

CENTRO ITALIANO di IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA di IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE

Fondatore Franco Granone

Direttore Dott. Antonio Maria Lapenta

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
ANNO 2010

RELAZIONE FINALE

**RUOLO DELL'IPNOSI NEL TRATTAMENTO
DELL'OBESITA' COME SUPPORTO AL
MANTENIMENTO DEI RISULTATI
NEL TEMPO**

RELATORE

Angelo Gonella

CANDIDATO

Franca Minetti

RUOLO DELL'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITA' COME SUPPORTO AL MANTENIMENTO DEI RISULTATI NEL TEMPO

Indice	
Introduzione	pag 1
L'Obesità	pag 3
Cos'è	
Come si misura	
Perché "si ingrassa"?	
Come si cura l'obesità	
Risultati e mantenimento dei risultati	
I "fallimenti": le cause del recupero del peso	
Storia dell'Ipnosi	pag 20
L'Ipnosi	pag 32
Cos'è	
Caratteristiche psicofisiche dell'ipnosi	
Principali tecniche di induzione ipnotica	
Uso dell'ipnosi in Medicina	pag 49
Utilizzo dell'ipnosi in campo non medico	pag 53
L'ipnosi nel trattamento dell'obesità e del sovrappeso	pag 55
Considerazioni conclusive	pag 63
Progetto di studio	pag 67
Ringraziamenti	pag 70
Bibliografia	

INTRODUZIONE

L'obesità o il semplice sovrappeso sono da ritenersi ormai una sorta di "epidemia" della nostra società occidentale, in considerazione del fatto che la proporzione di adulti sovrappeso e obesi sta diventando molto preoccupante arrivando a comprendere come obeso un quarto della popolazione femminile e un quinto di quella maschile.

L'obesità porta a un aumento rilevante di mortalità e morbilità, ma non sempre è percepita come un importante fattore di rischio su cui intervenire con efficaci metodi di prevenzione e di cura.

L'intervento terapeutico più praticato è sempre stata la dieta intesa come cambiamento delle abitudini alimentari scorrette, nonché l'incremento dell'attività fisica e anche il supporto farmacologico.

Tuttavia troppo spesso l'esperienza clinica ambulatoriale, (e lo posso constatare quotidianamente nel mio lavoro di Specialista dietologa) ci insegna che la "motivazione" iniziale a seguire le indicazioni dietetiche viene "persa per strada" per varie ragioni.

In particolare, anche se si ottengono risultati soddisfacenti in termini di calo ponderale nella prima fase del trattamento, spesso questi non si riescono a mantenere nel tempo. Questo fenomeno, è già stato descritto da Stunkard addirittura negli anni 60: è ancora valida la conclusione di allora secondo la quale tra tutte le persone obese o sovrappeso la maggior parte non inizierà neppure un

trattamento e tra i pochi che perderanno peso, la maggior parte lo recupererà rapidamente. In pratica viene a delinarsi una malattia nella malattia, ovvero il disagio legato alla grande difficoltà nel perdere peso e alla grande facilità nel riacquistarlo. E' opinione comune che in molti soggetti sia presente una situazione di insoddisfazione per la propria immagine corporea che non trae beneficio dal ricorso alla dieta e, spesso, al termine del trattamento, il peso recuperato è maggiore di quello perduto accentuando il disagio. Inoltre alcuni individui vanno incontro nel tempo ad alterni periodi di perdita e di recupero ponderale, configurando quella che viene chiamata "Weight Cycling Syndrome" (WCS o sindrome dello yo-yo).

Il rinforzo delle motivazioni a mantenere le buone abitudini alimentari e di igiene di vita acquisite diventa quindi un fattore importante per dare valore all'impegno del paziente nell'ottenere e mantenere il risultato auspicato.

In questo elaborato ho inteso analizzare le basi teoriche e razionali per verificare la possibilità di sperimentare l'utilizzo dell'Ipnositerapia come supporto motivazionale, da affiancare alla tradizionale terapia dietologica, per realizzare un incremento della compliance del paziente verso la dieta e le strategie di cambiamento e per mantenere nel tempo le buone abitudini alimentari e di igiene di vita. Questo dovrebbe tradursi in una reale riduzione del peso corporeo e conseguente riduzione dei fattori di rischio connessi, con maggiore probabilità di mantenere nel tempo i risultati ottenuti.



L'OBESITA'

COS'E'

Secondo le LiGIO, Linee Guida Italiane Obesità,

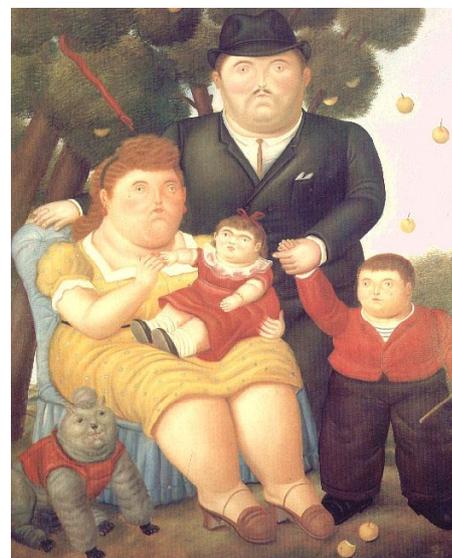
l'obesità è definita come “ un eccesso di peso corporeo superiore del 10% rispetto a quello fisiologico”.

Negli ultimi anni si è assistito a un rapido e progressivo aumento della prevalenza dell'obesità, specialmente nei Paesi occidentali, dove le migliorate condizioni economiche insieme con i cambiamenti di stili di vita hanno contribuito non poco a creare uno squilibrio fra l'introduzione e il consumo calorico-nutrizionale della popolazione.

In media il 34% della popolazione italiana con più di 18 anni (dati ISTAT 2005) è in sovrappeso e il 9% è francamente obesa. Se poi si considerano soggetti con più di 40 anni, tali percentuali salgono al 40% nelle femmine e al 50% nei maschi e gli obesi raggiungono il 14%.

Da questi dati si evince come l'obesità possa essere definita una “epidemia” della nostra società moderna con ricadute sia sullo stato di salute della popolazione sia sui costi dell'assistenza sanitaria in termini di prevenzione, cura, perdita di giorni lavorativi e di reddito.

L'obesità è chiaramente associata ad aumentata morbilità e mortalità, in quanto è da considerarsi un fattore di rischio per lo sviluppo di diabete e malattie cardiovascolari. Vi sono chiare evidenze che la perdita di peso nei soggetti



sovrappeso e obesi, anche solo nella misura del 10% dell'incremento raggiunto, porta a riduzione dei valori di pressione arteriosa, dei livelli di trigliceridi, di colesterolo LDL, con aumento dell'HDL e, nei pazienti diabetici, il calo ponderale riduce i livelli glicemici e l'emoglobina glicata. (3-LiGIO99)

COME SI MISURA L'OBESITA'?

La misura del grado di sovrappeso e obesità si ottiene mediante l'utilizzo di diverse formule matematiche e attualmente la più usata è l'INDICE DI MASSA CORPOREA (IMC) o BODY MASS INDEX (BMI), che mette in rapporto il Peso e l'Altezza del soggetto:

$$\text{peso(in Kg)/altezza}^2(\text{in metri})$$

L'IMC correla relativamente bene con il grasso corporeo, soprattutto prendendo in considerazione l'età e quindi può fornire una valida misura dell'obesità. (Rotella C.M. et al,1997)

PESO	IMC
Normopeso	18.5-24.9
Sovrappeso o Obesità I	25-29.9
Obesità II	30-39.9
Obesità III	>40

Un altro indice considerato importante per valutare anche i rischi di morbilità e complicanze associate all'obesità è la misura della circonferenza della vita in centimetri:

OBESITA' ADDOMINALE AD ALTO RISCHIO

UOMINI >102 cm

DONNE >88 cm



Ricordando che tutti gli adulti oltre i 18 anni con IMC superiore a 25 dovrebbero essere considerati a rischio, le Linee Guida raccomandano di trattare i pazienti sovrappeso che presentano due o più fattori di rischio associati, o con elevati valori di circonferenza addominale e comunque tutti gli obesi, con terapie tendenti a promuovere una perdita di peso che dovrebbe essere mantenuta nel tempo. Bisogna tenere conto, inoltre, che l'OMS raccomanda un calo di peso del 10%, da mantenere nel tempo, in modo da ottenere un miglioramento della salute e della qualità di vita.

PERCHE' "SI INGRASSA"?

La causa più comune di obesità è data dalla discrepanza tra l'assunzione di energia e il suo consumo. In parole semplici: "si aumenta di peso perché si mangia troppo e ci si muove troppo poco".

Il consumo energetico giornaliero è determinato da alcune condizioni:

-Metabolismo basale, che è il consumo minimo necessario a mantenere in vita l'organismo.

-Attività fisica, che varia da individuo a individuo ed è responsabile del 20% del consumo energetico totale.

-Termogenesi, che è l'energia consumata con l'assorbimento, la metabolizzazione e l'immagazzinamento del cibo dopo i pasti.

Il concetto di "bilancio energetico" è quindi un aspetto chiave da tenere presente nell'approccio al paziente in sovrappeso o obeso, ma da solo non può bastare per spiegare il realizzarsi e mantenersi nel tempo di una patologia così complessa e multifattoriale qual è l'obesità.

Sintetizzando, i fattori che concorrono all'insorgenza dell'obesità possono essere raggruppati in alcune categorie, con una interazione sia genetica sia ambientale.

- Fattori legati al cibo

Possono intervenire a tre livelli: come QUANTITA' = eccessiva assunzione di cibo; come QUALITA' = assunzione sbilanciata di cibo; come DISORDINE nell'assunzione del cibo.

E' chiaro a tutti che mangiando troppo o privilegiando cibi a elevato contenuto in grassi e zuccheri semplici o anche non rispettando la regolarità dei pasti il risultato inevitabile è quello di "mettere su peso".

-Fattori legati al consumo energetico

In estrema sintesi la sedentarietà o il passaggio da uno stile di vita attivo a uno sedentario comporta un incremento ponderale.

-Fattori genetici

Il ruolo della genetica nello sviluppo dell'obesità è stato confermato da numerose ricerche. Ma un singolo o un multiplo difetto genetico è responsabile solo di alcune rare forme di obesità umana. Negli altri casi la predisposizione genetica agisce aumentando il rischio di sviluppare un bilancio energetico positivo e, di conseguenza, un incremento di peso nei soggetti esposti a un ambiente che favorisce l'eccesso alimentare e/o la ridotta attività fisica.

-Fattori sociali e culturali

Un'osservazione comune è l'aumento di peso fino allo sviluppo dell'obesità negli individui che emigrano in società occidentali rispetto a quelli che restano nel loro Paese d'origine. Il processo di modernizzazione e di transizione economica ha

portato a cambiamenti sia nel bene che nel male per quello che riguarda la nutrizione umana. Se da una parte ci sono stati notevoli miglioramenti dello standard di vita, dall'altra l'abbondanza di cibo con la sempre crescente

"Bailarina na barra"- Quadro de Botero



disponibilità di cibi ipercalorici a basso costo, associate a una sempre maggiore sedentarietà favoriscono il dilagare del sovrappeso e dell'obesità.

COME SI CURA L'OBESITA'

Esiste una varietà di opzioni per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità: la terapia dietetica basata su diete ipocaloriche e a basso contenuto di grassi, l'aumento dell'attività fisica, le tecniche di terapia comportamentale, la farmacoterapia, la chirurgia e la articolata combinazione di tali tecniche.

Bisogna tenere conto che i trattamenti a breve termine sono solitamente efficaci e percepibili in termini di risultato di calo ponderale dagli stessi soggetti che ne sono affetti. Più difficile diventa valutare l'efficacia delle terapie nel lungo periodo. Infatti l'aspetto principale da tenere a mente è che qualsiasi forma di terapia si scelga, va fatta con l'obiettivo del lungo periodo.

Spesso i pazienti in sovrappeso, o con obesità magari anche complicata sono comunque alla ricerca di un "trattamento miracoloso" che porti a risultati veloci, da ottenere possibilmente con poco sforzo e trovano difficile accettare l'idea che l'obiettivo a lungo termine, invece, è l'unica garanzia di successo.

Molto importante quindi è la capacità di individuare obiettivi realistici e di studiare e adattare la strategia terapeutica caso per caso: più che con qualsiasi altra patologia, il trattamento dell'obesità va "costruito" sul singolo individuo, anche se si tratta di utilizzare metodi che, teoricamente, vanno bene per tutti. In questo scenario è pertanto importante sottolineare brevemente i punti che attualmente sono maggiormente considerati nella pratica clinica.

1) La DIETA

E' stata "demonizzata" fino a definirla il maggiore responsabile dell'insuccesso terapeutico.

In effetti esiste un razionale in questo senso, in quanto il peso è fisiologicamente regolato e siccome la sua diminuzione provoca una risposta biologica tendente a ripristinare i livelli ponderali di partenza, con la restrizione calorica si finisce col provocare nell'organismo una riduzione del consumo energetico che rende difficile continuare a dimagrire e mantenere il risultato. D'altra parte la dieta ipocalorica rimane il cardine della terapia, almeno allo scopo di portare in negativo il bilancio energetico.

2) L'ATTIVITA' FISICA

L'attività fisica è considerato un elemento di terapia dell'obesità molto importante, in quanto il movimento fisico permette di aumentare il dispendio calorico contribuendo alla negativizzazione del bilancio energetico. Inoltre può migliorare il mantenimento del risultato di calo ponderale sia perché fa aumentare i consumi, sia perché favorisce una maggiore adesione al programma terapeutico intrapreso. Infine gioca un ruolo non trascurabile nel ridurre i rischi per la salute associati all'obesità (ad esempio abbassa i livelli di pressione arteriosa e dei lipidi ematici, aumentando le HDL e la sensibilità insulinica).

3) I FARMACI

Attualmente sono in commercio due farmaci con indicazioni specifiche per la cura dell'obesità a lungo termine: l'orlistat e la sibutramina (farmaco di cui è stata sospesa la vendita in Italia da gennaio 2010). Non sono più indicate le amfetamine perché il loro effetto è di breve durata (mentre occorrerebbero trattamenti continuativi) e sono gravati da numerosi effetti collaterali, non ultimo lo sviluppo di dipendenza. Sul mercato sono presenti anche numerosissimi cosiddetti

integratori alimentari che però possono essere considerati solo come “aiutanti” in associazione indispensabile a regime dietetico controllato.

La terapia farmacologica dell'obesità presenta numerosi problemi non risolti quali il costo elevato, gli effetti collaterali, la non efficacia e sicurezza d'uso oltre i due-quattro anni con inevitabile recupero ponderale alla sospensione del farmaco.

4) La TERAPIA CHIRURGICA

Secondo le Linee Guida riconosciute a livello internazionale, il trattamento chirurgico dell'obesità è indicato per soggetti altamente selezionati con obesità morbigena ($IMC \geq 40$) o con $IMC \geq 35$ e patologie associate concomitanti, quando i metodi meno invasivi si sono rivelati inefficaci.

In considerazione delle restrizioni di indicazione nonché del rischio di complicanze operatorie, è evidente che la chirurgia non è la soluzione ideale per la maggior parte delle persone con obesità.

5) La TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Si basa sull'abilità di utilizzare i principi cognitivi per la correzione degli errori comportamentali.

La terapia comportamentale del sovrappeso e dell'obesità nacque negli anni sessanta in USA e si basava sulla nozione semplicistica che l'obesità fosse esclusiva conseguenza dell'apprendimento di cattive abitudini, come quella di mangiare troppo. Fu ben presto evidente che il solo cambiamento delle abitudini non poteva bastare, sia per ottenere un soddisfacente calo ponderale, sia per mantenere i risultati nel tempo. Così alla terapia comportamentale si associarono la dieta e l'aumento dell'attività fisica. Più recentemente sono state aggiunte tecniche per

migliorare le relazioni interpersonali, per correggere pensieri disfunzionali nei confronti del cibo e delle abitudini alimentari, per migliorare l'immagine corporea e per prevenire le ricadute.

La terapia comportamentale è molto efficace nel determinare una perdita di peso a breve-medio termine, ma, da sola, non è in grado di mantenere il risultato di peso perduto.

A conclusione di questa sintetica panoramica sui trattamenti da applicare per la cura del sovrappeso e dell'obesità è opportuno evidenziare che:

“IL VERO PROBLEMA DELLA CURA DEL SOVRAPPESO E DELL'OBESITA' E' IL MANTENIMENTO NEL TEMPO DEL LIVELLO DI CALO PONDERALE RAGGIUNTO”



RISULTATI E MANTENIMENTO DEI RISULTATI

Nel curare il sovrappeso e l'obesità, le due problematiche che si presentano più spesso sono quelle che riguardano le aspettative della maggior parte dei pazienti che si sottopongono ai trattamenti e quelle legate alle strategie e agli strumenti da fornire per mantenere nel tempo il peso perduto.

Molto spesso i pazienti non sono soddisfatti del calo ponderale che riescono a raggiungere e prima ancora si pongono obiettivi non certo ragionevoli e alla loro portata, condizionati sovente da modelli mediatici molto in voga.

Il continuo aumento della popolazione con problemi di sovrappeso e obesità rende dunque urgente lo sviluppo di modelli di prevenzione e cura che siano efficaci, sostenibili dai pazienti e dai curanti e che soprattutto diano garanzie per un mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti.

Nel perseguire tale obiettivo, la medicina basata sull'evidenza clinica ha individuato due trattamenti non chirurgici come capaci di determinare risultati positivi sulla perdita di peso corporeo: la terapia dietetica-comportamentale e quella farmacologica. Tuttavia, nonostante i progressi compiuti, l' "emergenza obesità" non accenna ancora a diminuire, soprattutto perché non si riesce ad ottenere un mantenimento soddisfacente dei risultati di calo ponderale oltre i due anni. Dall'analisi dei dati estrapolati dai follow-up di pazienti dimagriti, si è evidenziato che circa l'80 % dei soggetti obesi trattati otteneva, in quattro-sei mesi, un calo ponderale in media del 10% (in accordo con le Linee Guida), ma purtroppo la maggior parte dei pazienti recuperava tutto il peso corporeo perduto, in circa tre anni.

I "FALLIMENTI": le cause del recupero del peso

I risultati deludenti sul mantenimento del peso perduto nei soggetti sottoposti a trattamenti per la cura del sovrappeso e dell'obesità spingono i ricercatori a studiare con attenzione le cause del recupero del peso. I risultati delle ricerche sembrano, al momento, indicare che tale recupero ponderale sia il risultato dell'interazione complessa di plurimi fattori, biologici, ambientali e psicologici.



-Fattori biologici

In questi ultimi anni si è scoperto che il peso corporeo è fisiologicamente regolato e che la sua diminuzione stimola una potente risposta biologica finalizzata a ripristinare i livelli ponderali di partenza. Si ipotizza che esista un sistema biologico che tende a pareggiare le entrate e le uscite energetiche. Di conseguenza, siccome una significativa perdita di peso si associa a una diminuzione delle richieste energetiche di circa il 15-30%, diventa difficile il mantenimento del peso perduto e anzi è favorito il recupero ponderale. A questo si associa anche il fatto che con la perdita di massa grassa si modifica la produzione di sostanze ormonali e neurotrasmettitori che regolano il senso di fame e sazietà in favore dell'aumento della fame che va a compromettere l'adesione alla dieta da parte del paziente.

-Fattori ambientali

Nella nostra società opulenta e consumistica una persona che ha perso peso fa molta fatica a resistere alle “tentazioni” con il rischio continuo di tornare a una alimentazione in eccesso, con conseguente non mantenimento del risultato e anche con recupero ponderale. Essendo continuamente esposti a cibi poco costosi ma ricchi di grassi ad alta densità energetica, riesce veramente difficile mantenere nel tempo un comportamento alimentare regolare e moderatamente ipocalorico.

-Fattori psicologici

I fattori biologici e ambientali, che possono influenzare il fallimento nel mantenere a lungo il calo ponderale ottenuto, evidentemente non agiscono da soli, ma creano un terreno favorevole su cui i comportamenti e i pensieri dell'individuo, cioè i fattori psicologici, diventano i principali responsabili degli insuccessi della terapia del sovrappeso e dell'obesità.

Per quanto riguarda i comportamenti, alcuni studi hanno evidenziato che i soggetti che riescono a mantenere il peso perduto assumono tre comportamenti: 1) seguono una dieta relativamente ipocalorica e povera di grassi; 2) fanno attività fisica regolare; 3) si pesano regolarmente. Queste attenzioni permettono di tenere sotto controllo i risultati appena ottenuti, ma non sempre sono determinanti sul lungo periodo.

Esistono però persone che riescono in questa impresa e a tal proposito nel 1993 Wing e Hill hanno istituito il National Weight Control Registry (NWCR) al quale possono iscriversi solo le persone che hanno successo nel mantenere il peso

perduto a lungo termine e cioè un calo ponderale di almeno 30 lb (13.6 kg) per un anno o più. Al registro sono iscritti più di 4000 soggetti che hanno mantenuto il calo di peso oltre i cinque anni, adottando strategie comportamentali complesse come quelle di continuare a seguire un determinato stile di vita atto a controllare il peso. Come mai allora, mentre alcuni ci riescono, altri, dopo aver perso peso e aver adottato per un tempo variabile questi comportamenti, li abbandonano e recuperano il peso perduto? Una risposta possibile risiede nel presupposto che, siccome i comportamenti complessi sono determinati principalmente da ciò che un individuo pensa, alcuni pensieri e considerazioni siano i principali determinanti dell'abbandono del tentativo di controllo del peso.

In primis esisterebbe una mancanza di abilità, cioè il non sapere da parte del paziente “cosa dirsi e cosa fare” di fronte alle difficoltà che si presentano nel mantenere le buone abitudini acquisite con il programma di trattamento dell'obesità.

Inoltre alcuni studi hanno dimostrato che quando gli obiettivi di perdita di peso e gli obiettivi primari per cui si decide di intraprendere la dietoterapia non sono realistici, cioè raggiungibili, le persone sviluppano emozioni negative e tendono ad abbandonare il tentativo di cambiamento.

Lo studio osservazionale QUOVADIS, con una ricerca effettuata in Italia su 1891 persone che si erano rivolte a 25 centri specializzati per la cura dell'obesità, ha evidenziato che avevano un BMI sognato e un BMI massimo accettabile rispettivamente del 32% e del 23% inferiore al loro attuale BMI. Presentavano quindi obiettivi di peso ben lontani da quello che indicano le Linee Guida come

obiettivo adeguato ai fini di un miglioramento della salute e della prevenzione di malattie associate all'obesità e cioè un calo ponderale del 10%. Ciò significa che un tale valore non è apprezzato dalla maggior parte delle persone che cercano di dimagrire.

Le aspettative di perdita di peso hanno un ruolo significativo nell'interruzione del trattamento del sovrappeso e dell'obesità. Lo studio QUOVADIS ha rilevato che a 12 mesi il 51.7% dei pazienti aveva abbandonato la terapia, con un rischio di interruzione del trattamento che aumentava sistematicamente per ogni unità in più di aspettativa di perdita di BMI a un anno.

La ricerca ha anche analizzato qual è l'influenza della scelta degli obiettivi primari da parte delle persone che intendono dimagrire; se l'obiettivo primario è quello di migliorare l'apparenza, il tasso di interruzione è più elevato rispetto a quando il soggetto inizia e segue un trattamento di cura dell'obesità con lo scopo di migliorare la salute fisica attuale e futura.

Questo comportamento si può mettere in relazione sia alle false promesse dell'industria della dieta, sia alla carenza di una corretta e diffusa informazione data ai pazienti con obesità.

I principali motivi che spingono ad abbandonare uno stile di vita utile al mantenere il controllo del peso sembrano essere i seguenti:

- non considerare il mantenimento del peso perduto un obiettivo degno di valore.

- sottovalutare il calo ponderale raggiunto e minimizzare i benefici ottenuti col dimagrimento.

-avere un atteggiamento mentale centrato sul dimagrimento e non sul mantenimento del risultato, con conseguente scarsa attenzione ad acquisire e praticare metodi efficaci per conservare il peso perduto.

Sovente le persone sviluppano pensieri disfunzionali che impediscono loro di perseguire nel tentativo di perdere peso e di mantenerlo. Pensieri del tipo “è più forte di me” o “perdere peso è facile” possono portare a non praticare comportamenti finalizzati al controllo del peso e anche a trovarsi impreparati di fronte alle difficoltà che inevitabilmente incontrano durante il percorso. Anche pensare in modo “tutto o nulla” non aiuta perché queste persone non hanno vie di mezzo, o “fanno la dieta” o mangiano in eccesso.

Tra i fattori psicologici importanti per cercare di spiegare le ragioni dei risultati deludenti della terapia dell'obesità bisogna ricordare la cosiddetta “alimentazione emotiva” che tanto spesso i pazienti definiscono “fame nervosa”, a cui dichiarano avviliti di non sapere resistere. Ci sono persone che sperimentano forti emozioni e usano spesso il cibo, soprattutto i dolci, per cercare di contenerle o bloccarle rapidamente. Tale comportamento disfunzionale le porta a non riuscire a imparare a tollerare e accettare le emozioni; inoltre favorisce l'iperalimentazione e il recupero di peso. Esistono forti relazioni fra emozioni e cibo e numerose teorie hanno cercato di spiegare il fenomeno. Esiste la teoria del condizionamento classico per cui se l'assunzione di cibo è associata ripetutamente a un'emozione, questa può diventare uno stimolo condizionato che stimola la fame e l'assunzione di cibo. Oppure la teoria della restrizione alimentare per cui una dieta severa e rigida e accompagnata da un grande calo ponderale causa lo sviluppo di emozioni

negative che favoriscono l'alimentazione in eccesso. Anche la teoria del condizionamento operante potrebbe spiegare il rapporto emozioni-cibo, in quanto se un individuo si accorge che dopo aver mangiato si sente meglio e non ha più emozioni negative, andrà alla ricerca di cibo ogni volta che proverà un'emozione negativa. Infine la teoria del deficit di consapevolezza sostiene che l'interpretazione della fame non è innata, ma viene imparata dal bambino a seconda di come la madre riesce ad interpretare adeguatamente i bisogni del figlio: se la madre li interpreta in modo scorretto, il bambino crescerà senza riuscire ad elaborare il riconoscimento della sensazione di fame e finirà col rispondere sempre con l'alimentazione in eccesso agli stati d'animo negativi quali ansia, tensione, collera, anche da adulto.

Bisogna sempre ricordare che tra le cause che concorrono a compromettere il risultato di mantenere nel tempo il peso perduto vi è la mancanza di rinforzi: il mantenimento del peso gratifica in minor misura il soggetto, sia perché durante questa fase del trattamento non riceve più complimenti e incoraggiamenti dalle persone vicine, sia perché nel mantenimento viene a mancare la speranza di perdere ancora peso e bisogna accettare un risultato di calo ponderale spesso al di sopra di quello desiderato. Inoltre, mentre il periodo di perdita di peso è di breve durata (in media sei mesi), il mantenimento del peso è un processo di durata indefinita, che può spaventare le persone che spesso giungono alla conclusione di non essere in grado di riuscire nell'impresa di mantenere "per sempre" i cambiamenti di stile di vita adottati.



STORIA DELL'IPNOSI

La pratica dell'ipnosi ha accompagnato la storia dell'umanità fin dai primordi della civiltà. Stele e affreschi di età remote attestano che l'ipnotismo è noto all'uomo da oltre quattromila anni. Già gli antichi Cinesi, gli Indiani, ma anche gli Ebrei, i Greci e i Romani conoscevano e praticavano le suggestioni ipnotiche specialmente sottoforma di "fascinazione" e pratiche magiche. I sacerdoti di queste antiche civiltà esercitavano il "sonno ipnotico" e si servivano dell'ipnosi per predire il futuro ed entrare in contatto con le divinità. I maghi persiani e i fachiri in stato di autoipnosi affermavano di avere poteri soprannaturali. In queste epoche lontane, ignorando l'esistenza e le leggi che regolano l'ipnotismo, coloro che lo praticavano mettevano sempre in relazione i successi dell'ipnosi con il soprannaturale e i poteri magici.

Nel papiro di Ebers, scritto nel 1500 a. C., si descrivono rituali magici ed incantesimi che collocavano il paziente in uno stato mentale alterato al fine di guarirlo.

Nei templi del sonno egiziani di Iside e Serapide e in quelli greci dedicati ad Apollo e Asclepio, intorno al 400 a. C., si ricercava la guarigione inducendo stati sonnambulici.

Gli indiani Chippewa praticavano una specie di ipnosi di gruppo nei riti di iniziazione, provocata dalle cantilene dello stregone, fino a generare in alcuni degli iniziati una sorta di analgesia spontanea. Gli indiani, ignorando le leggi e le cause dell'ipnotismo, finivano per collegarlo sempre con il soprannaturale. D'altra parte

il famoso Paracelso (1493-1541) descriveva l'ipnosi come pratica magica per influenzare l'uomo e ancora verso la fine del XVIII secolo si dava un'interpretazione mistica dei fenomeni ipnotici. Il medico religioso Gassner, nel 1774, si appellava a demoni e a Dio, definendo l'ipnotismo come un fenomeno trascendentale e sotto l'influsso del soprannaturale.

Nello stesso periodo iniziò una nuova interpretazione del fenomeno ipnotico definibile come concezione magnetico-fluida. Il medico svizzero Franz Anton Mesmer (1734- 1815), studiando ed elaborando i testi e le teorie di Paracelso, giunse a ritenere causa dei fenomeni ipnotici il fluido magnetico animale. Egli, ispirandosi alle leggi della gravitazione universale e ricalcando i concetti paracelsiani del fluido universale, cosmico, permeante il sole, la luna, la terra, le piante, gli animali, riteneva che esistesse appunto un fluido che dall'operatore si trasmetteva al soggetto il quale, una volta magnetizzato, poteva comunicarlo a chiunque si mettesse in contatto con lui. Secondo questa teoria, i "fluidi universali" o "fluidi magnetici" abbracciano e penetrano ogni organismo vivente in un delicato equilibrio che produce un ritmico e perpetuo movimento simile a quello delle onde del mare; la rottura di questo equilibrio provoca la malattia. Mesmer riteneva che il magnetismo animale non avesse solo per oggetto la produzione di fenomeni straordinari nell'organismo, ma anche e soprattutto la guarigione delle malattie. Egli applicava dei pezzi di ferro al corpo di chi doveva essere curato, oppure faceva sedere i suoi pazienti attorno a una tinozza piena d'acqua contenente limatura di ferro, o esercitava dei "passi" e, asserendo che dal ferro e dalle sue mani si sprigionava un fluido magnetico, induceva il cosiddetto "sonno mesmerico".

Le idee e le pratiche mediche di Mesmer, in qualche misura accompagnate da un'ideologia di tipo magico esoterico, suscitarono un tale scalpore da far intervenire il Governo francese che, nel 1784, chiese alla Reale Accademia di Medicina uno studio accurato e un rapporto su di esse.

I commissari dimostrarono che l'immaginazione senza magnetismo era in grado di produrre convulsioni, mentre il magnetismo da solo era inerte e privo di utilità. A questo rapporto, da rendere pubblico, ne fu aggiunto un secondo, che denunciava le pratiche mesmeriche come dannose per la moralità pubblica. Sembrava questo rapporto una stroncatura definitiva, ma nel 1825 fu richiesto all'Accademia di Medicina un nuovo esame del magnetismo, che, dopo sei anni di studi, riabilitava il mesmerismo, riconoscendo come reali non solo il sonnambulismo provocato ma anche i fenomeni di chiaroveggenza e previsione.

In ogni caso è giusto riconoscere a Mesmer il merito di aver richiamato, per primo in Europa, l'attenzione degli studiosi sui fenomeni ipnotici.

Già durante il periodo magnetico comparvero studiosi che si opponevano alle pratiche magiche e alle teorie del fluido o della potenza della volontà, fra i quali va ricordato l' Abate Faria (1776-1819). Egli diede inizio al terzo filone interpretativo dei fenomeni ipnotici, che può essere chiamato psicologico. Faria sottolineò l'importanza delle caratteristiche individuali, riconoscendo la persona e non l'operatore come agente attivo, assumendo una posizione interpretativa veramente nuova e anticipatrice. Proclamò la natura soggettiva dei fenomeni ipnotici, dovuti, secondo lui, a un processo di concentrazione, in cui il

sonnambulismo veniva definito “sonno lucido”. Fu probabilmente questa la prima concezione psicologica dell’ipnosi.

Questo punto di vista fu ripreso nel 1842 dal chirurgo medico delle miniere James Braid (1795-1860), che fu il primo a usare la parola “ipnotismo”, definendolo uno stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali. Nel 1847 Braid, constatando che polarizzare l’attenzione del pensiero su una sola idea procurava eccellenti risultati terapeutici, ripudiava la parola ipnotismo sostituendola con il termine “monoideismo” per indicare la condizione della mente dominata da una idea sola.

Il noto neurologo Jean Martin Charcot (1835-1893), docente alla scuola parigina della Salpêtrière, fu forse l’ultimo importante studioso della materia a mantenere qualche contatto con le tesi del magnetismo. Infatti formulò una teoria sulla genesi dell’ipnosi fondata su una concezione energetica: riteneva che questa forma di influenza si potesse esercitare solo su soggetti affetti da isteria e finiva col considerare i fenomeni ipnotici come una specie di nevrosi sperimentale. Secondo Charcot uno stato di debolezza nervosa poteva favorire l’ipnosi, mentre la persona sana non ne subiva l’influenza.

La cosiddetta “Scuola di Nancy”, fondata da Hippolyte Bernheim (1837-1919) e da Ambroise August Liebeault (1823-1904), fece sua la concezione psicologica per studiare i fenomeni di suggestione e di ipnotismo, entrando in polemica con Charcot. In opposizione alle sue argomentazioni, Bernheim sostenne che lo stato ipnotico è una situazione di suggestionabilità esaltata. I suoi studi si concentrarono sulle diverse tecniche per indurre lo stato ipnotico, senza trascurare lo stato

d'animo dell'ipnotizzato, le sue aspettative, le sue difese, la sua disponibilità. A questo proposito scriveva: "le manovre sono niente, la fede è tutto e la fede, cioè la capacità di credere, è propria dello spirito umano". Egli definì l'ipnosi uno stato particolare di coscienza che esalta la suggestionabilità senza tuttavia crearla. La suggestionabilità è essenzialmente la capacità del soggetto di sviluppare risposte che oggi definiremmo "ideoplasia", cioè l'attitudine a subire l'effetto di una idea e ad attuarla.

Con Bernheim quindi l'ipnosi acquista la dignità di una tecnica terapeutica applicabile anche a persone non nevrotiche.

Altra figura di rilievo nel panorama europeo di fine ottocento fu quella di Janet (1859-1947), che pose l'accento sulla possibilità di intendere l'ipnosi come una forma di dissociazione della coscienza, avvicinandosi alla nozione di inconscio formulata dalla scuola Ericksoniana, visto come sede di automatismi motori e cognitivi, scoprendo anche, indipendentemente da Breuer e Freud, le potenzialità terapeutiche dell'ipnosi tramite la catarsi di emozioni antiche sepolte in zone non consce della mente.

A proposito del padre della psicanalisi, Sigmund Freud (1856-1939) trascorse un periodo di studio e lavoro presso la clinica di Charcot, interessandosi allo "stato ipnoide", caratterizzato da una scissione psichica tra conscio e inconscio non integrati tipica dell'isteria. Freud applicò l'ipnosi nella cura della nevrosi isterica, secondo il metodo "catartico" che si realizzava facendo sfogare (ab-reagire), verbalmente e fisicamente, la carica emotiva repressa e negata,

impedendo così che quell'energia trovasse una strada patologica nella formazione di sintomi isterici.

In seguito Freud abbandonò questo metodo quando si rese conto che il paziente in trance non si trovava in grado di poter elaborare la propria vita. Il sintomo, in realtà spariva e anche in breve tempo, ma la causa continuava ad esistere; e la causa era la malattia stessa che, non curata in questa maniera, produceva ben presto nuovi sintomi.

Con la teoria dei riflessi condizionati di Pavlov (1849-1936) si ha un ulteriore apporto alla comprensione dell'ipnosi. Pavlov, direttore della Sezione di Fisiologia dell'Istituto di Medicina Sperimentale di Pietroburgo, premio Nobel per la Medicina, focalizzò la sua attenzione sulla verifica scientifica dei fenomeni cerebrali. Durante la trance si avrebbe una parziale inibizione corticale e le residue zone funzionanti, pur non collegate come nello stato di veglia, permetterebbero di spiegare le complesse operazioni tipiche dello stato ipnotico.

Alcuni studiosi che lo seguirono, per spiegare l'ipnosi, esplorarono due campi diversi. Alcuni approfondirono lo studio del ruolo della suggestione ipnotica nell'utilizzo dei riflessi condizionati; altri presero in esame i vari riflessi fisiologici e il loro collegamento e il loro funzionamento in relazione agli stati fisici.

Da questo punto di vista l'ipnosi venne definita una "psicoterapia su base fisiologica".

Fra i ricercatori che si occuparono di ipnosi durante il secolo scorso è da ricordare Lurija (1902-1977), fondatore della neuropsicologia, che elaborò una teoria sul sintomo neurologico, messa in relazione con quella dei sistemi funzionali

del cervello: studiò l'ipnosi dal punto di vista neurologico, approfondendo il tema "memoria e ipnosi".

Nel 1930, Ernest R. J. Hilgard (1904-2001) fu uno dei fondatori della Scuola di Palo Alto e si occupò di ipnosi nel quadro della sua teoria sulla "dissociazione" che si verificherebbe tra un "Io esecutivo", che ha la funzione di ottenere ed elaborare le informazioni dall'ambiente, decidere il comportamento e metterlo in atto, e una serie di altri centri di controllo, che possono essere influenzati dall'esterno, ad esempio con l'ipnosi. Studiando i vari stadi dell'ipnosi, elaborò uno strumento per la misurazione della profondità della trance ipnotica e della suscettibilità delle persone all'ipnosi. Questo studio portò alla creazione della cosiddetta Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, tuttora in uso.

Molto apprezzato dagli psicologi della Scuola di Palo Alto fu lo psichiatra Milton Erickson (1901-1980), la figura più importante nel campo dell'ipnosi del ventesimo secolo, in quanto si deve senz'altro a lui la rinascita dell'interesse per questa antica disciplina che, tuttavia, con lui muta profondamente. Egli si sforzò di dare dignità scientifica all'ipnosi, fondando insieme ad altri l'American Society of Clinical Hypnosis. Collaborò anche con Aldous Huxley nella sua ricerca sugli stati alterati della coscienza.

Erickson ebbe l'infanzia segnata da molteplici handicap, aggravati dalla poliomielite contratta all'età di 17 anni e quando a 51 anni ne subì un secondo attacco fu costretto per il resto della sua vita su una sedia a rotelle con le gambe e un braccio paralizzati. Ma proprio lavorando sui suoi handicap e sulla diversa

percezione del mondo che ne conseguiva, egli elaborò e mise a punto molte delle sue teorie.

Rilevò, partendo da osservazioni su se stesso, il fenomeno della “focalizzazione ideodinamica”, cioè la deduzione che, in termini fisiologici, ogni cellula cerebrale attivata da un’idea, aziona a sua volta le fibre nervose che devono realizzare questa idea; e questo avviene quasi sempre al di sotto del livello di coscienza.

Riferendosi agli studi dell’epoca sulle varie fasi del sonno, Erickson affermava che anche nello stato di veglia l’attività cerebrale attraversasse dei diversi periodi di attività intensa, alternati a periodi di riposo.

Insegnò che l’osservazione è l’aspetto più importante della prima fase del trattamento ipnotico. Affermava che l’attenta osservazione dei minimi cenni del corpo del paziente e del suo stato d’animo avrebbe permesso al terapeuta di cogliere la fase della sua attività cerebrale e riuscire ad intervenire, adattando le suggestioni all’individuo. Doveva quindi essere accuratamente studiata, agevolata e utilizzata l’individualità di ciascun paziente al fine di valorizzare la sua unicità e le sue concrete esigenze.

Erickson praticava l’ipnosi senza alcuna formalità o manovra di induzione e i pazienti da lui trattati non si accorgevano neppure di essere stati ipnotizzati. Dopo aver osservato attentamente il soggetto, interveniva raccontando episodi della sua vita, ricordi, storie dal contenuto bizzarro e a quel punto la persona davanti a lui cadeva in trance, senza neppure accorgersene. Utilizzava per i suoi racconti tecniche di comunicazione come il paradosso, il doppio legame, la metafora. Questo

metodo, definito da lui stesso “metodo naturalistico”, gli permetteva di utilizzare in modo creativo le risorse psicologiche del paziente, allo scopo di ottenere cambiamenti e guarigione.

Egli sosteneva che spesso la persona ignora i dati che gli arrivano dall'esterno, mentre fa riferimento alla propria “mappa interna”, costituita da dati, procedure, regole e schemi di comportamento che si trovano sotto alla soglia della coscienza e pertanto non suscettibili di verifiche, aggiornamenti o modificazioni da parte dell'individuo, ma tendenti a diventare rigidi e a confermarsi sempre di più.

Con l'ipnosi, secondo Erickson, si potevano cambiare i riferimenti percettivi e cognitivi, disarticolando gli schemi e riassemblendoli in combinazioni diverse; in questo modo, le risorse del paziente medesimo, ricercate nella sua storia personale, erano valorizzate al massimo e utilizzate per la risoluzione dello stato di sofferenza.

Per completezza, è comunque indispensabile sottolineare un aspetto di Erickson che pochi conoscono. Hammond (1984), basandosi in gran parte su colloqui con terapeuti che avevano lavorato a stretto contatto con Erickson, afferma che, benché fosse molto abile nell'impiego della metafora, il Maestro ricorreva molto frequentemente a metodi diretti e che, al culmine delle sue capacità, Erickson utilizzava tecniche induttive dirette per l'ottanta per cento circa della sua attività. Quest'osservazione aiuta a mettere la metafora e gli altri metodi indiretti nella giusta prospettiva: nella maggior parte dei casi queste tecniche dovrebbero probabilmente svolgere un ruolo aggiuntivo.

Per quanto riguarda l'Italia, gli studi sull'ipnotismo hanno avuto un periodo abbastanza florido all'inizio del secolo scorso, ma hanno subito successivamente un lungo periodo di abbandono, come in altre nazioni europee, sia per lo sviluppo delle scuole psicoanalitiche, sia per quello di un indirizzo prettamente biologico somatistico.

A partire dalla fine del diciannovesimo secolo, si trovano varie pubblicazioni di studiosi che si occupano di ipnosi, quali Lombroso (1887), Portigliotti (1902), Benussi (1925) e Roasenda (1927). In particolare, il Portigliotti, riallacciandosi agli studi delle scuole francesi della Salpetriere e di Nancy, spiega i fenomeni ipnotici con i concetti di suggestione e autosuggestione. Egli valorizza molto il concetto di "dinamogenia psichica" e quello di "ideodinamismo" di Bernheim, precursori del più moderno concetto di "ideoplasia".

Anche gli altri studiosi italiani sopra citati danno interpretazioni simili dell'ipnosi e ne indicano l'uso terapeutico nelle nevrosi, nelle dipendenze, nelle manifestazioni coreiche e convulsive e, ma solo alcuni, come metodo di indagine della personalità e di psicoterapia di sostegno.

Si deve poi attendere il decennio 1953-1963 per vedere il crescere dell'interesse per l'ipnosi, con la pubblicazione di lavori, ricerche e libri sull'argomento.

Il 1960 è l'anno di fondazione dell' A.M.I.S.I. Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, che nel 1961 organizzò il primo corso di formazione in ipnosi, e, dal 1965, pubblicò la "Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicosomatica", la prima rivista di ipnosi a carattere scientifico pubblicata in Italia.

Nel 1965 venne fondato da Franco Granone il primo Centro di ipnosi clinica e sperimentale ospedaliero italiano presso una Divisione Neurologica dell'Ospedale Generale di Vercelli.

Nel marzo del 1970 fu organizzato presso il Centro un corso di ventiquattro lezioni, con l'intervento di vari cattedratici di importanti Università italiane. Altri corsi ne seguirono, che permisero agli allievi una frequenza bisettimanale del Centro per sei mesi, essendo esso aperto a tutti gli studiosi interessati all'argomento dell'ipnosi.

L'8 marzo del 1979 il Centro si trasferì da Vercelli a Torino, organizzandosi in Società autonoma con la denominazione di Centro Italiano di Ipnosi Clinica-Sperimentale (CIICS), aderendo alla Federazione Italiana per lo Studio delle Psicoterapie della Ipnosi e dei fenomeni di Rilassamento (F.I.S.P.I.R.).

Nel 1980 il CIICS, sotto la presidenza del Granone, fondò la Scuola postuniversitaria di ipnosi clinica e sperimentale, che tiene ogni anno corsi propedeutici e formativi specialistici per ipnotisti e ipnologi psicoterapeuti a Torino.

Concludendo questa sicuramente incompleta rassegna storica dell'ipnotismo e degli studiosi che si sono occupati dell'ipnosi nel corso dei secoli, ricordo che quando Granone incontrò Erickson, gli espose la sua teoria sul "rituale ipnotico" per creare una scala della progressione dei vari fenomeni ipnotici a scopo sperimentale terapeutico, condensato nell'acronimo "Le.Ca.Mo.I.A.S.Co.", cioè: Levitazione, Catalessi, Movimenti automatici rotatori, Inibizione di movimenti volontari, Analgesia, Sanguinamento, Condizionamento.

Entrambi giunsero alla conclusione che comunque l'induzione ipnotica e l'impostazione terapeutica non possono seguire rigidi schemi dottrinali e che la tecnica deve adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente.

Granone pubblicò il suo Trattato nel 1962, a cui seguirono altre cinque edizioni, dove egli condensò oltre cinquanta anni di esperienza medica e neuropsichiatrica e di pratica dell'ipnosi, giungendo alla conclusione che "l'ipnositerapia, in quanto psicoterapia condotta in uno stato particolare di coscienza, è un'arte che non può essere ripetitiva, bensì ogni volta creativa. L'ipnosi è una scienza per i suoi fondamenti biologici, basati sulle vicendevoli correlazioni mente-corpo; ma è un'arte nelle sue applicazioni pratiche del rapporto con il paziente".



L'IPNOSI



COS'E'

Nella fantasia popolare e nel pensiero comune l' IPNOSI è spesso considerata alla stregua di un fenomeno magico che suscita curiosità, ma anche un timore reverenziale che può sfociare nella diffidenza e nella vera e propria paura. E' quindi necessario (come afferma A.M. Lapenta, lezione al Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica 2010), prima di definire cosa è l'ipnosi, sottolineare cosa l'ipnosi NON è.

L'ipnosi non è sonno, anche se l'etimologia del termine (dal greco "ipnos") potrebbe trarre in inganno. L'analisi elettroencefalografica ha infatti dimostrato che il soggetto in stato ipnotico non sta dormendo e possediamo dati strumentali che differenziano i due stati.

L'ipnosi non è, come pensano alcuni, né magia né parapsicologia e la trance ipnotica non si instaura con fluidi o poteri particolari.

Non può essere considerata siero della verità in quanto il soggetto, anche in ipnosi profonda, conserva una parte vigile della coscienza.

L'ipnosi non è forzatura della volontà perché comunque la persona in ipnosi non commetterà atti contrari alla sua morale. E ovviamente non è trucco né gioco di prestigio.

Se poi intendiamo come suggestione l'accettazione acritica dell'idea dell'altro, l'ipnosi non è nemmeno suggestione, ma si può dire che il fenomeno

ipnotico si avvicina di più al concetto di persuasione, cioè di accettazione critica dell'idea dell'altro.

Sgombrato il campo dagli equivoci, possiamo affrontare la definizione di che cos'è l'ipnosi dal punto di vista scientifico.

L'ipnosi, secondo Franco Granone, massimo esperto della materia, è un "particolare modo di essere dell'organismo che si instaura ogniqualvolta intervengano speciali stimoli dissociativi, prevalentemente emozionali, eterogeni e autogeni, con possibilità di comunicazione a livello anche non verbale, con una regressione a comportamenti parafisiologici o primordiali" (1986).

L'ipnosi è una condizione psicofisiologica particolare, un fatto biologico diverso sia dal sonno che dalla veglia, in cui peraltro ciascuno di noi può incorrere ogni volta che svolgiamo in modo automatico attività ripetitive.

Lo stato ipnotico è uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico che si realizza nel rapporto terapeuta-paziente durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici.

In altre parole, come afferma Angelo Gonella, "per ottenere questo particolare stato di coscienza è necessario che la persona limiti il suo campo di interessi e di critica, orientando la propria attenzione su una sola idea alla volta e in modo via via più pregnante e creativo, realizzando il monoideismo plastico, potendo così raggiungere lo stato di trance ipnotica".

Secondo Granone si intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni

psichiche, somatiche e viscerali della persona, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore.

In "L'agente terapeutico in psicoterapia" Angelo Gonella sottolinea come l'attivazione della condizione ipnotica costituisca di per sè una "psicoterapia", indipendentemente dall'obiettivo terapeutico che può voler perseguire l'ipnologo. In particolare è auspicabile che si instauri un rapporto empatico fra l'operatore e il paziente, in quanto il fenomeno ipnotico non può prescindere dalla relazione medico-paziente. Un rapporto che si modifica tanto più efficacemente quanto più è fondato sul "dinamismo ipnotico", riconosciuto come il vero agente terapeutico della relazione ipnotica; una relazione dove qualcosa di "dinamico" passa dal terapeuta al paziente che ne riceve i benefici terapeutici.

E' importante sottolineare che l'ipnosi è un dinamismo psichico che si può realizzare in tutti gli individui, anche se con risultati differenti a seconda delle caratteristiche psicosomatiche della persona che beneficia del trattamento e del particolare momento della sua vita, della sua situazione psico-neuro-endocrina, della sua cultura, delle motivazioni che la spingono a tale esperienza. Ovviamente incidono sul fenomeno ipnotico anche la predisposizione innata, l'abilità, l'esperienza e la preparazione culturale dell'ipnotizzatore.

La condizione di coscienza modificata tipica dell'ipnosi è ricca di contenuto emozionale, con abbassamento dell'atteggiamento critico e caratterizzata dal monoideismo plastico che "dà corpo" a un'idea con creatività e fantasia fino a modificare il comportamento o a cambiare situazioni organo-viscerali (si veda il verificarsi dell'analgia ipnotica) influenzando il sistema endocrino e quello

immunitario, come dimostrato da studi clinico-sperimentali della psico-neuro-endocrino-immunologia.

Questa modificazione varia da individuo a individuo, non è costante neanche nello stesso individuo e neppure durante la singola seduta ipnotica e quindi può essere veramente dinamica la relazione tra ipnotista e paziente, offrendo potenzialità terapeutiche grandiose sia in campo psicoterapeutico sia medico-clinico. Tale rapporto si instaura attraverso una comunicazione, verbale e non verbale, la più suggestiva possibile in modo da riuscire ad essere modificante nel soggetto che la riceve fino al verificarsi della “trance ipnotica”, uno stato dinamico via via modificabile con suggestioni in grado di attivare un monoideismo plastico. L'accettazione delle suggestioni è condizionata dalle caratteristiche costituzionali del soggetto; Granone parla a tal proposito di “suggestionabilità d'apparato”, sottolineando che esiste una diversa prevalenza sensoriale costituzionale (visiva, uditiva, olfattiva, gustativa, cenestesica...) con cui le persone si rapportano con l'ambiente e che l'ipnotista esperto deve saper cogliere per entrare “in sintonia” con il paziente e facilitarne il rilassamento fornendogli suggestioni appropriate alla sua indole.

L'ipnosi è quindi un fatto biologico, è un dinamismo psicosomatico caratterizzato da una particolare partecipazione mente-corpo, attraverso il quale il soggetto riesce a influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche. Con il monoideismo plastico il soggetto diventa capace di gestire le potenzialità della sua mente nelle componenti più creative e fantasiose in modo da orientare l'attenzione sull'obiettivo da raggiungere; in questa operazione è fondamentale, come abbiamo

già detto, il rapporto interpersonale che si crea fra operatore e paziente, caratterizzato da una specifica comunicazione. A tal fine il terapeuta deve attivare delle procedure che orientino l'attenzione della persona sull'obiettivo scelto, che sono le cosiddette "tecniche di induzione". Nel soggetto devono anche essere presenti specifiche condizioni quali attesa, aspettative, motivazioni e potenzialità di apprendimento.

Secondo Granone, pur esistendo svariati metodi idonei a procurare una condizione di ipnosi e quand'anche ogni operatore debba scegliere quello che più si confà alle sue attitudini e alla sua personalità, di fatto "ogni metodo serve a produrre ipnosi se l'operatore è capace ed il soggetto è adatto, mentre nessun metodo è efficace quando manca anche solo una di queste condizioni". Si devono comunque muovere le leve della suggestionabilità della persona, abbassandone i poteri di critica e razionalità. Infatti, esaltando le funzioni dell'emisfero destro, immaginativo, creativo, artistico, si riesce ad abbassare il controllo di quello sinistro che è l'emisfero della logica, della critica e del linguaggio articolato. Per ottenere ciò, sempre secondo Granone, sono necessarie particolari condizioni di ambiente, transfert, appropriatezza ed opportunità di linguaggio e gestualità dell'operatore, combinati a una buona dose di "intuito psicologico". E' dunque fondamentale, quando si vuole indurre la trance ipnotica, basare la propria tecnica sulla particolare personalità del paziente, sui suoi bisogni e desideri, utilizzando strategicamente le sue risposte e il suo atteggiamento al momento dell'induzione, senza mai opporvisi.

L' "arte" dell'ipnosi sta nell'intervenire al momento giusto con la suggestione adatta al soggetto ed alla circostanza, tenendo conto della cultura e del carattere dell'ipnotizzando, delle sue resistenze e della sua suggestionabilità, fino alla sua progressiva adesione ai "comandi" dell'ipnotista. In questa ottica, "l'atteggiamento mentale dell'operatore è il grande segreto di ogni ben riuscita suggestione ipnotica; esso è proprio l'invisibile che crea il visibile". Si realizzerà così una specie di comunicazione extraverbale fra l'ipnologo ed il paziente, altrettanto importante quanto quella verbale ai fini terapeutici dell'ipnosi.



CARATTERISTICHE PSICOFISICHE DELL' IPNOSI

Com'è noto, l'ipnosi è uno "stato di coscienza modificato", comunque fisiologico e dinamico, in cui sono possibili importanti variazioni psichiche, somatiche e viscerali, grazie ai monoideismi plastici e al rapporto che si crea fra ipnotista e soggetto.

La prima modificazione che si verifica nel soggetto sottoposto a ipnosi è di natura psichica e riguarda la coscienza e la critica. Queste due funzioni si modificano fino a realizzare lo stato di "trance", in cui si riduce la consapevolezza di alcune facoltà psichiche, mentre se ne esaltano altre (tratto da lezione di Ennio Foppiani - Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica 2010).

Dopo la modificazione della psiche seguono le alterazioni di carattere somatico, viscerale e umorale.

La suggestione ipnotica, che a differenza della suggestionabilità, è l'accettazione critica dell'idea dell'altro e la capacità di realizzare monoideismi plastici, porta il soggetto alla "trance". La trance è l'accoglienza dell'informazione proposta attraverso la realizzazione dell'ideoplasia.

Secondo Granone, nell'ipnosi si possono schematicamente distinguere due fasi:

- 1) la fase dell'ottundimento delle facoltà critiche dell'ipnotizzato con modificazione del suo stato di coscienza.

- 2) La fase del subentramento della direttività dell'ipnotizzatore, durante la quale si realizza un particolare rapporto fra ipnotista e ipnotizzato.

Durante l'ipnosi il soggetto, anche se inerte e immobile, sente tutto e resta in contatto col mondo esterno; infatti per risvegliarlo basta ordinarglielo. La semplice suggestione è sufficiente quasi sempre a determinare tutti i fenomeni ipnotici e , una volta iniziata la trance, ogni altro processo può divenire superfluo e ridondante.

L'obbedienza automatica, l'anestesia, le allucinazioni e le illusioni caratterizzano le fasi progressive dello sviluppo della suggestione fino al culmine rappresentato dal sonnambulismo attivo con amnesia totale al risveglio.

Sempre Granone, per cercare di fare una sorta di gradazione delle tappe dell'ipnotismo, parla di otto gradi, dove ogni grado comporta di solito i sintomi di quelli precedenti:

- 1) *torpore, difficoltà di sollevare le palpebre, pesantezza degli arti.*
- 2) *torpore più profondo con inizio di catalessi.*
- 3) *distacco dall'ambiente e catalessi di lunga durata.*
- 4) *distacco sempre più profondo dallo spazio circostante e dal tempo; l'attenzione si concentra sull'ipnotizzatore subendone le iniziali suggestioni.*
- 5) *contrattura suggestiva e di solito anche analgesia suggestiva e discreta amnesia.*
- 6) *obbedienza automatica con amnesia più profonda ma non sempre assoluta.*
- 7) *allucinabilità positiva, sonnambulismo, amnesia completa spontanea.*
- 8) *allucinabilità negativa durante la trance e postipnotica; possibilità di eseguire, a distanza di tempo, le suggestioni date durante la seduta o di realizzare intense somatizzazioni suggestive.*

Bisogna sempre ricordare che questa scala non deve essere considerata rigidamente, in quanto si possono avere talvolta segni della trance profonda in quella leggera e viceversa.

Vi possono essere soggetti allucinabili, ma senza amnesia al risveglio, oppure fenomeni postipnotici anche dopo una trance leggera. Infine è raro che un soggetto possa riprodurre tutti i fenomeni ipnotici conosciuti.

Inoltre esiste quella che Granone chiama “suggestionabilità costituzionale di apparato”, per cui la diversa risposta individuale alle suggestioni ipnotiche dipende dalle caratteristiche soggettive delle funzioni motorie, sensitive, sensoriali o psichiche specifiche del singolo individuo. La difficoltà di stabilire delle scale precise per definire le diverse intensità dei fenomeni ipnotici complica notevolmente la pratica dell'ipnotismo e porta ad affermare che nessuna ipnosi può essere perfettamente sovrapponibile a un'altra, modificandosi secondo i diversi momenti la reattività psichica dello stesso soggetto e il suo rapporto con l'ipnotizzatore.

Alcuni Autori parlano di stati superficiali e stati profondi dell'ipnosi, mentre gli psicoanalisti suggeriscono che il concetto di profondità dell'ipnosi possa coincidere con una maggiore o minore quantità di transfert irrazionale e infantile. Benussi e Romero hanno affermato che il concetto di profondità per lo stato ipnotico sia improprio in quanto specifico del sonno naturale. L'attributo di profondità dovrebbe allora essere visto più nell'ottica degli effetti che un grado più “avanzato” di trance aiuta a determinare sul piano psicosomatico; per quel che riguarda l'influenzabilità del soggetto in ipnosi, solo negli ultimi gradi dello stato

ipnotico si riesce a modificare in modo efficace le condizioni neurovegetative e psichiche dei pazienti. E ciò avviene in stretta relazione con la costituzione organica e viscerale del soggetto, secondo la già spiegata “suggestionabilità d’organo”.

Infine Granone sottolinea che per curare efficacemente con l’ipnosi possono essere necessarie diverse sedute, durante le quali si deve allenare il paziente a suggestioni ipnotiche anche dei gradi più avanzati, che portano a ottundimento della coscienza e dei poteri critici della persona fino a vere e proprie dissociazioni in modo da arrivare a più diretto contatto con l’Io organico; solo così si possono ottenere stabili cambiamenti sensoriali, motori o psichici.

PRINCIPALI TECNICHE DI INDUZIONE IPNOTICA

L'induzione ipnotica è il processo per mezzo del quale l'ipnotista induce l'ipnosi nel soggetto da trattare.

Per indurre una trance ipnotica e produrre i vari gradi dell'ipnosi si usano procedimenti diversi che non possono seguire rigidi schemi dottrinali, ma devono adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente.

Innanzitutto il tempo per indurre una trance può variare da pochi secondi a qualche ora, essendo la capacità del soggetto di realizzare l'ipnosi condizionata da variabili favorevoli quali il rapporto di fiducia con l'ipnotista, le motivazioni, le aspettative e la sua intelligenza, oppure essendo sempre possibile la presenza di fattori ostacolanti quali la difficoltà di relazione con l'operatore, o i pregiudizi e le paure innate.

Il rapporto con l'operatore è molto importante perché il fenomeno ipnotico non può prescindere dalla relazione terapeuta-paziente. Qualche domanda sulle conoscenze che il paziente ha dell'ipnosi, sui suoi timori e sulle sue aspettative può calmare le ansie e rafforzare il rapporto col terapeuta. E' quindi fondamentale creare una relazione positiva con il soggetto in modo che gli obiettivi che si vogliono raggiungere siano chiari e condivisi.

Siccome sappiamo che l'ipnotizzabilità è l'accettazione critica dell'idea dell'altro e la capacità di realizzare monoideismi plastici, la trance ipnotica può essere definita come l'accoglienza da parte dell'ipnotizzando della suggestione proposta con la conseguente sua realizzazione "plastica".

Schematizzando, la "strategia" dell'ipnosi consiste di quattro fasi:

-destabilizzazione della coscienza ordinaria, con riduzione o modificazione degli stimoli esterni, sottrazione della consapevolezza e incoraggiamento a un progressivo e piacevole senso di rilassamento.

-corpo e ristrutturazione, che porta a una lieve e transitoria dissociazione con modificazioni quali-quantitative dello schema corporeo, della relazione spazio-tempo, del senso dell'Io.

-ristabilizzazione della coscienza ordinaria, con nuove modificazioni quali-quantitative.

-coda, che è la fase di maggiore suscettibilità del soggetto a una eventuale re-induzione.

(tratto da lezione dr M.Somma -Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnologica 2010).

L' induzione è l'insieme delle manovre verbali e non verbali che, supportate dal rapporto stabilito tra ipnotista e individuo, definiscono il modo per entrare in trance. Perlopiù si tratta di manovre atte a generare un'idea di tranquillità, rilassamento, abbandono. Esse sono messe in atto dall'operatore al fine di aiutare il paziente ad attivare e gestire il monoideismo plastico.

La cosa importante è che si riesca a catturare l'attenzione del soggetto, rendendo progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente e avviando e sostenendo un dinamismo psicosomatico che attivi l'ideoplasia.

Le tecniche di cui ci si avvale possono includere i "passi", che sono degli sfioramenti che l'ipnotista fa con la propria mano sul viso o sugli arti del soggetto;

hanno lo scopo di attirare l'attenzione del paziente sulla parte del corpo in cui si vuole instaurare analgesia, catalessi o altro fenomeno ipnotico. I "passi" permettono di realizzare un determinato vissuto corporeo, utile come sistema di riferimento più profondo con l'ipnotista e come sensazione cenestesica ristrutturante e destrutturante a seconda del momento. Secondo vari Autori, con il contatto fisico dei "passi" viene a stabilirsi una specie di messaggio informativo che potenzia quello verbale e che può dare un aspetto particolare al transfert terapeutico.

L'induzione può essere di tipo diretto o indiretto.

Con il metodo di induzione diretta l'operatore usa la propria autorità insieme con l'evocazione di processi ideosensori e ideomotori, attraverso suggestioni esplicite e procedure più o meno standardizzate.

L'induzione ipnotica indiretta, messa a punto da Erickson, porta l'ipnotista ad influenzare il paziente attraverso meta comunicazioni o strategie che si adattano a lui di volta in volta. In questo caso, il soggetto ha la possibilità di accedere a memorie proprie, stati e processi propri che possono condurre all'ipnosi. Per indurre vengono usate fiabe, parabole, allegorie, metafore, fatti di vita vissuta, tutte strategie finalizzate a scopi diagnostici, relazionali e terapeutici.

Molte sono le modalità per indurre lo stato ipnotico, tra le quali si ricordano:

1) la fissazione dello sguardo su un punto, un oggetto, o l'indice dell'ipnotista: la trance viene indotta facendo fissare al soggetto, seduto o sdraiato comodamente, ad esempio l'indice dell'operatore, il quale gradatamente avvicinando il dito alla sua fronte, fa convergere gli occhi del paziente verso l'alto. Questo, da solo, suscita

stanchezza e la ripetizione di frasi di rilassamento, insieme all'autorità dell'ipnotista, realizza gradatamente il resto.

2) la levitazione, o pesantezza, o catalessi di un arto: si ottiene invitando il soggetto a concentrare la sua attenzione sul braccio o la mano in cui si vuole generare la suggestione, suggerendo la sensazione di leggerezza con immagini tipo di palloncini legati al polso o sughero che galleggia sull'acqua; mentre la mano si solleverà, lentamente il torpore si farà sempre più profondo e quando il palmo della mano aderirà alla fronte, attirata da essa come una calamita attira il ferro, il suo rilassamento sarà completo e il soggetto sarà in trance.

Se si usa questo metodo induttivo, bisogna porre molta attenzione alle reazioni del soggetto, sapendo cogliere al volo eventuali movimenti discordanti dalla suggestione suggerita, così da "cambiare in corsa" il comando suggestivo e indirizzare la persona verso sensazioni di pesantezza o di catalessi, rigidità. Ad esempio, si può insistere sulla sensazione di pesantezza dell'arto che, appoggiato alla coscia, non può essere sollevato al punto da sembrare incollato alla medesima, anche qui insistendo che ogni sforzo compiuto per staccare la mano interessata altro non farà che approfondire lo stato di trance. La catalessi si può suggerire in vari modi, fra cui quello di insinuare che il braccio rimane sollevato senza fatica perché rigido come quello di una statua di marmo e, come sempre, ogni sforzo per muoverlo approfondirà sempre di più la trance. Ovviamente è importante la scelta del momento opportuno per dare le suggestioni di pesantezza e di catalessi, che devono essere precedute da inviti al rilasciamento, alla respirazione lenta e

profonda, all'isolamento dall'ambiente circostante, processo senz'altro favorito da atmosfere rilassate con luci attenuate e temperatura confortevole.

3) il metodo del barcollamento: si realizza con il soggetto in piedi e lo sguardo fisso su un punto del soffitto, sopra la sua testa, mentre l'operatore si pone dietro di lui appoggiando le mani sulle sue spalle, dicendogli che intende misurare la sua capacità di rilasciamento. A questo punto l'ipnotista darà la suggestione di una forza che lo spingerà all'indietro, ad esempio come il vento che soffia o un pendolo che oscilla, invitandolo a lasciarsi andare. La suggestione deve essere ripetuta più volte e, quando si ritiene che il paziente l'abbia fatta sua, si tolgono le mani dalle sue spalle. Il soggetto, ormai suggestionato, inizierà ad oscillare sino a cadere all'indietro.

4) Metodo di Kline con visualizzazioni varie e della propria immagine: è una tecnica da utilizzare in quei soggetti che fanno fatica a concentrarsi e sembrano refrattari all'ipnosi, in quanto può essere considerato come un esercizio di allenamento alla concentrazione, permettendo di raggiungere uno stato ipnotico leggero o medio. Il soggetto, che mantiene gli occhi aperti, viene invitato a visualizzare mentalmente, in successione una casa, un albero, una persona, un animale, continuando l'esercizio fino a che ciascuna immagine diventa ben realizzata. Continuando con le visualizzazioni, si invita il soggetto a chiudere gli occhi e a visualizzare la propria immagine come davanti a uno specchio, ma vedendo la sua immagine che mantiene gli occhi aperti. Sempre così concentrato, al paziente si dice che tutte le successive suggestioni saranno rivolte alla sua immagine, dopodiché viene suggerita una semplice tecnica di fissazione oculare,

attraverso la quale l'immagine del soggetto chiuderà gli occhi. A questo punto l'immagine si rilassa completamente e anche il soggetto, immedesimandosi nella rappresentazione di sé, entrerà in stato di trance ipnotica.

5) il metodo dei conteggi alla rovescia: con questa tecnica si invita il paziente a rilassare completamente i muscoli, a sistemarsi comodamente in poltrona, a fissare con lo sguardo, ad esempio, una lampada. A questo punto egli deve contare tra sé e sé lentamente alla rovescia partendo da trecento. L'operatore, intanto, suggerisce, con voce monotona e tono basso, suggestioni di crescente stanchezza e pesantezza delle palpebre e più profondo rilassamento. Quando il paziente avrà chiuso gli occhi, gli verrà detto che ogni suo tentativo di riaprirli approfondirà sempre più la sua trance e che si risveglierà solo quando gli verrà detto di farlo.

6) la tecnica di rilassamento: con questo metodo il soggetto viene guidato, con le parole appropriate e il tono di voce adeguato, monotono, suadente, con molte pause, verso un progressivo rilassamento muscolare. Si potrà suggerire la pesantezza degli arti, l'ipotonia muscolare profonda, la catalessi delle palpebre e il rilassamento della mente fino all'insorgere del sonno, del desiderio di dormire e di abbandonarsi completamente.

7) metodi non verbali di induzione: la conduzione non verbale dell'induzione si svolge attraverso una meta comunicazione basata su gesti, rumori, sguardi, mimica. Gli atti comunicativi dell'ipnotista non hanno un significato logico e razionale, ma analogico e rappresentativo, percepiti con modalità associative. Durante tutta l'induzione l'operatore deve osservare attentamente le modificazioni del paziente, in modo da riuscire con tempismo a cogliere le caratteristiche

sensoriali del soggetto, riuscendo a far concordare le suggestioni psicomotorie con la sua propria costituzione: se si tratta, ad esempio, di un tipo visivo potrà essere più utile la tecnica della pantomima; se, invece, ha caratteristiche cenestesiche, serviranno di più tocamenti, gesti, piccole pressioni. Il verificarsi della trance con i metodi non verbali può comportare diverse spiegazioni, ma sicuramente alla base di questo evento vi è il cosiddetto rapporto ipnotico, che sarebbe un particolare tipo di transfert, il quale si manifesta prima ancora che la vera e propria trance sia iniziata. Citando Sacerdote, “senza rapporto non si suscita ipnosi”.



USO DELL'IPNOSI IN MEDICINA

Dal punto di vista medico, l'ipnosi può essere considerata come un processo di apprendimento che aiuta la persona a risvegliare capacità sopite al fine di utilizzarle a scopo curativo. L'ipnosi aiuta il medico a considerare l'individuo nella sua globalità, con le sue potenzialità e i suoi limiti, favorendo una relazione più efficace tra mente e corpo. Già in tempi antichi Platone affermava che " il grande errore che commettono i medici del nostro tempo nel sanare le infermità, è di considerare separati l'anima dal corpo. Non si può guarire l'uno senza curare l'altro. Dalla mente infatti procede sia il bene che il male, di lì irradiandosi al corpo e all'uomo tutto intero." In questa ottica diventa di fondamentale importanza porre come primo obiettivo dell'azione medica il miglioramento del rapporto medico-paziente e cioè "Curare il malato e non la malattia", restituendo al paziente il suo valore di persona che soffre e rispettando la complessità delle sue emozioni.

Sono i principi che stanno alla base della Medicina psicosomatica, campo di applicazione privilegiato della ipnositerapia, quale tecnica di medicina complementare efficace e spesso risolutiva anche sul piano psicosomatico e delle relazioni con l'ambiente.

Com'è noto per psicosomatico si intende qualsiasi fenomeno fisiopatologico che sia in relazione con la psiche. Le scoperte del padre della psicanalisi Freud consentirono a suo tempo di comprendere meglio i fenomeni psicosomatici, dandone la giusta interpretazione psicodinamica. In estrema sintesi, rifacendoci alla teoria della "struttura tripartita" della psiche, quando non c'è armonia tra Es,

Io e Super-Io, si ha la Nevrosi; in particolare, quando l'Io si trova in svantaggio relativo, ne risulta una formazione di compromesso chiamato "sintomo psicosomatico". Questo permette l'abolizione o la riduzione della paura e del senso di colpa e in più permette all'Io di ottenere delle gratificazioni piacevoli. Infatti il sintomo psicosomatico ha la precisa funzione di difendere il paziente da uno stato d'ansia molto più intenso e perciò insopportabile. A questo proposito è importante ricordare che limitare l'atto terapeutico alla sola soppressione del sintomo senza rimuovere anche la causa del disturbo può portare l'inconscio a cercare un altro sintomo per limitare il nuovo carico di ansia che si sviluppa inevitabilmente.

Per "reazione psicosomatica" si intende il riverbero in un organo di una reazione psichica.

La "malattia psicosomatica" si concretizza quando la reazione diventa cronica e porta alla malattia organica.

La differenza fra le psiconevrosi e le psicosomatosi sta nel fatto che nelle prime è il comportamento della persona ad essere coinvolto con una rielaborazione psichica del sintomo, mentre nelle seconde le emozioni si scatenano sull'organo bersaglio, senza l'elaborazione intrapsichica.

La Medicina psicosomatica subisce dei mutamenti a seconda dell'ambiente e delle condizioni sociali e culturali, di cui il medico deve tener conto nel relazionarsi col paziente: non si deve certamente più distinguere schematicamente tra patologia funzionale e patologia organica. Bisogna senz'altro agire con terapie psicologiche su disturbi che, anche se somatizzati, hanno origine dalla psiche. In altri termini, "le malattie psicosomatiche si curano soprattutto con le parole".

Diventa così evidente come l'ipnosi possa svolgere un ruolo terapeutico di estrema efficacia proprio per la sua capacità di agire sulla "mente profonda" della persona e di aumentare le sue risorse interiori di auto guarigione.

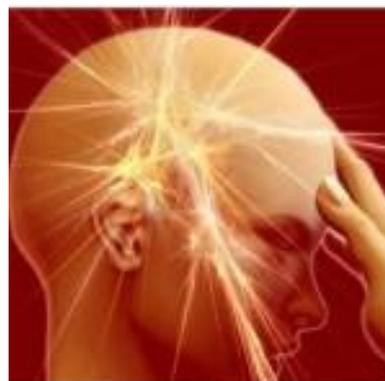
Con l'ipnosi è possibile ampliare o ridurre le sensazioni corporee; si può modificare la frequenza cardiaca, il ritmo respiratorio e la temperatura corporea, intervenendo sui sistemi neurovegetativo, endocrino, immunitario. E' possibile controllare il prurito e il dolore sia acuto che cronico. L'ipnosi agisce ampliando o riducendo le emozioni e la memoria con amnesie o ipermnesie e può modificare la percezione spazio-temporale. (tratto da lezioni Dr Massimo Somma: Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica 2010).

Le applicazioni dell'ipnosi come supporto terapeutico sono possibili in molti ambiti della clinica medica.

In estrema sintesi, l'ipnosi può essere utilizzata in odontoiatria dove trova efficace impiego grazie alla possibilità di operare con l'analgesia ipnotica, senza ricorso all'uso di farmaci anestetici e riducendo l'ansia relativa alle cure dentali. L'ipnosi viene utilizzata per il trattamento delle disfunzioni sessuali e, in ostetricia, per la preparazione al parto. In gastroenterologia può tornare utile per la preparazione del paziente alle procedure endoscopiche, in quanto con la trance ipnotica si può agire sulla motilità gastroenterica e anche sul rilasciamento muscolare, onde ridurre la sensazione dolorosa associata alla peristalsi. Sono descritte applicazioni dell'ipnosi anche nella psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) per la cura di patologie della pelle e di allergie respiratorie, mediante la modulazione della risposta immunitaria. Sempre in questo ambito, l'ipnosi assume

straordinaria importanza come supporto nelle cure palliative in quei soggetti che per la gravità della prognosi si trovano in un profondo stato di sofferenza psicofisica, con limitate o nulle risposte psiconeuroendocrinoimmunologiche, dove lo stato di ansia e di angoscia diventa espressione della perdita di speranza di cambiamento della propria condizione. Le tecniche ipnotiche possono ancora tornare utili nelle tossicofilie, nella cura delle nevrosi quali l'ansia, la depressione, le fobie e poi nella riabilitazione fisioterapeutica e nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare compresi l'obesità e il sovrappeso.

Dal punto di vista pratico, usando l'ipnosi, oltre a svolgere un'azione psicoterapeutica sulle cause e dinamiche della patologia, si riesce anche ad agire sul sintomo (ad esempio sul dolore addominale nella sindrome da colon irritabile), sugli stressori e sul comportamento. Attraverso la rimozione delle cause ed il dirottamento delle risorse del soggetto verso "pensieri positivi", si determina un rinforzo dell'io e del tono dell'umore. Si propongono nuove modalità di vita con l'aiuto a comprendere le strategie utilizzate e la correzione delle credenze errate e dei condizionamenti per cui, liberatisi da questi, i pazienti apprendono e sperimentano nuove tecniche comportamentali utili al recupero e mantenimento del proprio benessere psico-fisico.



UTILIZZO DELL'IPNOSI IN CAMPO NON MEDICO

Esiste un vasto campo di applicazione dell'ipnosi al di fuori dell'ambito clinico terapeutico.

Ad esempio, l'ipnosi, chiamata in questo caso ipnosipedia, può essere utilizzata per migliorare l'apprendimento sia a livello scolastico di studio, sia per la preparazione dei manager e dei consulenti di aziende e industrie in tutto il mondo. L'ipnosipedia sembra effettivamente facilitare l'apprendimento mediante la realizzazione di monoideismi che esaltano le capacità mentali, nonché una maggiore concentrazione da parte del soggetto, che successivamente con l'uso di comandi post ipnotici può rafforzare la volontà e le motivazioni al cambiamento.

Un ulteriore utilizzo dell'ipnosi si realizza nel campo delle prestazioni sportive, dove sempre più spesso sono presenti, affiancati agli allenatori e preparatori atletici, i cosiddetti preparatori mentali, che possono ricorrere alle tecniche ipnotiche per aumentare la performance sportiva, attraverso suggestioni di rilassamento, concentrazione e rinforzo dell'autostima e fiducia nelle proprie capacità.

L'ipnosi viene anche usata per scopi militari, specialmente dal governo statunitense e da quello russo, con tecniche atte a condizionare i comportamenti dei militari e anche nella formazione degli agenti speciali, sia in periodo di pace sia in missioni di guerra.

Infine si possono ricordare le sperimentazioni che la NASA sta conducendo sull'uso dell'ipnosi nei programmi spaziali, al fine di preparare gli astronauti nel migliore dei modi; attraverso i comandi ipnotici si può regolare il ritmo sonno-

veglia, consentire la convivenza in spazi ristretti per lunghi periodi, mantenendo una vita neurovegetativa e psichica in equilibrio, nonostante le anomale condizioni in cui si vengono a trovare gli astronauti durante le spedizioni spaziali.



Dal film "L'uomo che fissa le capre" regia di Grant Heslov USA, UK 2009.

L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITA' E DEL SOVRAPPESO

L'ipnositerapia, in qualità di tecnica di medicina complementare capace di influire sul piano psicosomatico e di relazione con l'ambiente, può essere un valido trattamento di supporto nella cura dell'obesità.

Affiancata alla dietoterapia, l'ipnosi è in grado di aumentare la compliance del paziente nel seguire la dieta e nel modificare le abitudini alimentari. Questo comporta inevitabilmente una riduzione dell'Indice di Massa Corporea



con conseguente ridotta morbilità e mortalità. Grazie all'ipnosi il paziente in sovrappeso o francamente obeso acquisisce una migliore consapevolezza e stima di sé, mediante un miglioramento dell'immagine corporea e della cenestesi; la sua qualità di vita migliora e si riducono anche i costi sociali della malattia in quanto si verifica un minore ricorso a visite mediche ed esami laboratoristici, nonché un numero minore di giornate lavorative perse.

-Analisi della letteratura

Crasilneck fu il primo nel 1955 a riferire la sua esperienza dell'impiego dell'ipnosi per aumentare l'appetito in pazienti gravemente defedati. Dopo alcuni anni pubblica un lavoro in cui l'ipnosi viene usata per trattare altri disturbi del comportamento alimentare.

Successivamente numerosi autori confermano, sulla base di ricerche cliniche, l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento dell'obesità: alcuni dati che riferiscono di una percentuale di successi tra l'80 e l'85% con calo ponderale duraturo sottolineano l'utilità delle tecniche ipnotiche per la cura dell'obesità, soprattutto perché l'ipnosi agisce non solo sul dimagrimento ma anche sull'immagine corporea.

Nel 1976 Crasilneck e Hall conducono altre esperienze con l'ipnositerapia affiancata alla dieta e riportano risultati notevoli di calo ponderale nell'80% di 350 pazienti trattati con ipnosi che hanno perso in media cinque chilogrammi di peso corporeo.

Kroger riporta, in un suo studio, una percentuale inferiore, cioè il 40% dei soggetti trattati anche con l'ipnosi ottenevano un risultato positivo.

Secondo Massimo Cotroneo, l'ipnosi è uno straordinario modello di intervento nel trattamento di problematiche psicologiche quali i Disturbi del Comportamento alimentare (DCA), in particolare nei pazienti bulimici o con problemi di obesità. Questi soggetti mostrano caratteristiche che rendono efficace il trattamento con ipnosi strutturata e l'utilizzo di metafore.

Sappiamo che l'ipnosi e la relativa trance ipnotica rappresenta la via migliore di accesso all'inconscio. Quindi le caratteristiche relazionali e di personalità vengono utilizzate per ritagliare l'intervento sulle misure del paziente che è un individuo "unico" portatore di bisogni, sentimenti e pensieri che lo caratterizzano. L'approccio con l'ipnosi permette di entrare nel mondo del paziente e in modo più sostenibile con maggiori possibilità di guarigione.

Nei pazienti con tendenze bulimiche o con problemi di obesità e sovrappeso si dimostra particolarmente utile l'utilizzo formale strutturato di ipnosi e metafore connesse ai problemi manifestati dai soggetti da trattare.

Tale approccio terapeutico può essere condotto sia in terapie di gruppo sia in terapie individuali.

Le metafore aiutano nell'approccio alle specifiche aree problematiche di questi disturbi e possono essere usate per il recupero dell'autocontrollo sul controllo alimentare o sulla perdita di questo, correlate al processo associativo e dissociativo delle dinamiche psichiche.

Come suggerito da Wright e Wright nel 1986, si può utilizzare la strategia delle conseguenze positive e negative: il paziente in trance viene invitato ad analizzare le conseguenze positive e negative dei propri comportamenti con la tecnica del "ponte affettivo".

Un'altra strategia è quella delle concezioni irrazionali e dell'immagine corporea che suggerisce Bandura (2001), con la quale si impara a ristrutturare le associazioni irrazionali, disfunzionali e negative di sé, sostituendole con associazioni positive di autoefficacia positiva.

Infine le metafore possono essere utilizzate per richiamare il vissuto emotivo della persona in situazioni legate all'alimentazione e alla vita sociale in modo da evocare associazioni mentali positive e non emozionalmente sfavorevoli.

L'obiettivo del trattamento ipnotico è l'acquisizione di strategie più adeguate per affrontare le difficoltà che questi pazienti incontrano nella vita di tutti i giorni e che esprimono attraverso il sintomo. La terapia serve per il recupero del controllo

e dell'autoregolazione, con incremento delle emozioni positive e le competenze socio-affettive.

In realtà, si utilizzano le potenzialità che sono già presenti nell'individuo, che riesce così a prendere contatto con la propria dimensione psico-emotiva e col proprio corpo prezioso da proteggere e di cui prendersi cura.

Secondo gli studi di Vanderlinden, 1993-1995, le pazienti affette da disturbi alimentari, specialmente con tendenza ad abbuffarsi, possono trarre vantaggio dall'ipnosi avendo spesso eccellenti capacità ipnotiche.

La W. T. Grant Fondation evidenzia che i programmi di prevenzione sono più efficaci quando insegnano competenze emotive e sociali che aiutino a controllare la collera e gli impulsi, trovando nuove soluzioni attraverso la creatività. E questo viene di solito insegnato proprio con l'ipnosi.

Gli studi di Kirsch e colleghi hanno valutato i benefici del trattamento per la perdita di peso utilizzando la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) da sola o combinata con l'ipnosi. Questi hanno dimostrato che i risultati sono migliori quando la terapia cognitivo-comportamentale è associata all'ipnosi e questo risultato è ancora più evidente nel tempo. E' chiaro dunque che l'ipnosi e i processi correlati possono giocare un ruolo importante nell'autoregolazione efficace del comportamento alimentare.

Anche secondo Aureliano Pacciolla, nel trattamento dell'obesità è efficace un appropriato uso del linguaggio metaforico e questo avviene per varie ragioni.

Innanzitutto la metafora terapeutica aiuta a smascherare alcune psicodinamiche e fa intravedere soluzioni non ancora chiare. Nell'intraprendere un

regime dietetico la metafora può creare avversione verso cibi sconsigliati, aiutando così il paziente ad acquisire e consolidare nuove abitudini alimentari più corrette. Inoltre il linguaggio metaforico aiuta ad avere un nuovo concetto di sé, stabilendo un nuovo rapporto con il suo corpo. Di conseguenza sarà meno difficoltoso per il soggetto mantenere una educazione alimentare e di igiene di vita più regolare e stabile per il controllo del peso corporeo nel tempo.

Per Adams e Chadbourne bisogna tenere presenti quattro criteri nel programmare delle valide metafore terapeutiche per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità.

Il primo consiste nel considerare le metafore come un mezzo per accedere alla psicodinamica della nutrizione della persona: ad esempio, analizzando con il linguaggio metaforico le emozioni del paziente, si può arrivare alla loro elaborazione per esprimerle in modo diverso da quello solito delle abbuffate o dell'assunzione incontrollata di cibi.

In secondo luogo le metafore possono essere un supporto o un'aggiunta all'approccio comportamentale. Possono servire come momento terapeutico per arrivare alla soluzione del problema del controllo e dell'adesione alla dieta. Ancora in questa ottica la metafora può essere usata per aiutare i pazienti resistenti a intraprendere un programma dietoterapeutico o che negano la propria realtà. Considerando che il vero significato di una metafora, globale e nelle sue singole parti, non è quello che intende il terapeuta ma quello che percepisce consciamente o inconsciamente il soggetto, si spiega il perché le metafore abbiano il loro effetto

voluto proprio perché l'impatto con l'inconscio del paziente è molto più efficace che con il conscio.

Infine le metafore terapeutiche possono diventare utili per preparare il concetto di sé al cambiamento. Come conseguenza della perdita di peso c'è nel paziente anche una diversa percezione e immagine di sé. Se ai pazienti si chiede di immaginarsi come vorrebbero sembrare e di fissare ed elaborare queste immagini, si riesce a ricostruire un nuovo passato e la metafora aiuterà il soggetto a trovare un equilibrio tra come uno si vede e come è realmente. Questo specifico uso del linguaggio metaforico è importante per il trattamento dell'obesità di vecchia data e quella più resistente alle terapie tradizionali.

Aldo Nagar, in "Ipnosi e Obesità", afferma che l'ipnosi è utilizzabile in una terapia multidimensionale dell'obesità. Le tecniche ipnotiche, inserite e integrate in un quadro terapeutico esistente, possono migliorare il decorso della terapia favorendone il successo.

Secondo l'Autore, l'ipnosi è indicata nel trattamento dell'obesità in quanto la maggior parte dei soggetti obesi è facilmente ipnotizzabile. Di conseguenza l'ipnosi può essere associata a tecniche cognitive comportamentali. Con l'ipnosi poi si possono analizzare e approfondire origini e cause dell'obesità, in modo da correggere i sintomi e i comportamenti, ma non solo, arrivando a rinforzare l'Io, ristrutturarlo e migliorarne la funzionalità. Sempre secondo Nagar, l'ipnositerapia aiuta a superare le difficoltà nel continuare a seguire le buone abitudini alimentari apprese facilitando il mantenimento del peso raggiunto. Infine la suggestione

ipnotica, post ipnotica e l'autoipnosi aiutano senz'altro a superare le problematiche alla base dell'obesità.

L'Autore propone varie suggestioni ipnotiche con svariata espressività e finalizzate allo scopo terapeutico. Le suggestioni immaginative proiettive, come ad esempio vedere la propria immagine riflessa in uno specchio del futuro cambiata grazie al raggiunto controllo dell'alimentazione, può essere di stimolo e rinforzo della motivazione ad intraprendere e continuare la dieta indicata dallo specialista. Le suggestioni finalizzate invece servono per ridurre la spinta a mangiare, per smorzare l'appetito e aumentare il senso di sazietà. Ad esempio si può invitare il paziente in trance a masticare il cibo molto lentamente, a evitare gli "assaggini" fra i pasti, ad attivare la distorsione temporale per far immaginare un pasto lungo e saziante, per imparare tattiche di controllo degli stimoli e anche per riuscire a riconoscere le effettive sensazioni di fame e sazietà. Si possono usare anche le suggestioni condizionanti, come quelle che associano alimenti da non assumere a odori sgradevoli o alla nausea, oppure imparare a mangiare virtualmente in ipnosi suggerendo la sazietà all'uscita dalla trance. Anche l'uso di parole guida o slogan a comparsa automatica può aiutare a superare momenti particolari di tentazione ad alimentarsi in modo inappropriato. Con l'autoipnosi, infine, si istruisce il soggetto ad "ancorare" ulteriormente i condizionamenti suggeriti per il raggiungimento di uno stato di benessere psicofisico e l'apprendimento di comportamenti idonei ad affrontare e controllare le situazioni che scatenano la risposta alimentare impropria.

In uno studio condotto dal Centro di Medicina Psicosomatica dell' Ospedale San Carlo Borromeo di Milano nel 2006, si è voluto verificare l'utilità di affiancare l'ipnositerapia alla dieta in una casistica di pazienti sovrappeso e obesi, come tecnica efficace, breve e a basso costo, secondo un protocollo con sequenza predefinita di suggestioni specifiche. I risultati preliminari sono estremamente incoraggianti in quanto in soggetti "resistenti" al trattamento dietoterapeutico tradizionale si è assistito già alla fine del trattamento ipnotico di due mesi ad un miglioramento di tutte le variabili considerate e cioè il peso corporeo, la compulsività, il benessere soggettivo e il consumo di risorse economiche per disturbi correlati al peso. Inoltre i risultati, non solo si mantengono ma sembrano consolidarsi nel tempo, realizzando l'obiettivo dello studio che era quello di verificare se l'ipnositerapia a cicli brevi di gruppo, insieme con la terapia dietetica tradizionale, fosse in grado di mantenere nel tempo i risultati terapeutici.

La conclusione degli Autori della ricerca è che l'ipnosi, che è un potente strumento di intervento sul comportamento degli individui, sembra particolarmente indicata come supporto ai trattamenti tradizionali dell'obesità per potenziarne l'efficacia e il mantenimento a distanza dei risultati.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Durante i mesi trascorsi sulle “sudate carte” di alfieriana memoria, per acquisire nozioni, raccogliere dati, revisionare letteratura e stato dell’arte, al fine di realizzare il lavoro fin qui esposto, ho avuto modo di fare alcune considerazioni personali (e professionali) che esporrò brevemente in questo capitolo conclusivo.

In primis, la spinta iniziale, a metà strada tra la folgorazione paolina e un bisogno di arricchimento culturale e professionale, che mi ha portato prima a iscrivermi e poi a seguire con attenzione, interesse e scrupolo da scolara neofita il Corso base di ipnosi di questo anno, mi ha permesso di avere un’ulteriore conferma di come, nel mio specifico campo di medico dietologo, la relazione col paziente debba avere sempre un carattere di rapporto di fiducia, in cui vi siano obiettivi condivisi e strategie accettabili da parte della persona, volte alla realizzazione di cambiamenti di pensieri e comportamenti utili al miglioramento dello stato di salute psicofisico dell’individuo.

E tutto questo, secondo me, è “comunicazione ipnotica”.

In secondo luogo, approfondendo il concetto su esposto e cominciando a raccogliere dati sull’uso dell’ipnosi per il trattamento del sovrappeso e dell’obesità, ho avuto la conferma che, senz’altro, l’ipnosi può svolgere un ruolo importante come strumento complementare delle tradizionali terapie dell’obesità, non solo per quanto riguarda l’adesione alla dieta proposta, ma anche e, a mio avviso, soprattutto per il mantenimento nel tempo del risultato.

A questo proposito, voglio presentare la lettera scrittami da una paziente, alla quale avevo chiesto di “raccontarsi” per iscritto. La signora in questione

rappresenta uno dei pazienti che abbiamo cominciato ad inserire nel piano di lavoro sull'uso dell'ipnosi come supporto alla cura dell'obesità e al mantenimento dei risultati di calo ponderale.

Lettera di S.L.

Sono nata il (.....) con due mesi di anticipo sulla tabella di marcia.....ho rotto le scatole sin dall'inizio. Peso alla nascita kg. 1,470. La mia mamma ha partorito in casa (45 anni fa non era come oggi e nascere prima del previsto creò non pochi problemi) e poi corsa in ambulanza dentro l'incubatrice e soggiorno di tre mesi all'ospedale Infantile Regina Margherita. I medici non pensavano di farcela a salvarmi ma poi il mio angelo custode ha fatto la sua parte.....

A giugno dello stesso anno finalmente mi portano a casa con un peso normale e dopo sei mesi a Natale sono una bimba "normale". Fino ai 6/7 anni circa il peso è regolare ma poi incomincio a diventare rotondetta. Lo sviluppo a 11 anni circa e prima dieta da un dietologo intorno ai 12/13 anni. Qualche chilo perso con dieta ipocalorica e poi il recupero appena mi lascio andare un pochino. Ovviamente la mia vita sociale era uno schifo (derisa e messa da parte per l'aspetto fisico). Vado avanti con le diete fin verso i 19 anni quando decido contro il volere dei miei genitori di rivolgermi a quel medico di colore di cui non ricordo il nome che tanti danni fece negli anni ottanta. In meno di un mese persi più di 10 kg con le capsule che un farmacista mi confezionava in base alle indicazioni dello Stregone di Rivalta.....partivo da un peso di circa 90 kg e dopo 3/4 mesi arrivai a circa 60 ma "sbarellavo" alla grande. Un giorno mentre ero al S. Lazzaro per una visita dermatologica di controllo (intanto dai 16 anni la mia compagna di vita oltre ai chili in più è stata la dermatite) collasso e cado dalle scale..... mi ricoverano, chiamano i miei (ti lascio immaginare lo spavento) e mi consigliano vivamente di interrompere l'assunzione delle "capsule magiche". Riprendo tutti i chili con interessi e vado avanti con diete senza più farmaci.....perdo dieci kg e ne riprendo 15. Avanti così per anni e anni (psicologicamente uno schifo). Nel 1995 riprovo a dimagrire facendo da me.....dieta Scardale più diete fai da te (lo so che sono da evitare) e partendo da 90 kg riesco a raggiungere i 65 in poco più di 4 mesi. Poi un gran casino nella mia vita (la solita delusione d'amore) e ricomincio a mangiare fino a raggiungere nel 2005 i 104 kg. Decido poi di andare su

consiglio del fratello della mia estetista (che era rotondo più di me e riuscì a dimagrire - ma oggi è al punto di partenza) da un endocrinologo. Dieta + farmaci e 25 kg persi in meno di 6 mesi. Poi la sospensione dei farmaci (non mi ricordo i nomi, ma erano costosissimi quello lo ricordo) e vai con il recupero più gli interessi da usuraio! Peso massimo raggiunto fino a 3 mesi fa circa 118 kg.....un disastro psico-fisico. E poi dieta senza più farmaci e porcherie tipo anfetamine e sono arrivata a 108 circa. La strada è ancora tanto lunga.....

Ovviamente la cosa che mi rovinava era il mangiare di notte perchè durante la giornata non era difficile seguire una dieta anche di 900/1000 kcal...

Descrivo il caso:

Paziente di anni 45, donna, affetta da obesità di secondo grado (IMC = 39). Lunga storia di “tentativi” dietetici, sia sotto controllo medico, sia “fai da te”, anche con ricorso a farmaci. Tutti i dimagramenti ottenuti in passato non sono stati mantenuti e, anzi, sovente sono stati accompagnati da un recupero ponderale ancora maggiore del peso iniziale. Giunge alla nostra osservazione dopo che da tre mesi segue una dieta ipocalorica (ripresa autonomamente dopo l’ennesimo doloroso episodio di lombo sciatalgia), che l’ha portata a un calo ponderale di otto kg (in seguito perderà ancora due kg, raggiungendo, al momento, il peso di 108 kg).

Si propone di sottoporla a sedute di ipnositerapia per aiutarla a continuare a mantenere un regime alimentare corretto e per aumentare la fiducia in se stessa e la capacità di autocontrollo.

Si programmano sedute settimanali di ipnosi, durante le quali l’induzione ipnotica viene condotta col metodo della suggestione di pesantezza del braccio e con suggerimenti di rilasciamento muscolare fino alla trance, che la paziente ha

raggiunto ogni volta senza particolari resistenze. A questo punto si sono dati condizionamenti riguardanti le abitudini alimentari come, ad esempio, la sensazione di ripienezza e sazietà alla fine del pasto consistente in una singola portata, oppure che non avrebbe più avuto la tentazione di mangiare di notte, perché, se anche si fosse alzata dal letto, non avrebbe, di notte e solo di notte, potuto aprire la porta della cucina e accedere al cibo.

Credo che sia interessante raccontare un fatto occorso durante il periodo di trattamento (due mesi a tutt'oggi): per motivi personali, la paziente non ha potuto sottoporsi alle sedute di ipnosi nelle ultime tre settimane; ma continuando da sola ad adottare le strategie di controllo apprese, non si è verificato recupero ponderale, come invece succedeva – a detta della signora – inevitabilmente in tutti i tentativi intrapresi in passato.

Questi risultati, anche se ancora da valutare a medio e lungo termine, fanno parte del progetto di studio con cui verificare praticamente l'efficacia dell'uso dell'ipnosi nel mantenimento dei risultati di calo ponderale, la cui architettura è esposta nel paragrafo successivo.

PROGETTO DI STUDIO

OBIETTIVO

Sperimentare l'utilizzo dell'ipnosi non solo come coadiuvante per migliorare la compliance del paziente al programma dietoterapeutico, ma anche come tecnica complementare per riuscire a mantenere nel tempo il risultato di calo ponderale.

METODO DI LAVORO

E' previsto l'arruolamento di almeno 8 pazienti che abbiano realizzato un trattamento dietologico di dimagrimento. I pazienti vengono suddivisi in due gruppi, a seconda del trattamento assegnato.

Gruppo A: gruppo di controllo. Viene assegnata ad ogni paziente la appropriata dieta di mantenimento e le indicazioni di stile di vita.

Gruppo B: oltre allo stesso trattamento del gruppo A, vengono praticate anche le induzioni ipnotiche di supporto, con sedute a cadenza settimanale, per tre mesi.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

I risultati verranno verificati a tre, sei, dodici mesi, valutando i seguenti parametri:

- a) variazioni di peso corporeo
- b) mantenimento delle corrette abitudini alimentari e di stili di vita
- c) valutazione stato soggettivo di benessere e gradimento.

Situazione dello studio a settembre 2010:

Il gruppo di controllo è completo ed è costituito da 4 pazienti donne con range di età compresa tra 44 e 67 anni, affette da obesità semplice tra il I e il III grado (IMC tra 27 e 41). Le pazienti hanno seguito il regime dietologico ipocalorico

assegnato in precedenza e tutte hanno ottenuto un calo ponderale minimo del 10%. A tutte le pazienti è stata prescritta la tradizionale dieta di mantenimento con i consigli di stile di vita adeguati.

Ai tempi stabiliti verrà valutato il mantenimento dei risultati ottenuti, mediante l'analisi dei parametri sopra descritti.

Il gruppo di studio è, al momento, composto da tre pazienti, donne di età compresa tra 45 e 63 anni, affette da obesità semplice tra il I e il III grado (IMC tra 28 e 39).

Il caso della prima paziente è stato descritto compiutamente nel precedente paragrafo.

Nel secondo caso la peculiarità della paziente era l'incapacità di resistere alla tentazione di assunzione di cibo fuori dei pasti, soprattutto al rientro a casa dopo il lavoro. La paziente è stata condotta in ipnosi mediante la tecnica induttiva della fissazione di un punto e della sensazione di rigidità della mano dando poi suggestioni di sazietà ai pasti e sicurezza di saper resistere alle tentazioni, specie di cibi dolci assunti fuori orario.

La terza paziente, golosa di dolci, lamentava l'incapacità di "fermarsi" una volta ceduto all'assaggio anche di un solo cioccolatino e di mangiare troppo soprattutto sotto tensione. La tecnica induttiva usata è stata quella del rilassamento frazionato, in modo da rassicurare la persona delle sue capacità di superare i momenti di "crisi", adottando strategie di auto rilassamento imparate durante lo stato ipnotico.

Questi risultati preliminari hanno rafforzato in noi la convinzione che sia utile affiancare al trattamento dietologico tradizionale l'ipnositerapia, che è

sicuramente in grado di migliorare l'adesione da parte del paziente alle indicazioni terapeutiche e di modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita in modo duraturo. Inoltre l'ipnosi permette di migliorare la qualità di vita dell'individuo, mediante l'aumento di consapevolezza e stima di sé e la migliorata immagine corporea.

RINGRAZIAMENTI

A conclusione del mio elaborato voglio esprimere un sincero ringraziamento ai Docenti del C.I.I.C.S. che mi hanno incoraggiato e stimolato a studiare e approfondire l'ipnosi come strumento clinico e terapeutico per la mia professione.

Un grazie particolare voglio rivolgerlo al mio relatore Angelo Gonella, il quale, oltre all'indispensabile aiuto nella stesura della tesi finale, mi ha permesso di aprire gli occhi su un mondo assolutamente nuovo per me nell'esercizio della pratica medica quotidiana. Nei pomeriggi trascorsi a Racconigi per le esercitazioni pratiche settimanali, sotto la sua supervisione creativa e incoraggiante, ho avuto l'occasione, insieme ad altri colleghi come me "alle prime armi", di imparare l'uso dell'ipnosi come tecnica complementare di grande ausilio per il bene del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Barker P.: L'uso della metafora in psicoterapia Edizioni Astrolabio Ubaldini,1987
- 2) Calvi E., Calvi G., Cipolla C.M.: Parlando di Dimagrire. Collana Life-Style Therapy
- 3) Cotroneo M.: L'ipnosi Ericksoniana nel trattamento della bulimia e dell'obesita'.
Aepsi e Psiche (N.1, gennaio-giugno 2010): 31-35 AMEPSI Accademia Medico
Psicologica
- 4) Dalle Grave R.: Perdere e Mantenere il Peso. Positive Press, 2009
- 5) Del Castello E., Casilli C.: L'induzione Ipnocica. Edizioni Franco Angeli 2007
- 6) Erickson M.: Esperienza dell'ipnosi. Edizioni Astrolabio Ubaldini, 1985
- 7) Falda R., Gonella A., Goti C., Cardinali C.: L'agopuntura e ipnosi come anestesia
alternativa in Odontoiatria". Minerva Stomatologia 34:91, 1985.
- 8) Fatati G., Mirri E., PalazziM.: La Terapia Medica Nutrizionale: aspetti socioculturali
dell'alimentazione. GIDM Rassegna 2005; 25: 199-212
- 9) Gonella A.: L'ipnosi in Odontostomatologia. Considerazioni su una casistica di 152
casi: Medica e suoi risultati. Rassegna Ipnosi e Sofrologia. Stati di rilassamento.
Minerva Medica 73:3195, 1982.
- 10)Gonella A.:L'ipnosi in Odontostomatologia. Rassegna d'Ipnosi e Psicoterapie II:59,
1984.
- 11)Gonella A., Gonella A.M.: Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche in
Odontostomatologia. Rivista: Fatebenefratelli, vol. IV, fasc. 1, luglio 1990.
- 12)Gonella A., Pepe R.R.: Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in
Odontostomatologia. Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica.

- Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Vol. II n. 3, settembre-dicembre 1997.
- 13)Gonella A., Pepe R.R., Gonella A.M.: Ipnosi e trattamento dei D.C.C.M. Doctor os – Elle Due – Milano, anno IX n. 3, marzo 1998.
- 14)Gonella A., Pepe R.R.: L'ipnosi clinica nel trattamento delle D.C.C.M., Giornale Odontognatologico, Organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia n° 16 pagg. 11-14, 1998.
- 15)Gonella A.: L'Agente terapeutico in psicoterapia, atti del convegno Nazionale della Scuola post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: "L'agente terapeutico in psicoterapia" Torino, Villa Gualino, 22.05.99.
- 16)Gonella A.: Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia. Atti del XVII Congresso Nazionale della Societa' Italiana di Medicina Psicosomatica, Siena 3-6 Novembre 1999
- 17)Gonella A.: Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico atti del Convegno Nazionale della Scuola Post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico". Torino, Villa Gualino, 20 maggio 2000.
- 18)Gonella A., Ferracuti S., Cannoni E., De Carolis A., Lazzari R.: Rorschach measures during depth hypnosis and suggestions of a previous life. Pubblicato su Perceptual and motor skills, 2002; 95: 877-885.
- 19)Gonella A.,- Ferracuti S., Cannoni E.: Studio sull'utilizzo del test di Rorschach su pazienti in Ipnosi sonnambulica. Attualità in psicologia – Roma
- 20)Gonella A.: Ipnosi in Odontostomatologia in "Teoria e Pratica dell'Ipnosi", Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008; pagg. 106-112.

- 21) Granone F.: Trattato di Ipnosi. UTET 1990
- 22) Linee Guida dell'Obesita' LiGIO '99
- 23) Melchionda N., Marchesini G., Apolone G., Cuzzularo M., Mannucci E., Grossi E.: The QUOVADIS Study: features of obese italian patients seeking treatment at specialist centers. *Diabetes Nutr Metab* 2003; 16(2): 115-24
- 24) Musaio F., Calzavara M., De Michelis B., Gonella A.: L'ipnosi: valido supporto in odontostomatologia. *Gazz. Med. Ital. - Arch. Sci. Med.* 152, 1, 3. 1993.
- 25) Nagar A.: Ipnosi ed Obesita' Edizioni Medico Scientifiche (in press)
- 26) Pacciolla A.: La comunicazione metaforica Borla Editore
- 27) Pepe R.R., Gonella A.: Trattamento delle disfunzioni cranio cervico mandibolari (D.C.C.M.) attraverso l'ipnosi clinica. *Giornale odontogantologico, organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia* n° 15 pag. 40-43, 1997.
- 28) Rolle G., Gonella A., Coltelletti C., Prandi R., Borgarino S.: Sull'uso dell'ipnosi come trattamento collaterale nelle algie muscolotensive dell'apparato stomatognatico. Note preliminari. *Minerva Stomatologia* 35:1, 1986.
- 29) 6° Rapporto sull'Obesita' in Italia 2006. Istituto Auxologico Italiano. Edizioni Franco Angeli 2006
- 30) Travia L.: Manuale di Scienza dell'Alimentazione. Il pensiero Scientifico Editore

RIFERIMENTI WEB

- 1) Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE Clinical guideline, 2006 .
www.nice.org/nicemedia/live/11000/30365/30365.pdf
- 2) Hill J.O., Wing R.: National Weight Control Registry 1993. www.nwcr.ws
- 3) Merati L.: Obesità dal punto di vista psicosomatico.
www.psicosomatica.org/pubblicazioni.php?id=26
- 4) Processi cognitivi coinvolti nella perdita e nel mantenimento del peso. A cura di Lorella Fornaro (AIDAP Parma) e Riccardo Dalle Grave (AIDAP Verona).
www.positivepress.net/positive.
- 5) Merati L., Barbagelata F., Noe' D., Lanzi P., Ercolani R., Galeazzi R., Grigoletto L., Porreca M., Poli M.: L'ipnosi come trattamento integrativo nella cura dell'obesità.
www.gfmer.ch/TMCAM/TMCAM.htm
- 6) Montecorboli U. : L'ipnosi nel paziente in fase avanzata: risorsa palliativa o terapeutica. www.progettosalute.it/pub/ipnosi.pdf