



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
CENTRO ITALIANO IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

FONDATORE: PROF. FRANCO GRANONE

*CORSO DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
ANNO 2017*

**LA COMUNICAZIONE IPNOTICA COME AUSILIO
NELLA GESTIONE DELLO STIMOLO
DI FAME E SAZIETÀ
IN EDUCAZIONE ALIMENTARE**

Relatore:
Milena Muro

Candidato:
Ilaria Pavanato

A Cinzia, musa senza la quale questo percorso probabilmente non sarebbe mai nato.
A Paola, mia prima compagna di induzione.
Porta con te il benessere di quell'ancoraggio
come noi porteremo per sempre nel nostro cuore l'amore del tuo ricordo.
Ai miei genitori, per essere alle mie spalle per tutto.
A mio fratello, sempre insieme, per tutto il supporto incondizionato.
Al compagno della mia vita, il mio compagno di squadra, il mio presente, il mio futuro.
Grazie.

*Non abbiamo bisogno della magia per cambiare il mondo,
Abbiamo già dentro di noi tutto il potere di cui abbiamo bisogno:
immaginare le cose migliori di quelle che sono.*

-Joanne Kathleen Rowling

1. COS'È L'EDUCAZIONE ALIMENTARE

Fino a poco meno di una decina di anni fa l'intero potenziale dell'educazione alimentare veniva ridotto all'insieme dei dettami atti a insegnare cosa è opportuno mangiare o non mangiare per dimagrire, stare bene e vivere in modo sano. In più di qualche sfortunato caso questa tradizione continua ai giorni nostri. Questo ruolo di docente viene e veniva perpetrato dal professionista della nutrizione, e subito dal paziente come un processo passivo di mero apprendimento e ascolto, scevro da ogni coinvolgimento personale, che rispecchia la tipologia di relazione *up-down* (tipologia di comunicazione asimmetrica in cui una delle due parti ha ruolo attivo e dominante sull'altra).

Tale approccio, dal punto di vista del terapeuta, prevedeva la prescrizione del regime dietetico più idoneo, e la correzione e miglioramento delle abitudini errate, integrando quelle corrette.

Il fallimento frequente e ripetuto dei propri tentativi di modifica del comportamento alimentare da parte del paziente, mal supportati da una presenza scarsa e non ben strutturata del professionista, creavano nella persona stati emotivi e pensieri disfunzionali che ostacolavano ancora di più il cambiamento, e nella società un diffuso senso di sfiducia nei confronti non solo della professione di dietista-nutrizionista, ma nella dietoterapia tutta.

Dal momento che la maggior parte delle patologie croniche non trasmissibili che affliggono la popolazione è legata alla presenza di abitudini alimentari qualitativamente migliorabili, fortunatamente questo campo, come moltissimi altri ambiti medici, è andato incontro a una massiva evoluzione, distaccandosi *in primis* dal solo fine del dimagrimento, ed *in secundis* anche dall'approccio didattico unidirezionale.

Questo ha portato a definire percorsi di educazione alimentare finalizzati a migliorare il benessere del paziente attraverso alcuni cambiamenti del suo stile alimentare e di vita. Il professionista della nutrizione diviene quindi preparato per integrare le proprie competenze tecnico-scientifiche con l'esplorazione dei bisogni del paziente, l'apprendimento delle sue abitudini a tavola e non, e la fondamentale indagine delle emozioni provate al momento del pasto. Tutto ciò permette di individuare quali passi è opportuno compiere per rendere l'alimentazione dell'individuo più equilibrata e coerente con le sue esigenze.

1.1. Il primo colloquio

Il primo colloquio rappresenta una fase estremamente delicata del rapporto terapeuta-paziente. È dedicato all'esplorazione dello stato di salute attraverso l'anamnesi fisiopatologica, atta a reperire informazioni eventualmente validate dalla presenza di referti medici.

A corredare questi dati tecnici è necessario vi sia l'indagine dell'esperienza soggettiva della persona, sia per quanto riguarda la sua storia fisiopatologica, sia per quanto riguarda la sua storia alimentare.

È necessario esplorare in modo completo il suo vissuto:

➤ AMBIENTE

- L'ambiente in cui mangia:
 - Favorisce o sfavorisce il cambiamento?
 - Mangia in piedi o seduto?
 - È un locale confusionario?
 - Vi è grande disponibilità di cibo?
- Gli orari in cui mangia:
 - Sono regolari?
 - Lavora a turni?
 - Può disporre liberamente del suo tempo per mangiare o è costretto a ritmi serrati?
- Le persone con cui condivide i pasti (es. colleghi di lavoro, genitori, fratelli, nonni):
 - Sono un buon esempio?
 - Favoriscono un ambiente sereno?
- Le persone che lo circondano (es. amici di scuola, conoscenti, mass media):
 - Sono di stimolo o creano frustrazione?
 - Forniscono un esempio funzionale o disfunzionale?

➤ COMPORTAMENTI

- Che alimenti sceglie?
- In che modo li mangia?
 - Mastica a sufficienza?
 - Mangia lentamente?
 - Riesce a controllare la respirazione?
- Quali cibi preferisce e quali tende ad evitare?
- Come sono composti abitualmente i suoi pasti?
- Come sono le porzioni che consuma?

- Il suo stato emotivo interferisce in qualche modo sul suo comportamento alimentare?
- **CAPACITÀ PERSONALI**
 - È in grado di preparare i propri cibi?
 - Di gestire il proprio tempo?
 - Di fare la spesa in autonomia?
- **CONVINZIONI E SCHEMI MENTALI**
 - In certi casi possono risultare limitanti e influenzare pesantemente un grande numero di atteggiamenti
 - A cosa pensa il paziente prima di mangiare?
 - A cosa pensa mentre mangia?
 - Quali pensieri influenzano i suoi comportamenti?
 - Cosa lo motiva?
 - Cosa lo demotiva?
- **ESPERIENZE DI SUCCESSO O DI INSUCCESSO**
 - Quante diete ha seguito?
 - Quali diete ha seguito?
 - Per quali ragioni gli approcci del passato hanno fallito?
 - Quali aspetti degli approcci del passato hanno funzionato, anche in modo parziale?
 - Grazie a ciò è possibile identificare quali strumenti e punti di forza il paziente ha già messo in campo nel passato, e può senza dubbio utilizzare nuovamente.

Grazie alle indagini su questi aspetti il professionista non si limita più solo a suggerire i cibi più adatti e le relative porzioni da consumare, ma diviene anche in grado di aiutare il paziente a scoprire modi più funzionali di fare la spesa, di organizzare la dispensa, di preparare il cibo.

Per quanto riguarda la mia pratica clinica, trovo che l'ostacolo più grande e necessario da affrontare in ambulatorio sia il fatto che le abitudini del paziente sono consolidate nel tempo, e ciò le rende difficili da modificare.

1.2. Limiti degli approcci “tradizionali”

Gli approcci cosiddetti “tradizionali” possono essere considerati, in linea teorica, scientificamente condivisibili, in quanto prevedono la spiegazione di abbinamenti alimentari, regole dietetiche, prescrizione di integratori e di piani di attività fisica. Il più grosso limite che incontrano, tuttavia, è quello di non riuscire a tradurre la buona opera teorica del professionista della nutrizione, in azioni e passaggi pratici richiesti al paziente, in termini di cambiamento di pensieri e di azioni, aspetti che normalmente non vengono approfonditi durante il colloquio perché sottovalutati e non considerati propedeutici e funzionali al percorso.

L'exasperazione di questo concetto porta il professionista a confondere la reale incapacità del paziente di agire, con una sua scarsa motivazione, causando quindi una serie di atteggiamenti tendenzialmente giudicanti nel primo, che esitano in una grande frustrazione nel secondo.

D'altra parte la situazione genera facili fraintendimenti nel professionista poco preparato, dal momento in cui il paziente afferma di voler cambiare, ma poi si dimostra cocciuto, incostante, e perpetua lo stesso modo di agire di sempre, rivelando una forte resistenza al cambiamento che spesso spinge il professionista a voler lavorare sul rafforzare la leva motivazionale più in profondità.

Il problema, tuttavia, è realmente la motivazione?

Nonostante la forte spinta a cambiare presente in alcuni pazienti, talvolta le cose semplicemente non cambiano, lo stile di vita rimane sedentario, le scelte alimentari sbagliate e le porzioni inadeguate.

Ma la risposta non sempre giace nascosta nell'assenza di motivazione. Bisogna piuttosto indagare l'atteggiamento mentale del paziente.

Ciò che pensa (consapevolmente o meno), influenza il suo corpo esattamente quanto è in grado di fare il fenomeno ben noto del monoideismo plastico. Le sue abitudini disfunzionali, le sue convinzioni limitanti sulle sue capacità, la sua tendenza a sottovalutare i risultati già ottenuti, il ricorso al cibo per gestire emozioni negative, impediscono di attuare comportamenti coerenti con le sue aspettative di miglioramento. Spesso la semplice idea di dover intraprendere un percorso che, secondo le esperienze e le conoscenze diffuse tra la popolazione, significherà un semi-digiuno fatto di castrazione, privazione di momenti felici e sociali, astensione dal consumo delle pietanze preferite, forzatura al solo consumo di alimenti insipidi e poco allettanti, suscita nelle persone sensazioni di privazione, castigo, imposizione. Tali vissuti rendono molto complesso seguire il percorso e alimentano giorno dopo giorno il desiderio, percepito come

soddisfazione del proibito (con conseguente produzione di serotonina), di tornare a mangiare in modo più piacevole. Al contrario la fiducia in sé stesso e nelle proprie capacità, l'attenzione ai piccoli risultati ottenuti, la disponibilità ad agire in modi diversi, l'ottimismo verso i futuri progressi sono atteggiamenti mentali che sostengono propositi di miglioramento, e in tutto ciò l'ipnosi e la comunicazione ipnotica lavorano nella sinergia più completa. Appare quindi chiaro come la costanza e la motivazione del paziente dipendano anche dall'abilità del professionista di sapergli rendere il percorso più emozionante e piacevole, e di saper far emergere quelle abilità che la persona già possiede, ma di cui spesso non si rende a pieno conto.

*-Se “la via dell’inferno è lastricata di buone intenzioni”, la via dell’obesità è
asfaltata di diete rimandate a lunedì-*

1.3. Costruire il *Rapport*

Cambiare abitudini alimentari e agire concretamente per modificare composizione, quantità, organizzazione dei propri piatti a tavola può risultare una sfida complessa. Infatti un buon percorso di educazione alimentare non può limitarsi a migliorare e trattare tutti gli aspetti riguardanti il cibo, deve anche stimolare l'allenamento di competenze e atteggiamenti che vanno oltre, promuovendo l'aiuto della persona ad acquisire nuovi schemi mentali funzionali, e nuove strategie capaci di sostenere uno stile alimentare e di vita sano.

Per rendere possibile tutto ciò, è necessario che fra il professionista della nutrizione e il paziente si crei sinergia, sintonia, complicità. È necessario che sia possibile considerarsi reciprocamente compagni di squadra, a formare la cosiddetta alleanza terapeutica, esistente sulle basi del *rapport*.

Si definisce la presenza di *rapport* quando esiste una relazione fondata sulla reciproca comprensione, apertura, affinità comunicativa, empatia, giungendo finanche alla fiducia. Ancora, creare *rapport* si ottiene prestando attenzione all'interlocutore, alle parole che usa, alle locuzioni che lo caratterizzano, e questo è possibile grazie a una grande quantità di concentrazione e a un buono stato psico-fisico del professionista. Avere *rapport*, però, non significa necessariamente andare d'accordo l'uno con l'altro; anzi ritengo che fra le più alte dimostrazioni dell'esistenza di *rapport* tra due persone vi sia il mantenimento di questo tipo di affinità nonostante il disaccordo.

Sottovalutare la creazione di questo particolare legame può rivelarsi un errore catastrofico nell'ottica della buona riuscita di un percorso di miglioramento personale.

Una relazione efficace migliora infatti i risultati professionali, aumenta il rispetto delle prescrizioni, facilita il mantenimento del paziente nel tempo.

1.3.1. *L'importanza dell'ascolto*

- "Ascoltare" è molto diverso da "Sentire" -

Durante la visita, così come durante una conversazione informale, una delle più importanti capacità che definiscono un buon interlocutore è quella di saper fornire un buon ascolto. Ciò permette di comprendere il vissuto del paziente, rilevare i suoi bisogni, e individuare le sue soluzioni. Si tratta quindi di un processo attivo e consapevole, concentrato su due particolari aspetti della conversazione:

- Capire bene cosa il paziente sta dicendo e le informazioni che fornisce.
- Carpire la forma linguistica che usa, le locuzioni che sarà importante ripetergli nella fase di ricalco, e i canali sensoriali con cui si esprime. Di questo aspetto, tuttavia, parlerò nel prossimo sotto-paragrafo.

A volte un buon ascolto produce risultati inaspettati, derivanti anche dal fatto che, se ascoltata, la persona si sente più a suo agio ed è quindi più prona a raccontare di sé.

Per approfondire i benefici di un ascolto attivo è stato condotto uno studio presso la Jefferson University di Philadelphia, che ha evidenziato come medici bravi ad ascoltare ottengono migliori risposte terapeutiche dal paziente. Questo studio va a braccetto con gli altri che sostengono che una delle cause più frequenti degli errori diagnostici sia la mancanza di ascolto.

Che caratteristiche deve avere, quindi, l'ascolto per definirsi attivo?

Innanzitutto deve essere non giudicante. Ciò non significa solo eliminare il giudizio, dal momento che questo nasce da processi inconsci che sono incontrollabili tanto dal paziente quanto da noi. È necessario e sufficiente rendersi conto che quel pensiero giudicante ha avuto inizio, e sospenderlo.

Mettere da parte per un momento il giudizio e concedere al paziente un ascolto sincero, permette di verificare se il pensiero giudicante era giustificato.

L'ascolto attivo deve essere eseguito mantenendo un linguaggio del corpo aperto, come vedremo più avanti.

È necessario stare sull'esperienza del paziente per comprenderla, e l'operatore deve concentrare i propri pensieri, le proprie domande e le proprie richieste di chiarimenti sull'esperienza che il soggetto sta raccontando. Qualora ci fossero emozioni in gioco è fondamentale cercare di limitarsi all'empatia (rilevo l'emozione, la esplicito al paziente, e la legittimo) senza cadere nella simpatia (provo quell'emozione insieme a lui).

Rispettare i silenzi è una delle cose che, per mio carattere e approccio spontaneo, ho trovato più difficile imparare nella mia pratica ambulatoriale. È invece di vitale importanza capire che a volte il paziente ha bisogno di tempo per riflettere, e saturare quel tempo con nostre riflessioni compie il duplice danno di non lasciar riflettere bene lui, e di lasciar cadere in un limbo di frasi non ascoltate quella che, da parte nostra, magari era una buona riflessione che sarebbe stata utile se inserita al momento giusto.

Infine, per dimostrare di aver compreso, è buona norma concedersi un breve riassunto fornito al paziente sia per aiutarlo a riorganizzare le idee di quello che ha appena espresso, sia per essere certi di aver capito bene, sia per trasmettergli la sensazione di essere stato ascoltato attivamente e capito.

In linea generale, interrompere, cambiare argomento, sminuire, ridicolizzare, saltare a conclusioni affrettate etc... sono azioni che denotano un cattivo ascolto, e rischiano di ledere il delicato equilibrio del *rapport*.

1.3.2. Parlare la lingua del paziente

Questo aspetto riguarda la necessità di adeguarsi al modello comunicativo del proprio interlocutore, perché questo intensifica molto il *rapport* e permette al professionista di ottenere informazioni di miglior qualità. Questo, quindi, comprende usare, se possibile, parole e movenze simili a quelle del paziente (gesticolare se lui lo fa, usare diminutivi, l'uso del dialetto etc...). L'uomo, in quanto essere fortemente sociale, ama a livello atavico tutto ciò che lo fa sentire "parte del branco" (alla base di ciò prendono tanta forza, ad esempio, i fenomeni di bullismo nelle scuole), e quindi è portato istintivamente a dare più fiducia a comportamenti che riconosce. Non a caso si tende a parlare e muoversi in modo

simile fra appartenenti agli stessi gruppi sociali. Alcuni esempi sono gruppi di *rapper*, gruppi di medici, gruppi di politici, gruppi di casalinghe, gruppi di imprenditori, gruppi di appartenenti alla stessa classe, gruppi di sportivi, gruppi di italiani all'estero. Se il professionista quindi ha l'accortezza di esprimersi in modo riconoscibile dal paziente (senza cadere nel rischio di "scimmiottarlo") otterrà che una piccola parte dell'aspetto critica/fiducia si muoverà in favore del *rapport*.

1.1.1.1. Parole chiave - CALIBRARE

Come abbiamo visto, è quindi necessario prestare attenzione a come comunica il proprio interlocutore. Cogliere l'utilizzo di termini particolari: ad esempio "ho perso qualche kiletto" non solo ci offre la parola "kiletto" da ricalcare e su cui fare una domanda aperta, ma ci fornisce anche l'informazione che l'uso di un diminutivo vuole ridurre l'importanza alla frase, probabilmente l'importanza o al numero di chili, o all'impresa del dimagrimento (e per chiarire queste ipotesi o farne emergere di nuove, appunto, è necessaria la domanda aperta).

1.1.1.2. Canali sensoriali - RICALCARE

Per l'operazione del ricalco è necessario addentrarsi nel complesso ma affascinante mondo dei canali sensoriali.

Questa teoria parte dal presupposto che ogni individuo processa informazioni, analizza il mondo, impara e ragiona seguendo prevalentemente (ma ovviamente non esclusivamente) un canale sensoriale elettivo.

Vi saranno quindi le persone visive, che useranno un linguaggio prevalentemente legato alla vista ("non ci vedo chiaro", "ho visto che mi trovo meglio a mangiare pesce", "vede dottoressa, la situazione è questa..."), e che quindi recepiranno meglio informazioni espresse sotto forma di immagini.

I soggetti auditivi prediligeranno l'udito come canale sensoriale, esprimendosi prevalentemente in tal senso ("questa soluzione non mi suona bene", "mi trovo in sintonia con lei", "senta dottoressa, la situazione è questa...") e recependo meglio l'ascolto delle informazioni a loro spiegate.

Gli individui cinestesici comprendono il mondo attraverso i sensi del tatto, dell'olfatto, del gusto e attraverso le emozioni. Si esprimeranno in tal senso ("lo sento sulla pelle che è la cosa giusta da fare", "non è che mi interessa come mi vedono gli altri, voglio sentirmi bene in quel paio di jeans") e capiscono meglio le informazioni espresse attraverso le emozioni.

Il professionista esperto, a seguito dell'individuazione del canale sensoriale preferenziale del soggetto, costruirà su quel canale non solo l'intera conversazione, ma anche la pratica ipnotica, andando a lavorare su immagini, suoni o caratteri cinestesici durante l'induzione. Ciò renderà molto più potente non solo il legame di *rapport*, ma la qualità delle informazioni fornite, perché potranno essere profondamente recepite dal paziente.

1.3.3. *Saper porre le domande giuste, nel modo giusto*

Quest'arte sottovalutata permette al terapeuta non solo di raccogliere informazioni utili, ma anche di stimolare interessanti riflessioni nel soggetto. È possibile porre domande per indirizzare la persona verso un determinato argomento, guidando la conversazione. È possibile inoltre far emergere idee e soluzioni proprio dal paziente stesso, presupponendo che egli abbia in sé ogni conoscenza e risorsa utile al fine di raggiungere tali traguardi. Alla pari dell'ascolto le domande esplicitano attenzione ed interesse, e stimolano la fiducia.

-La qualità delle risposte è in funzione della qualità delle domande-

Come per gli altri aspetti della comunicazione, anche questo non fa eccezione e deve pertanto rispettare alcune caratteristiche:

Domande brevi e chiare. Dal momento che la conversazione è incentrata sul paziente, è bene evitare di confonderlo e distrarlo con elucubrazioni lunghe ed articolate.

Domande che affrontano un solo argomento, in modo diretto e conciso. È bene puntare dritto al cuore della questione che si ritiene importante affrontare, dedicandosi a un problema per volta.

Una domanda alla volta. La capacità mnemonica quando si è particolarmente coinvolti dal punto di vista sia delle emozioni che dell'energia psichica è, talvolta, ridotta. Ricoprire il paziente di punti interrogativi non è produttivo e crea un senso di oppressione.

Tenere un ritmo adeguato. Questo consiglio si espande all'intera conversazione: ogni persona affronta i colloqui con il proprio personale ritmo espositivo, ed è bene che il professionista sia addestrato a coglierlo e a ricalcarlo. È inoltre opportuno rallentare leggermente il ritmo mentre si parla di questioni importanti.

Domande aperte per far nascere riflessioni. Sono quelle che iniziano o comprendono le parole "come", "quanto", "perché" anche se solitamente questo è più di pertinenza psicologica. Servono a far emergere il vissuto del paziente in una fase del discorso in cui c'è bisogno di raccogliere molte informazioni.

Domande chiuse per orientare. La domanda chiusa prevede solo tre alternative di risposta: sì, no o il silenzio. Nel caso del silenzio può essere un momento di riflessione, o una scelta, e in entrambi i casi ha la sua motivazione. Questo tipo di domande serve a orientare la conversazione quando, ad esempio, tutti i ragionamenti portano a una conclusione e a noi serve che il paziente si senta pronunciare un bel "sì" a tal proposito.

1.4. Capire il vissuto del paziente

Appurato il fatto che condurre uno stile di vita sano non dipende unicamente dalla forza di volontà, si può concordare il fatto che si tratti invece di un equilibrio tra ascolto di sé e buon senso, rendendo la persona che riesce a raggiungere questi ambiti risultati, in grado di oscillare pacificamente tra i cibi più sfiziosi e gustosi ma poco sani, e quelli più salutari.

I comportamenti attuati a tavola sono il risultato del modo unico e specifico in cui il paziente interagisce nel proprio contesto. Ogni scelta compiuta dall'individuo, foss'anche quella di dedicarsi consciamente e deliberatamente all'iperfagia durante un pranzo luculliano il giorno di natale, passa attraverso il suo stato d'animo e i suoi bisogni, che tal volta nulla hanno a che fare col cibo, ma attraverso quest'ultimo tentano di essere placati.

Tutto ciò esita in scelte. Qualora queste scelte venissero ripetute nel tempo con costanza diventerebbero abitudini, e le abitudini sono caratterizzate dall'avere a loro dedicati percorsi neuronali specifici, che agevolano il reiterarsi di tali atteggiamenti in modo automatico.

L'esperienza con il cibo va quindi indagata interamente, prendendo in considerazione il suo contesto all'interno della vita e del vissuto del paziente, fatto di pensieri, emozioni e sensazioni, e il suo contesto esterno, che comprende ambiente e relazioni.

Senza, come è ovvio, sconfinare nel campo d'azione di altre professionalità, è sufficiente capire che se il comportamento a tavola è il risultato del modo in cui mente e corpo interagiscono a seconda degli input esterni e interni, allora quel modo di interazione mente-corpo va compreso in modo da renderne consapevole il soggetto, e va tenuto in considerazione in modo da rendere l'intervento di educazione alimentare efficace.

1.4.1. Difficoltà e ostacoli del dimagrimento

Oltre all'enorme soggettività del problema in analisi, vi è, a complicare le cose, l'approccio del paziente non tanto al problema "sovrappeso/obesità" ma al suo rapporto col problema. Capita che il soggetto si percepisca come brutto, spiacevole, fallimentare, tanto da andare alla ricerca di un programma miracoloso che lo liberi in modo rapido e immediato dei suoi kg di troppo, probabilmente affrontando diete inadeguate e/o decisamente scorrette.

Senza scendere nei dettagli psicologici che riguardano le cause di questo *modus operandi*, in quanto competono ad altri professionisti, è interessante valutarne le conseguenze. Una scelta come quella sopra-descritta comporta quasi immediatamente rifiuto per quel senso di gabbia e costrizione, e scatena il bisogno impellente di violarla.

Una volta violata, entra in campo un altro filone di pensieri molto pericoloso: la sensazione che dal momento che si sono sovvertite le regole nulla più sia possibile per riprendere il controllo alimentare, convinzione decisamente limitante che non può che esitare nell'abbandono drammatico di ogni buon proposito intrapreso.

Futuri tentativi di ripresa delle buone intenzioni non solo si scontreranno con la stessa rigida gabbia messa in atto la prima volta, ma saranno forti di uno o più fallimenti alle spalle, predisponendo il *setting* perfetto per ulteriori fallimenti futuri.

Questo pensiero dicotomico del tutto o nulla è, purtroppo, spesso evidente nel soggetto obeso in quasi tutti gli aspetti: il mondo è bello o brutto, bianco o nero, facile o difficile, e così via. Non è possibile prendere in considerazione le scale di grigio tra questa dicotomia, perché il modo di pensare fino a quel momento è sempre stato “cerco di fare tutto, e se non ci riesco non faccio nulla”.

Sommando questo ad una scarsa autostima e ancor più scarsa autoefficacia ci si accorge di come questo atteggiamento metta le basi per far vivere molto male la scelta di intraprendere uno stile alimentare sano, stigmatizzando ogni uscita anche minima dall’insieme del “tutto”, aumentando a dismisura le probabilità di ricadere nell’insieme del “nulla”, e ciò pone gli ingredienti perfetti per il fallimento, e favorisce l’insorgenza di sensi di colpa e peggioramento sia di autostima che di autoefficacia. Tutto questo vissuto impedisce un corretto equilibrio emotivo, che innesca nuovamente i pensieri iniziali in un circolo vizioso potenzialmente senza fine.

1.4.2. Come “nasce” l’obesità

Lo stimolo a ingestione del cibo si sviluppa in funzione di due esigenze:

1. Necessità di annullare la fame: si manifesta in tempi definiti e ripetitivi
2. Risposta spontanea condizionata all’ambiente, a situazioni che nulla c’entrano con le reali esigenze alimentari. Questa modalità talvolta si sviluppa dalla prima infanzia.

La seconda risposta viene resa frequente dal fatto che spesso si tende ad utilizzare il cibo come ricompensa per i bambini piccoli, o peggio ancora come calmante, reando un imprinting di risposta a situazioni stressogene che l’adulto si porterà avanti per tutta la vita. Il cibo, consolazione edonistica cui il soggetto è sempre più legato, può venire ricercato appositamente e utilizzato come risorsa aggiuntiva per affrontare sia situazioni spiacevoli da controllare e contenere con il cibo, sia situazioni gradevoli da accentuare immergendole nel cibo stesso.

Evitando di soffermarci sulle ragioni di questi comportamenti di multipla origine, e sulle loro modalità di risoluzione, basti ragionare sul fatto che, se reiterati nel tempo, determinano un ancoraggio sempre più radicato al cibo nella sua generalità, o anche solo in un suo aspetto specifico.

1.5. Sinergia corpo-mente

Appare chiaro quindi, e lo sarà sempre di più proseguendo nei ragionamenti di questo elaborato, come l'insieme della mente e quello del corpo siano inscindibili l'uno dall'altro, in quanto mutuamente influenzati. Nel dettaglio, in questa sede mi preme prendere in esame le influenze del corpo sulla mente, perché troppo spesso sottovalutate.

È oramai chiaro alla comunità scientifica tutta, come sia non solo reale, ma anche sostenuta da prove incontrovertibili, l'evidenza che il corpo (e nello specifico la sua postura, il suo linguaggio e le sue azioni fisiologiche) abbia effetti positivi e/o negativi sulla mente.

Amy Cuddy, una sociopsicologa della Pennsylvania, ha condotto uno studio su volontari, in cui ha dimostrato come adottare posizioni di dominanza anche per soli due minuti prima di un evento altamente stressogeno, abbia il potere di innalzare i livelli ematici di testosterone e abbassare quelli di cortisolo, situazione bio-umorale riconducibile in natura ai ruoli di potere dei maschi alpha, e che nell'uomo si ricollega a rilassatezza, *self-confidence*, *confort*.

Si è visto inoltre come adottare posizioni remissive e chiuse prima degli stessi colloqui abbia esiti diametralmente opposti.

Come incontrovertibile prova del nove, sono stati mostrati in cieco i video dei colloqui a diversi team incaricati delle assunzioni per grandi aziende (accadeva cioè che i team non erano a conoscenza di chi, degli intervistati, avesse tenuto una posizione piuttosto che un'altra), ed essi, spontaneamente, sono stati portati a selezionare come candidati per l'assunzione unicamente gli individui che, a parità di preparazione e ruolo, avevano assunto la posizione di dominanza per due minuti prima del colloquio. Allo stesso modo le posizioni del nostro corpo facilitano l'apprendimento nello studio, la sicurezza espositiva in ambito sia lavorativo che didattico, e determinate risposte fisiologiche.

Psicologi sociali hanno evidenziato come il semplice linguaggio del corpo, a parità di preparazione fisica e di capacità, possa completamente sovvertire l'esito di uno scontro nei casi di violenza. Si è visto, infatti, come il semplice fatto che una persona aggredita indietreggi, magari assumendo posizioni chiuse, stimoli nel corpo dell'aggressore una massiva produzione sia di adrenalina che di testosterone, rendendo molto più probabile e violenta l'aggressione.

Al contrario se la vittima "si gonfia" (mantiene posizioni aperte e di dominanza), guarda negli occhi l'aggressore, non indietreggia, e magari lo indica pronunciando frasi atte a generare in lui sensazioni di vergogna (ad esempio "ma non ti vergogni? Sono una donna" o "la mia famiglia mi aspetta a casa, lasciami stare!") possibilmente, se lo si conosce, pronunciando il nome dell'aggressore, questo atteggiamento tende o a evitare lo scontro, o nel caso avvenga comunque, a far sì che sia meno violento.

Si può quindi dedurre che adottare un preciso linguaggio del corpo col paziente, non solo in fase di creazione del rapport ma anche in fase di pratica ipnotica, abbia il duplice risultato di generare risposte nella mente del paziente, e del terapeuta stesso.

2. APPLICAZIONE DELL'IPNOSI IN EDUCAZIONE ALIMENTARE

2.1. Il potere del monoideismo plastico

Con il termine monoideismo plastico si tende ad identificare il potenziale che la mente adeguatamente orientata ha di agire sul corpo. Letteralmente la definizione è atta a intendere il concetto che la focalizzazione su una (mono) singola idea (ideismo) ricca di carica emotiva ha potere su modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali (plastico).

Un altro aspetto da non sottovalutare del monoideismo plastico è che l'energia necessaria per generarlo viene attinta dalle risorse generalmente destinate ad altre attività della mente razionale (con conseguente riduzione della capacità critica e di elaborazione logica), ma anche destinate al fisico (da cui deriva la frequente analgesia di grado variabile, e il rallentamento delle attività). Ciò spiega perché il soggetto in ipnosi entri in una condizione di coscienza modificata, in quanto l'energia destinata alla parte razionale è sottratta a favore della parte immaginativa, e questo permette l'emersione di condizioni fisiche particolari che, se riconosciute, permettono di stabilire che l'ipnosi è stata realmente ottenuta.

Il monoideismo plastico può essere sperimentato facilmente da chiunque con un piccolo pendolo.

La prova del pendolo la si deve a Francis Galton (1822-1911).

Si costruisce un piccolo pendolo con un filo lungo 25 - 30 centimetri ed un peso legato ad un capo. (Il peso può essere di qualsiasi forma: anello, bottone, chiave, ecc.) Su un foglio di carta bianca si disegna un cerchio di 10 cm di diametro e all'interno del cerchio si tracciano due diametri tra di loro perpendicolari. Ci si siede comodi ad un tavolo. Si prende in mano il pendolo stringendo il capo del filo senza peso fra pollice e indice. Si appoggia il gomito sul tavolo sul quale si è precedentemente messo il foglio e si posiziona il peso al centro del cerchio disegnato tenendolo leggermente staccato dal foglio. A questo punto si tratta di immaginare intensamente il peso che ruota sulla circonferenza del cerchio. È importante non fare assolutamente nessun movimento volontario con la mano e con il braccio, anzi il suggerimento è che la mano e il braccio siano completamente abbandonati e dimenticati. L'attenzione va tutta rivolta al peso con l'idea che ruoti sulla circonferenza e la certezza che prima o poi inizierà a muoversi. Le cose andranno sicuramente come detto. Dopo qualche attimo il peso inizierà ad avere dei movimenti irregolari che si caratterizzeranno in maniera sempre più precisa aumentando lentamente e gradualmente la circonferenza di rotazione. A questo punto, quando il peso ha realizzato quanto il soggetto ha intensamente immaginato è possibile modificare il movimento del peso cambiando unicamente la rappresentazione mentale. Sarà sufficiente immaginare che il pendolo non ruoti più ma oscilli, avanti e indietro su un diametro tracciato del cerchio. E così avverrà, il peso cambierà movimento e inizierà ad oscillare. Sarà possibile rendersi conto come cambiando rappresentazione mentale, si cambia automaticamente, quasi immediatamente il movimento del peso.

Così come in questi esempi, infinite sono le possibilità di espressione del monoideismo plastico anche nella vita quotidiana, attraverso il canale fornito dall'atteggiamento mentale. Se un paziente continuerà a ripetersi che non si sente bene, che sicuramente fallirà focalizzandosi su tutte le altre volte che ha fallito, inizierà ad avere esperienze di sensazioni sia fisiche che psichiche che lo avvicineranno al fallimento, influenzando in maniera negativa la prestazione (cosiddetto effetto nocebo).

Questo fenomeno si avvicina al concetto della profezia che si autoavvera, coinvolgendo anche il campo generalmente poco esplorato della fisicità.

Si possono fare moltissimi esempi di come un'immagine si crei esclusivamente nella mente di una persona, senza alcuno stimolo fisico che la giustifichi, come una fantasia ad occhi aperti, un ricordo, un desiderio, e questo può determinare effetti fisici facilmente riscontrabili e misurabili. Basti pensare a una *teenager* innamorata che vede passare il soggetto del suo desiderio e il suo corpo, in seguito alle romantiche fantasie, altera il flusso del sangue fino a far arrossire le guance.

2.1.1. *Influenza mente-corpo*

Quando un paziente racconta di avere provato la sensazione di un grande appetito, il suo stimolo della fame agisce contestualmente a due livelli:

- Razionale (emisfero sinistro)
- Immaginario (emisfero destro)

A livello razionale la mente cerca di risolvere il problema creando una serie di percorsi che porteranno alla decisione di cosa mangiare, come, dove, etc...

Contemporaneamente lo stesso stimolo della fame influenzerà la parte immaginativa della mente, creando immagini più o meno vivide dei cibi preferiti dal paziente, che egli trova soddisfacenti e appaganti. La fantasia spesso è così vivida da diventare un vero e proprio monoideismo plastico con effetti fisici facilmente riscontrabili: sopraggiunge l'acquolina in bocca, si attiva la motilità del tratto gastrointestinale, inizia la produzione di succhi gastrici, il tutto, è bene che sia chiaro, in totale assenza del reale stimolo dato dall'ingestione di cibo e in risposta a uno stimolo immaginativo. L'immagine diventa talmente potente da sembrare reale, e pertanto diventa "plastica", cioè capace di produrre effetti psichici e fisici, a patto, come si è visto, che non sia contrastata dalla parte logica, razionale e critica della mente.

Un altro esempio altrettanto comune è rappresentato dall'erezione maschile in totale assenza di stimoli fisici.

Esistono due principi del rapporto mente-corpo che possono venire in aiuto del professionista per comprendere il comportamento dei pazienti, quando questi ultimi sembrano voler rifuggere la presa in carico di responsabilità sul successo o insuccesso del percorso nutrizionale:

2.1.1.1. Sono i pensieri a condizionare le scelte e i comportamenti delle persone, non i fattori esterni.

La vita alimentare di ogni individuo, sia che poi si sviluppino problemi gestionali a tal proposito o meno, dipende da una moltitudine di fattori esterni quali ad esempio le abitudini apprese in famiglia, le critiche del partner e/o degli amici, la distanza casa-lavoro, l'ambiente di lavoro etc... La realtà, tuttavia, è che questi eventi non sono i diretti responsabili del comportamento disfunzionale del paziente, la vera causa è ciò che la persona pensa di quei fattori. Quando un individuo affronta uno stimolo esterno, esso viene processato dal suo cervello che, per dargli un senso in modo più rapido, lo confronta col suo vissuto e con esperienze analoghe precedenti (è in questo modo che l'esperienza velocizza la risposta dell'uomo al porsi di un nuovo problema), lo rielabora e produce in risposta un'interpretazione soggettiva dell'accaduto.

Questa interpretazione genera sia una risposta (rapida) a livello emotivo e fisiologico, veicolata dai trasmettitori neuroendocrini, sia una risposta (lenta) a livello cognitivo, che esita in prese di decisioni e comportamenti.

Chiarendo il tutto con un esempio, si prenda il caso di un paziente con dipendenza da dolci, cui viene richiesto di prendersi cura di una vicina di casa anziana che puntualmente, per ringraziarlo, suole offrirgli alcuni biscotti alla cioccolata fatti in casa il giorno stesso. Il paziente, rassegnato a cedere alla tentazione, tenderà ad accusare la vicina di casa dei propri problemi di gestione dello stimolo di fame e sazietà. Tuttavia a un'analisi più attenta appare chiaro come non sia l'offerta di biscotti in sé e per sé il *trigger* della sua reazione, ma ciò che il paziente è abituato a pensare alla vista dei dolci. Questa parte di processo mentale non solo è rapidissima, ma è anche invisibile agli occhi del paziente, perché inconscia. Il professionista preparato può però essere in grado di farla emergere lavorando sul corpo (cartina tornasole di questo tipo di sensazioni) anche grazie al potere amplificante dell'ipnosi, al fine di assumerne consapevolezza e potersi così allenare ad indurre risposte diverse a uno stimolo simile.

2.1.1.2. Le emozioni producono reazioni fisiche più rapide delle risposte razionali

I sopracitati stimoli esterni, dunque, vengono catturati da uno o più dei sensi e prendono due strade parallele:

1. La via più lenta viaggia verso la neocorteccia, che ne esegue la rielaborazione logica
2. La via più rapida si dirige verso il sistema limbico e fa scaturire emozioni. Il fatto che questa via sia alcuni millesimi di secondo più veloce della precedente esita nella conseguenza che la reazione a livello fisico che immediatamente ne deriva sfugge al controllo razionale, ed è quindi, per sua essenza stessa, indipendente dalle decisioni logiche. Non di secondaria importanza vi è anche da prendere in considerazione il fatto che essendo il sistema limbico il centro cerebrale primario deputato alla gestione delle emozioni, la risposta del corpo (scollegata dalla logica razionalità, è figlia

diretta dell'emozione che l'ha generata, e quindi risulta coerente quell'emozione e con i pensieri che essa ha generato, a differenza di come può essere la risposta logico-razionale.

Un esempio comune di condizionamento emotivo che scaturisce in un monoideismo plastico è quando, di fronte a una cattiva notizia, la conseguente tensione genera immediatamente un blocco addominale spesso descritto come un "buco nello stomaco", sensazione a cui moltissimi pazienti si sono addestrati a rispondere col cibo. In casi come questo, l'ingestione di cibo non solo attiva la peristalsi, con conseguente produzione di serotonina da parte delle cellule enterocromaffini, ma, col consolidarsi nel tempo di questa sequenza tensione-ingestione di cibo-rilassamento, funge da consolidato ancoraggio verso una ben nota sensazione di benessere (tant'è che in certi individui la sensazione di benessere inizia con una tempistica talmente immediata in seguito all'ingestione di cibo da non lasciare dubbi sul fatto che sia troppo presto per beneficiare già della serotonina prodotta, e che si tratti di effetto placebo).

Risulta quindi chiaro come, mantenendo ben netto il confine che divide il campo di psicologi, psicoterapeuti e psichiatri da quello dei professionisti della nutrizione, separare la mente dal corpo porta all'attuazione di soluzioni incomplete, con il rischio di insistere a suggerire comportamenti senza ottenere risultati.

2.1.2. Il linguaggio del corpo

Anche in questo come in altri campi dell'ipnosi è possibile attingere a strumenti utili di altre discipline e farne propria almeno una parte ai fini di migliorare la personalizzazione dell'esperienza offerta. Così, senza volersi fingere Paul Ekman, è possibile dedicare la propria attenzione ad alcuni semplici dettagli che possono fare la differenza.

La postura del paziente è un salvagente facile che egli ci getta, in quanto può essere target delle prime fasi di calibrazione e ricalco, anche prima di iniziare l'induzione vera e propria.

Più ancora della postura, poi, è di interesse del professionista il cambio di postura, perché, come abbiamo poc'anzi visto, è rappresentazione diretta, inarrestabile e senza filtri delle emozioni che sono albergate in lui in quel preciso secondo. Il professionista addestrato a cogliere questi movimenti, rapidi come un battito di ciglia, potrà avere accesso a una finestra privilegiata che dà sul parco delle emozioni del paziente, e trarne informazioni su come il paziente sta vivendo in quel momento.

Infine la situazione è valida anche in senso contrario, cioè soprattutto se la persona che ci troviamo di fronte è di sesso femminile, il suo subconscio sarà molto bravo e con milioni di anni di addestramento a leggere il linguaggio del corpo altrui, quindi non solo il professionista accurato dovrà prestare molta attenzione al linguaggio del corpo "spontaneo" che lascerà fluire, ma potrà usare elementi del linguaggio del corpo per comunicare col paziente a un livello più profondo, subconscio con subconscio.

Così si vedrà come accogliere il paziente con un bel sorriso, a braccia aperte, esibendo i palmi delle mani, senza invadere il suo spazio personale, contribuirà a mettere il paziente più velocemente a proprio agio.

Guardare in volto il paziente mentre parla, annuire leggermente, magari con le mani intrecciate sotto al mento, trasmetterà un senso di attenzione nei suoi confronti.

Così come, universalmente riconosciuto, incrociare le braccia e discostare lievemente il busto in direzione di allontanamento da quello del paziente, gli farà capire che siamo in disaccordo con quello che ha appena detto, senza dover esprimere questo concetto necessariamente a voce.

2.1.3. Il monoideismo plastico e l'ipnosi

Alla base dell'ipnotismo, quindi, stanno la riduzione della critica e la focalizzazione delle energie mentali su una sola immagine (monoideismo), che finisce per divenire così potente da creare effetti plastici. È dunque pressochè impossibile disgiungere il concetto di monoideismo plastico da quello di stato ipnotico, poiché ogni volta che si crea un'immagine di discreta potenza il soggetto entra in quello stato di coscienza modificata tipico dell'ipnosi, e più l'immagine sarà dettagliata e più completa sarà la trance. La logica conclusione è che l'ipnosi è monoideismo plastico, e che senza monoideismo plastico non vi è ipnosi.

Come si ottiene, quindi, il monoideismo plastico? Si veda come la tecnica per ottenerlo è perfettamente sovrapponibile al procedimento induttivo, in quanto i passi da seguire sono, in entrambi i casi, ridurre col *rapport* la criticità del soggetto, aiutarlo a focalizzarsi su un'immagine rappresentativa del fenomeno plastico che vogliamo ottenere (monoideismo plastico), e rendere evidente il fenomeno al soggetto stesso (ratifica).

2.2. Tipologie di induzione

Per l'analisi di questo paragrafo risulta utile immaginare la mente umana come ripartita in tre aree di pertinenza, l'area critica, l'area razionale e l'area immaginativa, tra loro auspicabilmente in armonia.

L'energia mentale di cui si è discusso nelle pagine precedenti, altrimenti detta energia psichica (o libido) si distribuisce fra le tre aree cosicchè se una di queste accresce le proprie necessità, le altre due devono necessariamente ridurle.

Così come una mente fortemente impegnata in attività critica o logica difficilmente realizzerà immagini potenti e pertanto non riuscirà a esprimerle nel monoideismo plastico (cioè lo stato di ipnosi), al contrario un soggetto che si trovi impegnato in fantasie ad occhi aperti oppure in stato di ipnosi avrà a disposizione pochissime risorse per mantenere attive le aree logica e critica (eventualità che si evidenzia se si chiede al soggetto in ipnosi, ad esempio, di risolvere un problema matematico).

I meccanismi che si usano per indurre lo stato di ipnosi emulano quelli che avvengono spontaneamente nella mente dell'uomo quando questa entra in ipnosi spontanea. Ad esempio quando l'attività mentale non viene più rivolta verso l'esterno ma verso l'interno del soggetto, oppure viene trasformata un'attenzione diffusa in una focalizzata. Un altro stratagemma utile è quello di far compiere al soggetto una serie di gesti monotoni, ripetitivi e sempre uguali, purchè di semplice esecuzione (ad esempio il *tapping* delle dita sul tavolo con una sequenza prestabilita, o l'oscillazione di una mano).

In linea generale quindi l'obiettivo chiaro appare essere la necessità di ridurre l'attività dell'area critica in favore di quella immaginativa, e questo si può ottenere almeno in 3 modi:

1. Agendo direttamente per smantellare l'energia richiesta dall'area critica, con la strategia dello *yes set*: si enunciano al paziente una serie di evidenze indiscutibilmente vere, che lo portano volente o nolente a dare al terapeuta più volte ragione. Il fatto di trovarsi così tante volte ripetutamente in accordo con le frasi riportate dal professionista risulta un *setting* che predispone all'aumento della fiducia e alla riduzione delle criticità.
2. Agendo sull'area logica, e questo si può ottenere dando al paziente compiti impegnativi ma ripetitivi, come ad esempio contare a ritroso partendo da 1000 e sottraendo 7, o contare tutti i numeri dispari abbinandoli al movimento alternato e dissincrono delle dita dei piedi etc...
3. Utilizzando stimoli che accrescono direttamente il focus energetico sull'area immaginativa, attraverso la creazione di immagini via via sempre più dettagliate e personalizzate.

Riassumendo è buona norma, a seconda dello stato in cui si trova la persona, partire dai punti 1 o 2, per poi arrivare al 3. Nel dettaglio, quindi, se il paziente si trova in una condizione che vede la sua energia psichica troppo dedicata al ragionamento il terapeuta partirà dalla riduzione dell'area logica, se invece sarà troppo alta la sua criticità si dovrà agire su quella, per passare solo in seguito

alla creazione di potenti immagini in grado di sviluppare il monoideismo plastico.

Indipendentemente, poi, da quale sia l'inizio, in seguito alla realizzazione del monoideismo plastico è di fondamentale importanza l'atto della ratifica, che porta il soggetto a consapevolezza di tutti i cambiamenti avvenuti. A questo punto è utile ai fini pratici, e generoso ai fini etici, regalare al paziente un segnale di ancoraggio, che gli permetterà in modo semplice di recuperare lo stato di ipnosi in futuro.

2.2.1. Azione sull'area critica

Come già evidenziato in precedenza, agisce bene su quest'area la formazione dello yes set. In un paziente particolarmente predisposto, a questo strumento si può aggiungere un uso sapiente di ordini e indicazioni, ufficializzati da descrizione, ricalco e ratifica.

2.2.2. Azione sull'area logica

Alcune di queste tecniche sono già state nominate in precedenza. In breve lo scopo dell'azione sull'area logica è di focalizzare l'attenzione del soggetto non sui ragionamenti che sta compiendo (o sulla paura che sta provando) ma su compiti ben specifici. Possiamo quindi farlo contare da 1000 a ritroso sottraendo 7, come suggerito poc'anzi, compito che impegna particolarmente il versante mentale di quest'area. Possiamo altrimenti chiedergli di contare, avendo l'accortezza di aprire gli occhi ogni volta che dice un numero pari e chiuderli ogni volta che dice un numero dispari, e questo coinvolge equamente il versante fisico e quello mentale.

Alcuni soggetti particolarmente abili nei compiti appartenenti a quest'area, potrebbero aver bisogno di sfide più impegnative, e sarà quindi necessario aggiungere compiti a quelli già assegnati, come ad esempio "conta a ritroso da 1000 sottraendo 13, e ogni volta che pronunci un numero pari dillo a voce alta e tamburella con l'anulare della mano destra, e ogni volta che pronunci un numero dispari dillo bisbigliando e tamburella sul tavolo col mignolo della mano sinistra.". Se ancora non fosse sufficiente è possibile richiedere di aumentare la velocità di esecuzione. Lo scopo è indurre nel soggetto uno stato di confusione tale da non lasciare più risorse psichiche da dedicare alla critica. L'exasperazione di queste tecniche sono quelle che prevedono il cosiddetto sovraccarico sensoriale.

Come visto, l'ultimo aspetto dell'azione sull'area logica, la stimolazione alternata dei due emisferi, può essere inserita anche negli altri esercizi per renderli più efficaci. Si tratta dell'utilizzo (o della stimolazione) in modo alterno dell'emisfero destro e sinistro, e può essere ottenuta in modo diretto per coinvolgimento del paziente (come nell'esempio soprastante) o in modo indiretto per tocco o interazione dell'operatore.

2.2.3. Azione sull'area immaginativa

Come già accennato, questo meccanismo d'azione non rappresenta un'alternativa ai due precedenti, ma piuttosto una prosecuzione. Una volta quindi ridotta la richiesta di energia psichica da parte delle aree critica e logica, si è pronti per dedicare tali energie all'area immaginativa, quella in grado di creare il monoideismo plastico. Occorre descrivere l'immagine mentale che si vuole ottenere, o il fenomeno fisico che si vuole produrre, e poi ratificarlo.

Molti operatori e scuole di pensiero ritengono che il rilassamento sia l'unico mezzo attraverso il quale si può ottenere un'induzione ipnotica. Nonostante il rilassamento inibisca in effetti alcune strutture del sistema reticolare ascendente rendendo complessa la veglia, e attivando altre strutture del tronco encefalico, che favoriscono il riposo e il sonno, questo non rappresenta affatto l'unico mezzo con cui raggiungere l'ipnosi.

Dall'esperienza di chi ha dedicato la vita a studiare questo argomento emergono poche semplici regole per rendere probabile l'efficacia dell'induzione ipnotica

1. Iniziare dando istruzioni: L'operatore può descrivere al soggetto quello che succederà, spiegando cosa sia l'ipnosi. Descrivere i processi al soggetto significa già forzarlo a costruire immagini nella sua mente, e quindi ad iniziare il processo di induzione. Dopo di che è auspicabile impartire qualche istruzione che il soggetto eseguirà, ad esempio "si metta in posizione comoda", "chiuda gli occhi", "guardi la mia mano" etc... Questo agevola la predisposizione dello *yes set*.
2. Ratificare ogni cosa nuova che si verifica grazie all'ipnosi. Questo approfondisce la potenza dei monoideismi e aumenta la fiducia paziente-operatore.
3. Inserire un ancoraggio che consenta al soggetto di rientrare in ipnosi all'istante alla sua semplice esecuzione. È buona norma testare immediatamente l'efficacia dell'ancoraggio, alla fine di una seduta. Alcune scuole di pensiero ritengono che un ancoraggio con successo ripetuto 7 volte è sufficientemente appreso e stabile.

2.3. Comunicazione e suggestioni ipnotiche

A seguito dell'esperienza maturata nei trascorsi 5 mesi di attività ambulatoriale, ho appurato quanto segue.

Le tecniche induttive che più spesso ho utilizzato sono state quelle dell'*eye roll*, e la richiesta di far contare e aprire e chiudere gli occhi contemporaneamente, con l'accortezza di far combaciare l'apertura degli occhi (fissando un punto sul soffitto) con i numeri dispari, e la chiusura con i numeri pari. Talvolta quest'ultima tecnica è stata unita a una sincronia col respiro.

Con alcuni pazienti l'induzione è stata raggiunta con pratiche di rilassamento e progressivo spostamento del focus dall'esterno all'interno, ma trovo questa tecnica più lenta e meno efficace delle precedenti, per lo scopo che intendevo raggiungere.

In seguito all'induzione, ritengo che le suggestioni più efficaci per i miei pazienti siano state prevalentemente di due tipi:

1. AUMENTO DI EMPOWERMENT E CONTROLLO

Quelle focalizzate all'aumento del potere del paziente sul controllo della situazione. Ciò si è ottenuto rendendogli palese la sua capacità di concentrarsi benissimo su altro che non sia lo stimolo della fame, concentrandosi su desideri diversi e più funzionali (sono stati suggeriti in linea generale un piacevole bagno, videogiochi, la lettura di un libro, rapporti sessuali, attività fisica, tisana, meditazione), oppure aiutandolo ad accorgersi che così come la sua mente è in grado di realizzare cose potentissime (ratifica dei monoideismi plastici prodotti), è perfettamente in grado di avere il controllo su una cosa così piccola e gestibile come mangiare quando, cosa e come vuole. A seguito del raggiungimento di questi obiettivi è stato fornito al paziente un ancoraggio (nel dettaglio è sempre stata usata l'unione di pollice e indice della mano sinistra tranne per una paziente che ha preferito unire pollice e anulare) per richiamare quella sensazione di totale controllo sulla situazione, a piacimento. Sono state poi aggiunte frasi conclusive come "...e ti accorgerai di quanto sarà facile, la prossima volta che passerai di fianco a quel buffet, prendere esattamente solo quello che ti eri prefissata, mantenendo una serena e positiva calma, esattamente come sei stata così brava e in grado di fare qui molte volte, provando sempre una piacevole sensazione di controllo su te stessa e sulla situazione".

2. RICHIAMO DEL MONOIDEISMO PLASTICO

Oppure quelle atte a creare un preciso monoideismo plastico, che richiami una sensazione fisica di utilità clinica (es. il senso di sazietà piuttosto che il senso di rilassamento intestinale), sensazione poi ancorata a un gesto che deve essere ripetuto nella situazione problematica.

In questo caso quindi durante le suggestioni iniziali è stata suggerita una sensazione di aumentata irrorazione allo stomaco, di calore, e di graduale aumento della pressione (ottenuta, quest'ultima, con l'ausilio della mano del paziente e della mia, unite ad esercitare una leggera spinta centripeta all'altezza dello stomaco). In seguito a ciò anche in queste occasioni è stato fornito un ancoraggio per raggiungere a richiesta quella precisa sensazione, arricchito dalla

frase “...e sarai veramente molto curioso, la prossima volta che ti troverai a cena con gli amici, di provare il gesto di ancoraggio che hai appena imparato e realizzare come questo semplice e potente gesto istantaneamente ti riporterà vivida la sensazione di rilassata ripienezza gastrica e leggera pressione, che negli anni hai imparato così bene ad associare alla sazietà. E ti potrai sorprendere nel notare come il tutto avverrà in modo assolutamente naturale e molto bello, e sarai bravo proprio come lo sei stato qui tutte le volte.”. Ho trovato molto positivo inserire anche alcuni semplici elementi di *empowerment*, che predispongono il paziente in modo molto positivo.

3. CONCLUSIONI

Ai fini di questo elaborato l'ipnosi è stata proposta quasi esclusivamente a pazienti donne (ad eccezione di due uomini), di età compresa tra i 18 e i 47 anni. La motivazione di una percentuale più alta di candidati di sesso femminile si giustifica con una più alta affluenza presso il mio studio di questo tipo di utenza. Sono stati esclusi da tale sperimentazione (in quanto non vengono seguiti presso il mio ambulatorio) pazienti con DCA o disturbi psichiatrici.

I pazienti che hanno accettato di sperimentare sedute di ipnosi condotte come precedentemente descritto hanno mostrato un miglioramento per quanto riguarda i seguenti aspetti:

- Riduzione dei fenomeni percepiti come perdita di controllo
- Riduzione dei volumi di cibo ingeriti
- Aumento della serenità nella gestione dei momenti *trigger* e nella gestione dei momenti di *stress*
- Aumento della sensazione di *empowerment*

Nel 100% dei pazienti presi in esame si è verificato un calo del peso corporeo, e una riduzione della maggioranza delle circonferenze rilevate.

Il calo del peso è stato variabile, da un minimo di 2kg a un massimo di 15kg, ma va considerato che era molto variabile la situazione fisica di partenza.

Nel 100% dei pazienti presi in esame l'esperienza è stata vissuta come positiva, e causa di un miglioramento della considerazione che essi provano per sé stessi.

Ad oggi almeno 3 dei pazienti presi in esame continua non solo il percorso di dimagrimento e crescita personale, ma anche dichiara di proseguire (seppur con frequenza ridotta) la pratica del richiamo, tramite ancoraggio, delle sensazioni provate in seduta ipnotica.

Il 100% dei pazienti sopra-citati riferisce di aver usato almeno una volta l'ancoraggio per affrontare con più serenità una situazione stressogena, anche se lo scopo iniziale di quella pratica era diverso, dimostrando lo sviluppo autonomo di intraprendenza e presa di confidenza non solo con la tecnica, ma col *modus* di pensiero.

In conclusione, per quanto riguarda la mia realtà ambulatoriale, ritengo promettente e positivo inserire la comunicazione ipnotica fra gli strumenti utili come ausilio nella gestione dello stimolo di fame e sazietà, nell'ottica di un percorso di educazione alimentare.

4. BIBLIOGRAFIA

- Ballardini, D., & Schumann, R. (2011). *La riabilitazione psiconutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*. Carocci Editore.
- Benedetti, F. (2008). *Placebo effects. Understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford.
- Benedetti, F. (2012). *L'effetto placebo*. Carocci.
- Benedetti, F. (2012). *L'effetto Placebo*. Carocci Editore.
- Capuano, G. R. (2003). *Oracoli quotidiani. Cos'è e come funziona la profezia che si autoavvera*. Napoli: ESI.
- Casiglia, E., & al. (2015). *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.
- Casiglia, E., Facco, E., & Rossi, A. (2010). *I mondi della coscienza. Manuale teorico-pratico di ipnosi*. Libreria Padovana Editrice.
- Cuddy, A. (2016). *Il potere emotivo dei gesti. Presenza, autostima, sicurezza: usa il linguaggio del corpo per affrontare le sfide più difficili*. Sperling & Kupfer.
- Dalla Gassa, C. (2014). *Dimagrire con la mente. Tutti sanno cosa fare, pochi sanno come*. Galassia Arte.
- Dalla Gassa, C., & Pettinelli, C. (2016). *Il Primo P.A.S.S.O.* Maggioli Editore.
- Ekman, P. (2011). *I volti della menzogna*. Giunti.
- Ende, M. (1984). *Momo*. Longanesi.
- Goleman, D. (1997). *Intelligenza emotiva*. Rizzoli.
- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi (1-2)*. Torino: UTET.
- Hack, T. (1888). Fischer. *Geist und Körper*.
- Hojat, M. (march 2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86(3):359-364.
- Kang, K., Park, S., & Kim, Y. S. (1° maggio 2009). Biosynthesis and biotechnological production of serotonin derivatives. *Applied Microbiology and Biotechnology*, pp. 27–34.
- King Merton, R. (1971). La profezia che si autoavvera. *Teoria e Struttura Sociale*.
- Nagar, A. (2017). *L'ipnosi nella terapia dell'obesità*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Pettinelli, C. (2015). *La via dell'arciere*. Rapsodia.
- Rogers, C. (august 1952). Barriers and Gateways to Communication. *Harvard Business Review*.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio Ubaldini.