano un'affettività positiva, come ad esempio ottimismo, autostima, fiducia nelle proprie capacità di controllo e di problem solving, nonché con buone capacità di resilienza, presentano un miglior controllo glicemico, minor numero di complicanze e un ridotto tasso di mortalità (Celano, 2013).

Altro aspetto da considerare è quanto gli stati emozionali influenzino la cognizione e il comportamento dell'individuo. Stati d'animo caratterizzati da tristezza, demoralizzazione possono facilmente accompagnarsi a convinzioni di incapacità di reazione, di cambiamento e adattamento, a preoccupazioni per il futuro, a scenari disastrosi, di malattia, sofferenza, rinunce e a sensazioni di impotenza e inutilità. Queste convinzioni producono demotivazione alle cure e scarsa aderenza, al quale segue peggioramento delle condizioni fisiche con conferma di quanto prospettato.

Ansia e **depressione** possono essere sia fattori predittivi la malattia che conseguenza della stessa. Diversi studi scientifici hanno riscontrato una forte associazione tra depressione e incidenza del diabete, sebbene non sia chiara la direzione (Rotella, 2013; Engum, 2007). Come evidenziato in letteratura, la depressione interagisce in modo sinergico con i livelli di emoglobina, aumentando il rischio di incidenza di diabete di tipo 2, con la sindrome metabolica e l'obesità, e predice fortemente la disregolazione metabolica, tra cui quella del glucosio (Tsenkova, 2016).

E' stimato che il rischio di depressione sia più alto nelle persone con diabete rispetto alla popolazione generale dal 50% in su, tenendo in considerazione anche che l'utilizzo degli antidepressivi può aumentare il rischio di sviluppare il diabete.

Tra i **disturbi d'ansia**, quello da **stress post-traumatico** ha dimostrato di predire l'insorgenza del diabete di tipo 2. Mentre le altre tipologie di disturbi d'ansia sono correlati ad un'inadeguata gestione e controllo glicemico.

Alcune forme di ansia sono specifiche del diabete, come la paura di complicanze, dell'ipoglicemia e delle procedure invasive. Purtroppo, episodi di ipoglicemia avvengono in modo imprevedibile ed inspiegabile e quindi sono vissuti dall'individuo con avversione e/o imbarazzo. L'esperienza di imprevedibilità lascia un senso di impotenza e di pericolo di morte e spesso, tale condizione, determina un cambiamento nei comportamenti di autocura (Shepard et al., 2014) che risultano essere inadeguati e causa di ricorrenti episodi di iperglicemia. Nello specifico, la paura per l'ipoglicemia, purtroppo molto diffusa, diventa disfunzionale se supera un certo livello. Funziona proprio come la curva dell'ansia descritta da Yerkes e Dodson (1998), se contenuta permette all'individuo di attivarsi in maniera funzionale al fine di prevenire tale condizione, ma se supera un certo livello dà origine a comportamenti disfunzionali mantenendosi sempre ad un livello glicemico troppo elevato, e quindi in una condizione stabile di iperglicemia con conseguente stato di sofferenza e di stress organico.

E' meno presente la paura per l'iperglicemia, in quanto, a differenza delle ipoglicemie, questa raramente causa svenimento e perdita di controllo.

Allo stesso modo le **fobie specifiche**, in modo particolare quella dell'ago, rappresentano una condizione problematica per coloro che devono adottare comportamenti purtroppo invasivi, quali le iniezioni di insulina, l'auto-monitoraggio del glucosio nel sangue, che avviene attraverso un piccolo prelievo del sangue, e l'inserimento del dispositivo per l'infusione dell'insulina per via sottocutanea. Questo problema, sebbene non sia diffuso tra adulti ed anziani, rappresenta un ostacolo al passaggio dalla terapia orale a quella iniettiva.

## **2.2 Sindrome del burnout nella persona con diabete.**

Di recente è stato messo in evidenza in letteratura il particolare stato di disagio della persona con diabete che, se non riconosciuto e affrontato, consegue in una cronicizzazione della condizione e in una prognosi negativa della malattia.

La ricerca scientifica ha evidenziato che la resa alla malattia è il pericolo più grande nella cura del diabete. Il processo ha inizio con la diagnosi di diabete, momento in cui l'individuo entra in contatto con la malattia e con tutta una serie di cure e trattamenti che spaventano e incombono in maniera prepotente e pesante nella vita dell'individuo senza speranza di cambiamento.

Molteplici sono le questioni esistenziali che subentrano, dalla ricerca di una causa, di un motivo, di un agente al quale attribuire la colpa dando senso all'accaduto nefasto, a questioni riguardanti il proprio futuro, i progetti, le relazioni interpersonali, libertà e spensieratezza. A ciò si accompagnano sensazioni di estrema responsabilità per la propria salute, insicurezza nella capacità di gestirla, di stanchezza fino ad arrivare ad una condizione di arrendevolezza.

Le caratteristiche principali di questo quadro sono frustrazione, autodistruzione, ribellione, passività con la convinzione che non funzioni nulla di ciò che viene proposto.

## **CAPITOLO 3**

### **L'IPNOSI CLINICA**

L'ipnosi è uno stato modificato di coscienza, fisiologico, dinamico nel tempo, che si realizza all'interno del rapporto speciale tra operatore e soggetto, durante il quale possono avvenire modificazioni psichiche, corporee e fisiologiche attraverso la realizzazione di monoideismi plastici.

In questa condizione psichica è possibile agire sulle condizioni psicologiche, comportamentali e fisiche di una persona ottenendo risultati non raggiungibili in condizioni ordinarie di coscienza (Granone, 1962, 2009).

Per **monoideismo plastico** (F. Granone 1989) si intende la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale, dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni percettive, muscolari e nervose.

E' scientificamente stato dimostrato (Brady & Stevens 2000) che l'ipnosi non corrisponde al sonno né tanto meno è magia o paranormale in grado di indurre la persona a fare ciò che non desidera o a compiere atti estranei alla propria morale o volontà. Si tratta di una condizione di intensa concentrazione ed assorbimento interiore in cui la persona rimane pienamente cosciente e mantiene non solo le normali capacità e volontà, ma può essere addirittura meno manipolabile (American Society of Clinical Hypnosis, 2010).

M.H. Erikson (1954) ha dimostrato che l'ipnosi è un tipo di comportamento complesso ed insolito, ma normale, che può essere sviluppato probabilmente da tutte le persone comuni.

#### **3.1 Fenomenologia dell'ipnosi**

L'ipnosi determina delle modificazioni nella persona che la sperimenta. Si tratta di modificazioni di coscienza, o **trance**, intesa come quel complesso di attività mentali che rendono la persona consapevole di se stesso e del mondo esterno con cui è in rapporto. In tal modo è possibile recepire gli stimoli esterni ed interni ed ottenere tutte le informazioni utili per pianificare le azioni (Nicoletti e Rumiati, 2011).

Nello stato ipnotico si rileva un'attenzione concentrata sull'ipnotista ed un restringimento del campo di coscienza, con parziale distacco dall'ambiente esterno e diminuzione del livello di vigilanza. In alcune persone si può riscontrare una modificazione della memoria, come ad esempio amnesia, quindi il non ricordare eventi o il contenuto emerso durante la trance, o, al contrario, ipermnesie, cioè il ricordare anche i dettagli dell'evento (Granone F., 1994).

Si possono presentare delle modificazioni percettive, producendo allucinazioni positive o negative, di diversa natura, temporale, tattile, visiva, uditiva, particolarmente utile nei casi in cui si voglia determinare una modificazione di percezione della temperatura o del dolore (Perussia, 2013). Le modificazioni neurofisiologiche, invece, permettono di dimostrare scientificamente l'esistenza dello stato ipnotico e la sua speciale e unica condizione che la differenzia da altri stati quale il sonno (Casiglia, 1996).

L'ipnosi è strutturata in fasi. La prima si identifica nella pre-induzione, caratterizzata dall'instaurarsi di una relazione di fiducia, dalla definizione di un obiettivo e di strategie da adottare e dall'abbassamento della critica. Nella fase induttiva si destabilizza la coscienza ordinaria per ottenere una modificazione fisiologica, come una riduzione o modificazione della percezione degli stimoli esterni e il raggiungimento di uno stato di trance. Il corpo e la ristrutturazione è rappresentato da ciò che avviene durante lo stato di trance, all'interno del quale si può realizzare il monoideismo plastico, secondo quanto concordato con il soggetto. Si tratta di raggiungere una lieve dissociazione transitoria con modificazioni quantitative e qualitative e una riorganizzazione di elementi precedenti.

Nella fase di de-induzione si aiuta il soggetto a stabilire lo stato la coscienza ordinaria. Segue la coda che rappresenta un periodo di maggiore suscettibilità ad una nuova destabilizzazione .

Lo stato di trance si ottiene attraverso l'induzione che ha lo scopo di ridurre al minimo, o aggirare, la resistenza della parte critica del soggetto per poter permettere alla parte creativa di realizzare i monoideismi plastici.

E' possibile cogliere lo stato di trance da cambiamenti osservabili di tipo fisico, quali la distensione della muscolatura facciale, il rallentamento cognitivo e motorio, il

rilassamento muscolare, una modificazione respiratoria e dal manifestarsi di un fenomeno ipnotico, frutto della suggestionabilità d'organo, ossia l'ideoplasia che si può realizzare con il coinvolgimento preferenziale di un organo o apparato in relazione alla specifica predisposizione costituzionale del soggetto, come la levitazione, catalessia, movimenti automatici rotatori, inibizione di movimenti volontari, analgesia, sanguinamento e condizionamento (LE.CA.MO.I.A.SCO).

L'induzione può essere realizzata con l'utilizzo di tecniche specifiche che permettono al soggetto di abbassare le resistenze e di entrare nello stato di trance ipnotica. Le tecniche si distinguono in dirette ed indirette, verbali e non verbali.

I livelli di ipnosi sono vari, da leggera a più profonda, così come il grado di suggestionabilità. Si trovano in letteratura diverse tecniche utili ad indurre la trance e tecniche più efficaci ad favorire l'approfondimento della stessa .

Il corpo dell'ipnosi è caratterizzato dal lavoro orientato alla realizzazione del monoideismo plastico che utilizza le suggestioni, indicazioni chiare orientate al raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Può trattarsi di suoni, immagini, rievocazioni, metafore, che permettano al soggetto di percepire profondamente la suggestione coinvolgendo la sfera fisica e psicologica (Perussia, 2013).

## **CAPITOLO 4**

### **APPLICAZIONE DELL'IPNOSI CLINICA NELLA CURA DEL DIABETE NELL'AMBITO DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO**

#### **4.1 L'intervento psicologico in Diabetologia.**

L'intervento psicologico a favore di individui con diabete si concretizza in attività di valutazione e di sostegno psicologico e psicoterapico breve finalizzato ad aiutare l'individuo ad adattarsi alla nuova condizione dettata dalla malattia, a risolvere i disturbi dell'umore connessi alla qualità di vita inficiata dal sopraggiungere della malattia, ad imparare a gestire lo stress, a sviluppare e potenziare le risorse interne (capacità di coping, locus of control) ed esterne (supporto psicosociale, strutturazione familiare) e gestire il comportamento alimentare.

Il lavoro su questi fattori, come dimostrato dalle ricerche in ambito del Diabete, favoriscono una positiva aderenza del paziente al trattamento farmacologico e un miglioramento generale della qualità della vita.

Gli approcci terapeutici e gli strumenti psicoterapici adottati sono diversi e vengono scelti ed utilizzati sulla base di una valutazione che evidenzia le caratteristiche specifiche del paziente, le problematiche presenti e gli obiettivi definiti nel piano psicoterapico condiviso.

La scrivente, utilizza un approccio psicoterapico integrato, con focalizzazione nell'analisi transazionale. Nel lavoro ospedaliero fa largo uso della procedura EMDR efficace per favorire l'elaborazione dell'esperienza traumatica che per la maggior parte dei casi si identifica nella diagnosi della malattia, nei lutti e in esperienze a forte impatto emotivo connesse all'ospedalizzazione, al dolore fisico, alle procedure invasive di alcuni esami clinici ecc..

Nell'elaborato presente si vuole descrivere il lavoro psicoterapico a supporto di persone con diabete in carico al Servizio ospedaliero di Diabetologia integrando l'ipnosi nel lavoro clinico.

L'ipnosi rappresenta uno strumento utile nella pratica clinica che permette di potenziare l'intervento psicoterapico e di renderlo maggiormente efficace, con risultati duraturi nel tempo.

## **4.2 Applicazione dell'ipnosi clinica nel lavoro psicoterapico**

I casi clinici di seguito riportati fanno riferimento a pazienti inviati dal medico diabetologo all'attenzione della scrivente per un consulto ed eventualmente un intervento psicologico. Pertanto, si tratta di persone con diabete, sia di tipo 1 che 2, i quali presentano valori glicemici critici, e valore di glicata alta, oltre i 7, che hanno difficoltà a mantenere un corretto stile di vita, alimentare e motorio, che effettuano pochi controlli della glicemia durante la giornata, e che presentano problematiche d'ansia e/o sintomi depressivi. Alcuni presentano altre patologie in comorbidità al diabete.

Lo scopo dell'intervento psicologico è stato quello di integrare l'ipnosi nel piano di trattamento della persona con diabete al fine di promuovere un miglioramento delle condizioni di salute. L'ipotesi di base è che con l'utilizzo dell'ipnosi si possa aiutare la persona a regolarizzare i valori della glicemia e a normalizzare i valori della glicata. Pertanto, la scrivente ha selezionato n. 3 pazienti motivati ad intraprendere un percorso psicologico con l'applicazione dell'ipnosi e con assenza di problematiche psichiatriche.

Si tratta di un lavoro esplorativo e di prima applicazione dell'ipnosi, dal quale trarre spunto per lavori di ricerca successivi supportati da una crescita della competenza applicativa.

I primi colloqui sono stati orientati alla valutazione e alla raccolta di informazioni relative al valore della glicata dell'ultimo prelievo, allo stato d'umore rilevato anche tramite la somministrazione del CORE-OM (vedi allegato 1) con trasformazione in punteggi del test BDI- Back Depression Inventory (A.T. Back, 1961), alla problematica riferita riguardante la gestione della malattia.

Queste stesse dimensioni sono state nuovamente esplorate al termine del percorso psicoterapico al fine di valutare l'efficacia dell'intervento. Inoltre, in occasione della valutazione clinica iniziale, particolare attenzione è stata rivolta al funzionamento della persona nella relazione intra-personale ed inter-personale, al rapporto con il cibo e

con l'attività motoria e all'identificazione di eventuali esperienze negative attuali e passate.

Dopo aver definito il problema e il contratto terapeutico, è stato definito l'obiettivo di lavoro ed il piano di trattamento.

Nella prima fase del lavoro psicoterapico ci si è focalizzati sulla relazione con lo scopo di creare il rapport, per poi procedere ad aiutare il paziente a dare significato alla problematica presenta, a prendere consapevolezza di risorse e difficoltà, e poter applicare l'ipnosi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Nell'ultimo incontro sono stati raccolti i risultati del lavoro svolto, facendo riferimento alle dimensioni della valutazione iniziale, e con lo scopo di evidenziarne i risultati comunicabili con dati numerici

### CASO CLINICO 1

Antonio (nome di fantasia per il rispetto del diritto all'anonimato) è un uomo di 40 aa., con diagnosi di diabete di tipo 1 avuta 10 aa fa. E' laureato in Informatica e lavora da anni presso un istituto di ricerca. E' sposato e non ha figli.

Arriva alla mia attenzione su proposta della diabetologa in occasione di una delle visite di controllo durante la quale rileva un andamento glicemico critico, con ricorrenti condizioni di scompenso di tipo ipo ed iperglicemico. Il **valore di glicata alla presa in carico è pari a 7.9**. A. si giustifica facendo riferimento al periodo di forte stress che sta attraversando caratterizzato da incertezza nel lavoro, difficoltà nell'aver un figlio, insonnia e forti stati d'ansia. Il punteggio ottenuto nel test CORE-OM, e convertito in punteggio BDI-I, corrisponde a "depressione moderata".

I primi colloqui sono stati utilizzati per l'analisi della domanda e la valutazione iniziale utile alla formulazione del piano di trattamento e alla definizione del contratto terapeutico.

Relativamente alla storia personale di A., egli racconta di aver trascorso un'infanzia e un'adolescenza felice. E' ultimo genito di quattro figli, tre maschi e una femmina. Il padre è deceduto quando egli aveva 25 aa. Dopo pochi anni morì la sorella affetta da lupus. La madre, ad oggi, riferisce A., sembra non aver elaborato il lutto, conducendo una

vita rinchiusa in casa, senza permettersi di sorridere. Atteggiamento che in qualche modo è passato a tutta la famiglia e che A. legge come un “non aver motivo di gioire”. Dai suoi racconti si rileva avere una buona rete familiare ed amicale; la relazione con la moglie è basata sul rispetto, stima ed affetto profondo. In questo momento soffre per lei, nel vederla molto triste e insoddisfatta per la difficoltà nel raggiungere la maternità. Rispetto al percorso scolastico e formativo emergono ricordi positivi. Ritiene interessante il lavoro attuale, che purtroppo è precario per i contratti a tempo determinato che rinnovano di anno in anno. Si sente deluso e demoralizzato per le promesse di stabilizzazione finora mai concretizzatesi. Si aggiunge l’insoddisfazione per il rapporto con i suoi capi, sordi ad osservazioni e criticità lavorative presentate che diventano poi preoccupazioni a carico di A..

Il diabete è sopraggiunto quando aveva 30 anni. Da quanto racconta sembra averla accettata e aver sempre adottato tutti gli accorgimenti per una corretta gestione. Ha seguito i consigli alimentari, praticava attività sportiva, ora interrotta per dolore alla schiena e per la pandemia da Covid 19, eseguito i controlli e le iniezioni di insulina come da piano terapeutico. Non sono presenti complicanze, né altre patologie. Non si rilevano esperienze di ricoveri ospedalieri né fatti che possano in qualche modo averlo disturbato.

Il problema che presenta è l’ansia che riferisce accompagnarlo sempre e i valori della glicemia molto alti nonostante tutti gli accorgimenti suggeriti dai medici. Riferisce inoltre, di sentirsi svogliato, di avere difficoltà nel riposo notturno a causa di risvegli alla quale seguono rimuginazioni su fatti della giornata precedente e sentimenti di collera e frustrazione. Il diabete rappresenta, in questo momento della sua vita, un grosso peso che aggrava ancor più la sua condizione di vita.

Il contratto terapeutico è finalizzato a dare senso allo stato d’ansia, imparare a regolare gli stati affettivi, liberare risorse e potenzialità e ripristinare un andamento glicemico positivo.

I colloqui della fase iniziale del lavoro psicoterapico erano orientati ad aiutare A. a dare significato all’ansia. E’ stato supportato nel dare nome alle emozioni specifiche, con l’utilizzo del modello dell’analisi transazionale, a spiegare il processo interno ed interpersonale che motiva comportamenti e stati affettivi ed è stato guidato

nell'apprendimento di modalità d'azione funzionali al proprio benessere. Sono state utilizzate delle sedute in cui è stato applicato l'EMDR per i ricordi relativi alla morte del padre e della sorella e per alcuni episodi relativi ai conflitti a lavoro.

**L'ipnosi** viene inserita quando la relazione con il paziente è consolidata, caratterizzata da una buona alleanza e fiducia.

Nella prima seduta gli propongo un ipnosi rilassante sul luogo sicuro. L'induzione è stata realizzata con la tecnica diretta a mediazione verbale con focalizzazione sensoriale sia esterna che interna, trovando spunto dal test di Spiegel. A. non ha avuto difficoltà nella fase di rilassamento, raggiungendo una trance leggera, riscontrando i segnali identificati in letteratura. Una volta constatato il successo induttivo, ho guidato A. ad identificare un luogo per lui piacevole, immaginario o reale, invitandolo ad attivare tutti i suoi sensi per sentirsi parte di quel luogo. Sapendo che A. utilizza prevalente un canale visivo, l'ho invitato ad osservare intorno a se cogliendo i colori nelle varie tonalità e sfumature. Poi l'ho invitato a sentire i profumi nell'aria, gli odori che contraddistinguono il suo luogo, i rumori, quelli per lui piacevoli, che possono essere più o meno intensi. L'ho invitato a cogliere la piacevolezza e lo stato di benessere sé sperimentato. Rispetto a queste suggestioni ho fatto riferimento al modello della tecnica ipnotica di M.H. Erickson e alle indicazioni ritrovate nei testi di Bandler e Grinder (1977). Dopodiché ho dato la suggestione post-ipnotica per creare l'ancoraggio, facendogli unire il pollice e l'indice della mano destra; ho proceduto con la de-induzione e la coda, durante il quale A. mi ha riferito della piacevole esperienza e del senso di benessere che è riuscito a determinare in sé.

Nella seduta successiva, A. riferisce di essersi sentito più sereno e piacevolmente bene fisicamente. Riferisce di aver notato che i valori della glicemia sono più "normali", meno i picchi verso le ipoglicemie e le iperglicemie. Arriva con la richiesta di lavorare sul sentimento di rabbia, mista a tristezza, che sperimenta la mattina, al risveglio, che associa al "dover" fare il controllo della glicemia e l'iniezione dell'insulina. Il più delle volte, ha un risveglio anticipato, associato al senso di svogliatezza, con atteggiamento di ribellione alla terapia. Rispetto a questo problema, lavoriamo con ipnosi finalizzata alla liberazione da sensazioni negative e pesi che lo affliggono e al recupero di sentimenti positivi per se e per il suo benessere. Dopo l'induzione gli propongo una suggestione indiretta, il cui spunto

è stato preso dal testo di Rabuffi M., Petruccelli F., Grimaldi M.N. (2018) in cui lo invito ad immaginarsi in una stanza con le pareti bianche sulle quali sono appesi tanti foglietti in cui sono scritte tutte le emozioni e sensazioni negative che lo bloccano; di immaginare di staccarli, accartocciarli e buttarli in un buco al centro del pavimento; dopodiché lo guido a scrivere su pezzetti di carta bianca i pensieri e le emozioni positive; di notare la luce bianca che entra nella stanza e che infonde energia positiva. Procedo nel modo classico alla suggestione post-ipnotica e alla de-induzione. A. riferisce dell'esperienza sperimentata e di aver seguito le suggestioni ipnotiche positivamente.

Nell'appuntamento successivo, A. riferisce di aver fatto autoipnosi e di aver ottenuto benefici, avendo diminuito il senso di svogliatezza e di emozioni negative che caratterizzavano i risvegli mattutini. A. vorrebbe riacquistare energia positiva, gioia in tutto ciò che fa, in quanto nota l'incongruenza tra il fare, in linea con ciò che desidera e ritiene buono per se e lo stato emotivo che vi si accompagna. Concordiamo di lavorare sul rinforzo dell'io e potenziamento delle risorse interne, al fine di riacquistare sensazioni positive. Procedo con l'intervista iniziale di tipo esplorativo di approfondimento al problema e dopo l'induzione invito A. a riconnettersi a momenti e situazioni della sua vita in cui ha fatto delle cose in sicurezza, sentendo quell'energia positiva che nasce dalla sua curiosità, dall'interesse e dalla sicurezza che è la cosa giusta per se. A. con cenno del capo mi segnala di aver identificato l'esperienza, e da quel momento lo guido a recuperare tutte le emozioni positive, l'energia fisica e mentale e la sicurezza di sé. Al termine, A. riferisce di aver recuperato un'esperienza che si era dimenticato e, in maniera commossa, esprime la piacevolezza e la gioia nell'aver risentito quella positività che conosceva e che lo caratterizzava, ma che negli ultimi anni aveva dimenticato.

Il percorso è terminato nel mese di settembre c.a..

A. riferisce di sentirsi molto meglio rispetto al giorno in cui ha iniziato il lavoro psicoterapico. Si sente sicuro di saper gestire preoccupazioni e difficoltà facendo leva sulle sue risorse interne e, nel momento in cui era pronto ad affrontare le diverse questioni che lo turbavano, queste si sono risolte. E' arrivato il contratto a tempo indeterminato presso l'Istituto di ricerca. A. ne è soddisfatto, ma ha deciso comunque di volersi dare altre

possibilità partecipando a concorsi per contratti più vantaggiosi. Inoltre, è arrivata la gravidanza tanto attesa.

Relativamente alla criticità dello scompenso glicemico, **il valore della glicata è scesa a 6.9** e il punteggio del CORE OM si è ridotto notevolmente ad un punteggio di “depressione lieve o nulla”.

## CASO CLINICO 2

Luisa (nome di fantasia per il rispetto del diritto all’anonimato) è una donna di 55 anni. Ha avuto la diagnosi di diabete di tipo 2 da circa due anni. **Il valore della glicata alla presa in carico è pari a 7.6.** Ha accettato positivamente l’invio al mio servizio ritenendo di averne bisogno. La situazione clinica è abbastanza critica. Luisa, oltre al diabete, ha retinopatia, nefropatia incipiente, ipertensione arteriosa, insufficienza venosa cronica, polineuropatia sensitivo motoria. Si presenta con uno stato dell’umore molto basso, tendente alla depressione. Riferisce di sentirsi demotivata alla cura di se, svogliata e triste. E’ consapevole della sua condizione di salute, da una parte vuole “salvarsi”, dall’altro non si sente nelle forze di poterlo fare.

Dai colloqui iniziali ritengo Luisa idonea al trattamento con ipnosi, potendo rilevare l’assenza di patologie psichiatriche importanti. Il punteggio ottenuto nel test CORE-OM, e convertito in punteggio BDI-I, corrisponde a “depressione moderata”. E’ una donna che, nonostante lo stato depresso, si mostra disponibile al lavoro terapeutico, curiosa e altamente motivata. Nello stesso tempo ha preso contatto con la dietista per intraprendere un percorso alimentare, ma sa che ha bisogno di sentirsi nel pieno delle sue forze per poterlo seguire e ottenerne dei benefici.

La prima fase del lavoro è orientato alla risoluzione di blocchi e al recupero di una funzionalità più sana. Mi avvalgo della metodologia e degli strumenti psicoterapici.

Solo dopo questa prima fase, durata circa due mesi, introduco **l’ipnosi**. La prima seduta è quella rilassante, di induzione leggera, al fine di permetterle di imparare a trovare in modo autonomo uno stato di rilassamento muscolare e di serenità interiore. Riscontro che Luisa ha delle ottime capacità di entrare in trance. Probabilmente potrebbe arrivare ad uno stato di trance anche profondo. In questo primo momento restiamo ad un

livello leggero. Anche a Luisa propongo l'ipnosi con suggestione del posto sicuro. Ella riferisce di essersi proprio lasciata andare e di essersi rilassata profondamente. Di aver immaginato intensamente il mare e tutta la piacevolezza che ha altre volte sperimentato.

Già dalla volta successiva riferisce di aver provato autonomamente l'autoipnosi nei momenti in cui si sentiva più tesa e di aver ottenuto dei risultati positivi.

In questa fase del percorso, sentendosi più sicura di sé e risentendo la voglia di vivere, di prendersi cura di se, si sente pronta per intraprendere il percorso alimentare. Le sedute successive sono state orientate a rinforzare la motivazione e a gestire le difficoltà connesse al raggiungimento dell'obiettivo concordato.

Le sedute più rilevanti sono state due. In una seduta Luisa è stata guidata a ricontattare un momento del suo passato in cui si è sentita nel pieno della sua volontà, in cui si è sentita determinata, libera e sicura di sé rispetto ad una decisione, ad un impegno che riteneva giusto e buono. In questa induzione, Luisa ha recuperato spontaneamente il periodo in cui viveva con la suocera, dalla quale si sentiva osservata, giudicata e "comandata" e ha ricontattato il senso di sicurezza di sé, di determinazione che aveva provato nell'aver accettato un lavoro che per la suocera era degradante. Luisa riferisce di aver recuperato l'energia fisica e mentale, la soddisfazione e la sicurezza di poter fare ciò che ritiene profondamente buono per sé. Questa sua determinazione intende utilizzarla anche per il suo percorso alimentare, stando con il suo progetto di salute e di benessere senza farsi influenzare dal giudizio dei suoi familiari nel vederla preparare pietanze differenti per se.

Un altro problema trattato con ipnosi è stata la gestione del dolore. Luisa riferisce di dolori alla gamba destra che ha da sopportare senza potersi avvantaggiare dei farmaci a causa della sua patologia renale. Questa condizione dolorosa ha un impatto importante sulla vita e sull'affettività di Luisa, pertanto, decidiamo di utilizzare l'ipnosi quale strumento utile alla riduzione dell'intensità del dolore. Per lei decido di utilizzare una suggestione ideomotoria, invitandola ad immaginare l'azione di un gel rinfrescante che mi aveva riferito nell'intervista iniziale essere l'unico prodotto in grado di darle sollievo. Il mio intento è quello di permetterle di recuperare le sensazioni positive, il sollievo istantaneo che sperimenta quando spalma la crema sulla gamba. La suggestione post-ipnotica

proposta è l'incrociare le mani, gesto che a lei piace e spontaneamente recupera nei momenti di rilassatezza. Al termine della seduta riferisce con meraviglia e nello stesso tempo gioia, di aver sentito proprio la piacevolezza di quando il dolore si riduce come se fosse per lei una liberazione. Mi riferisce inoltre di aver anche visto una nube nera fuoriuscire dalla sua gamba sentendo una sensazione di alleggerimento.

Ho potuto scoprire, che al di là della suggestione ipnotica data dall'ipnotista, il paziente non è passivo, ma con l'inconscio partecipa attivamente.

Un'altra seduta interessante sulla gestione del dolore è stata quella in cui ho ripreso una suggestione diretta, tratta dal testo di Rabuffi M., Petruccelli F., Grimaldi M.N. (2018), per favorire la riduzione del dolore e l'auto-guarigione. Invito Luisa ad immaginare intensamente di essere sotto una doccia e di sentire l'acqua che scivola sul suo corpo fino a localizzare fisicamente la parte del suo corpo in cui prova dolore e di immaginare che quando l'acqua tocca la parte del corpo dolorante succede qualcosa di speciale, che l'acqua la raffredda e lei può sentire come il dolore si riduce. Proseguo con la suggestione come da script. Al momento del feedback finale, Luisa mi riferisce di aver veramente sentito la riduzione del dolore e, come nella precedente seduta, racconta di essersi vista, anziché in una doccia, sotto una cascata, come quella che lei ha rappresentata in un quadro appeso nella sala della sua casa e di aver sentito proprio il getto dell'acqua sulla gamba. Un getto che ha portato via il dolore.

Nelle sedute successive, Luisa riferisce di aver notato una riduzione del dolore e di aver utilizzato l'autoipnosi per gestire i momenti in cui sentiva il dolore farsi più forte.

A distanza di 4 mesi, Luisa riporta uno stato emotivo positivo, determinata nella cura di sé e un miglioramento del compenso glicemico, riportando un **valore della glicata pari a 5.7.**

## CONCLUSIONI

A distanza di pochi mesi dal momento in cui ho iniziato ad utilizzare l'ipnosi per aiutare i pazienti che hanno il diabete, ho potuto riscontrare l'utilità nel favorire un miglioramento della qualità della vita e contemporaneamente una regolarizzazione dei valori glicemici, confermando quanto già presente nella letteratura in merito all'interdipendenza mente-corpo e all'incidenza dei fattori psicologici sulla malattia e sulla sua gestione.

In linea con la letteratura scientifica, la persona con diabete ha la responsabilità di prendersi cura di sé creandosi uno stile di vita rispettoso della propria condizione di salute. Ha da definire e portare avanti una corretta e regolare alimentazione, praticare attività motoria, prestare attenzione a sé imparando ad ascoltare il proprio corpo ed intervenire quando necessario. L'ipnosi, inserita in un piano psicoterapico, o nel percorso di sostegno psicologico, può aiutare il paziente ad affrontare compiti e sfide determinate dalla condizione imposta dalla malattia, come la paura dell'ipoglicemia e dell'ago, adottare nuovi stili di vita e comportamenti alimentari e, per la trasversalità applicativa, utilizzarla per alleggerire il carico di cura di sé, risolvendo le altre problematiche collaterali che originano da disfunzionalità personali, patologie in comorbidità al diabete e difficoltà interpersonali..

Come per i casi clinici su riportati, l'ipnosi si è rivelata utile per favorire la riduzione dello stress aiutando il paziente a rilassarsi, a liberarsi di pesi e tensioni, a ripristinare energia ed emozioni positive, determinatezza e senso di sicurezza di sé.

Da questo primo lavoro con ipnosi, sono rimasta positivamente colpita dal ruolo attivo del paziente in stato di trance, di come in tale stato, mantenga presente la propria volontà e siano attive le capacità cognitive ed emotive. E' in grado di aggiungere, approfondire, specificare quanto non detto dall'ipnotista. Questa consapevolezza mi ha permesso di rassicurarmi rispetto alla mia responsabilità durante l'intervento di ipnosi, circoscrivendo la mia azione a guida, stimolo, accompagnamento e supporto, avendo fiducia che il vero contributo è dato dall'ipnotizzato che possiede in sé la soluzione ai suoi problemi.

Mi rendo altresì conto di aver bisogno io stessa di una guida nell'applicazione dell'ipnosi sul paziente. La consapevolezza di questa necessità mi ha permesso di attivarmi nell'ampliare la ricerca bibliografica, indirizzandomi a testi letterari e scientifici, di noti autori, in grado di rispondere alla mia curiosità, che via via si fa sempre più presente, offrendomi quel supporto di cui in questo momento ho bisogno.

Sono consapevole dei limiti presenti nel mio elaborato, come ad esempio l'esiguità dei casi clinici presentati e del raggio applicativo dell'ipnosi, ma ciò è giustificato dal senso di responsabilità che percepisco nella sua applicazione e dal bisogno della scrivente di comprendere e conoscere approfonditamente l'ipnosi al fine di poter gradualmente ampliarne l'utilizzo.

Quest'esperienza formativa rappresenta solo l'inizio di un percorso di crescita formativa e professionale che ha da proseguire e svilupparsi. L'ipnosi è uno strumento affascinante e nello stesso tempo complesso, così come è complesso l'essere umano.

E' mio interesse continuare ad utilizzare l'ipnosi per poter acquisire maggiore sicurezza nella sua applicazione potendone sfruttare le innumerevoli potenzialità nella gestione diretta della malattia e delle glicemie.

Sarebbe altrettanto interessante approfondire il tema "ipnosi e diabete" e poter misurare l'efficacia dell'ipnosi utilizzando gli strumenti della ricerca azione e della sperimentazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Aikens JE., Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes 2012, 35(12):2472-2478
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ., The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001, 24:1069-78.
- Bandler e Grinder, *Ipnosi e trasformazione*, astrolabio, 1983
- Bandler e Grinder, *La struttura della magia*, Astrolabio, 1981
- Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 2004, 31(2):143-164.
- Bandura A., Health promotion from the perspective of social-cognitive theory. *Psychology and Health*, 1998, 13:623-649.
- Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York-, Freeman, 1997.
- Barrett JE, Plotnikoff RC, Courneya KS., Physical activity and type 2 diabetes: exploring the role of gender and income. *Diabetes Educ* 2007, 33:128-143.
- Bottaccioli F & Bottaccioli AG, *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il Manuale*, Edra, Milano, 2017.
- Casiglia, E., *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. Cleup, 2015
- Chew BH et al., Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World J Diabetes* Dec 15, 2014; 5(6): 796–808
- Choen S., Willis A.T., (1985) Stress, social support and buffering hypothesis. In *Psychological Bulletin* , 109,1, pp. 5-24.
- Casula C, *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*, Franco Angeli, 2016
- C. Casula, *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*, Franco Angeli, 2016

Dalla Gassa C., Dimagrire con la mente, tutti sanno cosa fare pochi sanno come. Ed. Galassia Arte  
Del Castello, Tecniche dirette e indiretta in ipnosi e psicoterapia, Franco Angeli, 1995.

Del Castello E., Casilli C., L'induzione ipnotica, Franco Angeli, 2008.

Del Castello E., Casilli C., L'induzione ipnotica. Manuale pratico. Franco Angeli, 2007, Milano

Ducat L et al –The Mental Health Comorbidities of Diabetes. AMA 2014 Aug 20;312(7):691-2

Erikson M.H., LE nuove vie dell'ipnosi, Astrolabio, 1978.

Erickson, S. Rosen, La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici, Astrolabio, 1983

Erikson M.H., Rossi E.L., Tecniche di suggestione ipnotica, Astrolabio, 1979.

Fonagy, P., Target, M. (2002) Attaccamento e funzione riflessiva Raffaello Cortina, Milano

Kabat-Zinn Jon. Vivere momento per momento, sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la saggezza di corpo e mente. Ed. TEA

Gentili P., Bufacchi T., Visalli N., Argusta M., Di Berardino P., Le dimensioni psicologiche nel monitoraggio del paziente diabetico con il microinfusore. G It Diabetol Metab;29:54-59, 2009

Granone F., (2009). Trattato d'ipnosi (4th ed), UTET, Torino.

G.Gulotta, Ipnosi: aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici, Giuffrè Editore, 1980

Ishai A, et al., AmygdalarMetabolic Activity Independently Associates With Progression of Visceral Adiposity. J Clin Endocrinol Metab., 2019.

LeDoux J.E., Rethinking the Emotional Brain, Neuron, 2012.

Lloyd C – The effects of Diabetes on depression and depression on diabetes. Diabetes Voice 2008.

Novellino, M., L'approccio clinico all'Analisi Transazionale. Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica., Franco Angeli, Milano, 2001.

Rabuffi M., Petruccelli F., Grimaldi M.N. , L'ipnosi in pratica. L'induzione della trance e la sua applicazione in ambito clinico, Alpes, 2018

Ricci Bitti, P. E. & Caterina, R. (2001). Motivazione e regolazione delle emozioni. In Moderato, M. & Rovetto, F. (a cura di) Psicologo: verso la professione (pp.361-387). McGraw-Hill: Milano.

Rossi E.L. , The Memory Trace Reactivation and Reconstruction Theory of Therapeutic Hypnosis: The Creative Replaying of Gene Expression and Brain Plasticity in Stroke Rehabilitation; Norton Professional Books, 2005.

Rossi E.L., The Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts; NewYork: Norton Professional Books, 2002.

Rossi E.L., Discorso tra geni. Neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia, Editris, 2004.

Scapagnini U., Canonico P. L. "Piano sulla malattia diabetica", Commissione Nazionale Diabete, Ministero della Salute italiano, allegato all'Accordo della Conferenza Stato Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 6 dicembre 2012. Rep. Atti N. 233/CSR del 6 dicembre 2012

Shapiro, F. e Fernandez, I. , EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari, 2003

Spiegel D., Tranceformation and Hypnotizability: Hypnotic Induction as a Deduction. 2012

Spiegel, H., & Spiegel, D., Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington D.C. American Psychiatric Publishing, 2004

Solano L., Tra mente e Corpo. Raffaello Cortina, Roma, 2017

Taylor, G.J. , Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea, Astrolabio, Roma 1993

William R., Miller S. R.. Il colloquio motivazionale. Preparare le persone al cambiamento. Centro Studi Erickson, 2004.