

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 2017

RELAZIONE FINALE

L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITA'

RELATORE

Prof. Edoardo Casiglia

CANDIDATO

Dott. Felice Savinelli

INDICE

NOTE INTRODUTTIVE	pag. 2
APPROCCIO AL PROBLEMA OBESITA'	pag. 7
APPROCCIO AL PAZIENTE	pag. 13
Valutazione della richiesta	pag. 13
Innesco (o rinforzo) del bisogno	pag. 14
Intercettare il bisogno del paziente	pag. 18
La memoria emozionale	pag. 21
<i>CONOSCERE I METAPROGRAMMI</i>	pag. 24
<i>PROGETTARE UN PERCORSO: UTILIZZO DEI METAPROGRAMMI</i>	pag. 28
<i>CAMBIAMENTO DELLE CONVINZIONI</i>	pag. 29
<i>IL CAMBIAMENTO DELLE CONVINZIONI E GLI STATI INTERNI</i>	pag. 32
<i>OBESITA' ED IPNOSITERAPIA</i>	pag. 34
<i>Fasi del trattamento ipnotico</i>	pag. 35
<i>CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE</i>	pag. 40
BIBLIOGRAFIA	pag. 41

NOTE INTRODUTTIVE

L'interesse del presente lavoro è centrato su persone affette da obesità e sovrappeso, condizioni caratterizzate da un eccessivo accumulo di grasso corporeo e la cui incidenza va progressivamente aumentando, con effetti negativi sulla salute e con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita¹. Prima del XX secolo, l'eccesso di peso era una condizione rara. Nel 1997 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto ufficialmente l'obesità come un'epidemia globale². Nel 2005 l'OMS stimava che almeno 400 milioni di adulti - pari al 9,8% della popolazione mondiale - fossero obesi, con tassi più alti tra le donne rispetto agli uomini³. La frequenza dell'obesità subisce un incremento con l'età, almeno fino ai 50 o ai 60 anni⁴ e i casi registrati sono rapidamente aumentati soprattutto negli Stati Uniti, in Australia e in Canada^{5,6,7}.

Se fino alla fine del XX secolo l'obesità era ritenuta un problema circoscritto alle comunità ad alto reddito, a partire dal XXI secolo la condizione è in aumento in tutto il mondo, tanto nelle nazioni industrializzate quanto nei paesi in via di sviluppo⁸; gli incrementi maggiori si sono registrati nei contesti urbani. L'unica regione del Mondo dove l'obesità non è frequente è l'Africa subsahariana⁹.

Gli sforzi degli organismi della sanità pubblica tendono a combattere il problema cercando di studiare e di correggere i fattori ambientali responsabili della crescita del fenomeno.

¹ Haslam DW e James WP Obesity, in *Lancet*, vol. 366, n° 9492, 2005, pp. 197-209

² Caballero B, *The global epidemic of obesity: An overview* in *Epidemiol Rev*, vol. 29, 2007, pp. 1-5

³ *Obesity and overweight* su World Health Organization, URL consultato l'8 aprile 2009

⁴ *Epidemiologia dell'obesità – Il quadro internazionale ed europeo*, ccm-network.it URL consultato il 7 marzo 2015

⁵ Sturm R, *Increases in morbid obesity in the USA: 2000-2005*, in *Public Health*, vol. 121, n. 7, luglio 2007, pp. 492-96

⁶ Howard, Natasha J., A Tylor, T. Gill e C Chittleborough, *Severe obesity: Investigating the socio-demographics within the extremes of body mass index*, in *Obesity Research & Clinical Practice*, vol 2, n. 1, marzo 2008, pp. 51-59

⁷ Tjepkema M, *Measured Obesity – Adult obesity in Canada: Measured height and weight in Nutrition: Findings from the Canadian Community Health Survey*, Ottawa, Ontario, Statistics Canada, 6 luglio 2005

⁸ Tsigosa Constantine et al., *Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines*, in *The European Journal of Obesity*, vol. 1, aprile 2008

⁹ Haslam DW e James WP: Obesity, cit.

E' in atto una strategia di approccio globale finalizzata ad affrontare i crescenti tassi di obesità. Le ricerche effettuate sono pervenute a definire tre contesti su cui è possibile intervenire:

- a monte del problema: con l'osservazione dei mutamenti nella società
- nel mezzo: con progetti volti a modificare il comportamento degli individui e a migliorare il loro stile di vita
- a valle: con il trattamento delle persone colpite dall'obesità.

A livello individuale, la causa della maggior parte delle obesità consiste in una combinazione di eccessivo apporto calorico e di scarsa attività fisica¹⁰. Un numero limitato di casi sono invece dovuti a cause genetiche, ad altre patologie dismetaboliche o a malattie psichiatriche¹¹.

Il peso corporeo eccessivo è associato a diverse patologie, in particolare a malattie cardiovascolari, al diabete tipo 2, alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, alla osteoartrosi; ed è per questi motivi che l'obesità è considerata causa di riduzione dell'aspettativa di vita.

Recentemente uno studio del 2006 ha individuato i fattori che verosimilmente hanno contribuito alla diffusione dell'obesità¹²:

- mancanza di sonno
- interferenti endocrini (inquinanti ambientali che interferiscono sul metabolismo cellulare e dei lipidi)
- diminuzione della variabilità della temperatura ambientale
- riduzione del tabagismo, dal momento che il fumo sopprime l'appetito
- maggior uso di farmaci che possono causare aumento di peso
- incremento proporzionale dei gruppi etnici che tendono ad essere più pesanti
- gravidanza in una fase più tarda dell'età
- fattori di rischio epigenetici delle passate generazioni

¹⁰ Lau DC et al., 2006 *Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children* (summary), in CMAJ, vol. 176, n. 8, aprile 200, pp. S1-13

¹¹ Bleich A et al., Why is the developed world obese? In *Annu Rev Public Health*, vol 29, 2008, pp. 273-95

¹² Keith SW et al., Putative contributors to the secular increase in obesity: Exploring the roads less travelled, in *Int J Obes (Lond)*, vol 30, n° 11, 2006, pp. 1585-94

- selezione naturale per il più alto indice di massa corporea
- accoppiamento selettivo che porta a una maggiore concentrazione di fattori di rischio dell'obesità (il che non necessariamente aumenta il numero delle persone obese, ma aumenterebbe il peso medio della popolazione).

Sebbene vi siano evidenze concrete a sostegno dell'influenza di questi elementi sulla crescente diffusione dell'obesità, le prove sono ancora insufficienti e gli autori affermano che probabilmente i suddetti fattori esercitano un peso inferiore rispetto alla dieta e all'attività fisica.

Nei paesi sviluppati, i maggiori livelli di obesità e sovrappeso fra adulti e adolescenti risultano correlati allo scarso reddito¹³. Si ritiene che nei paesi industrializzati i ricchi possano permettersi cibi più sani e siano sottoposti a una maggiore pressione sociale a rimanere snelli; si pensa inoltre che essi abbiano più tempo da dedicare alla propria forma fisica. Lo stress e la percezione di un basso prestigio sociale, per contro, potrebbero concorrere ad aumentare il rischio di obesità¹⁴¹⁵.

Il grado di obesità viene valutato attraverso l'indice di massa corporea (IMC), un dato biometrico che mette a confronto peso e altezza: sono considerati obesi i soggetti con IMC maggiore di 30 Kg/m², mentre gli individui con IMC compreso fra 25 e 30 Kg/m² sono ritenuti in sovrappeso.

Il principale trattamento contro l'obesità consiste nell'associazione di dieta ed esercizio fisico¹⁶. Una dieta accurata può causare perdita di peso nel breve periodo¹⁷; tuttavia il mantenimento è spesso difficile e richiede un impegno costante nell'esercizio fisico oltre ad una

¹³ Richard Wilkinson e Kate Pickett, *The Spirit Level: Why more Equal Societies Almost Always Do Better*, London, Allen Lane, 2009, pp. 91-101

¹⁴ Bjornstop P, *Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities?* in *Obesity Reviews*, vol. 2, n° 2, 2001, pp. 73-86

¹⁵ Goodman E. et al., *Impact of objective and subjective social status on obesity in a biracial cohort of adolescents*, in *Obesity Reviews*, vol. 11, n° 8, 2003, pp. 1018-26

¹⁶ Lau DC et al., 2006 cit.

¹⁷ Strychar I, *Diet in the management of weight loss*, in *CMAJ*, vol 174, n° 1, gennaio 2006, pp. 56-63

corretta alimentazione¹⁸¹⁹. La percentuale di successo del mantenimento del peso a lungo termine con il cambiamento dello stile di vita varia significativamente dal 2 al 20%²⁰.

Da non sottovalutare infine le finalità estetiche: oggi i canoni di bellezza impongono una figura asciutta, espressione di leggerezza, armonia, efficienza ed eleganza, ed è comprensibile che spesso si possano vivere negativamente i chili di troppo, il sovrappeso e ancor di più l'obesità come situazioni sconfortanti. In tali casi andrà approfondita, come sottolinea Nagar²¹, non solo l'adeguatezza delle motivazioni addotte ma anche rischi e benefici che tale scelta comporta.

¹⁸ Tate DF et. al., Long-Term weight losses associated with prescription of higher physical activity goals. Are higher levels of physical activity protective against weight gain?, in Am. J. Clin. Nutr., vol. 85, n. 4, 1° apr 2007, pp. 954-9

¹⁹ Shick SM et al., Persons successful at long-term weight loss and maintenance continue to consume a low-energy, low-fat diet, in J Am Diet Assoc, vol. 98, n° 4, apr. 1998, pp. 408-13

²⁰ Wing, Rena R e Phelan Susanne: Science-Based Solutions to Obesity: What are the Roles of Academia, Government, Industry and Health Care? Proceedings of a symposium, Boston, Massachusetts, USA, 10-11 mar 2004 and Anaheim, California, USA, 2 oct 2004, in Am. J. Clin. Nutr., vol 82, 1 Suppl, 1° lug 2005, pp. 207S-273S

²¹ A. Nagar: "L'ipnosi nella terapia dell'obesità", C.G. Edizioni Medico Scientifiche, pag. X

APPROCCIO AL PROBLEMA OBESITA'

Al di là dei *bisogni* che vanno individuati alla base di una richiesta di perdita di peso, è ormai opinione condivisa in ambito scientifico che l'ipnositerapia può svolgere un ruolo rilevante quale trattamento coadiuvante dell'obesità, insieme ad una dieta adeguata e all'esercizio fisico, in un approccio multidisciplinare non solo per iniziare un trattamento ma anche per mantenere nel tempo le nuove abitudini acquisite²²²³²⁴²⁵²⁶²⁷²⁸²⁹³⁰.

Ma prima di inoltrarsi nell'approfondimento del tema, è opportuno fare un passo indietro.

Modificare le abitudini alimentari con riduzione dell'indice di massa corporea (IMC), incrementare il dispendio energetico, acquisire una maggiore compliance nel mantenere nel tempo le nuove abitudini acquisite, miglioramento dell'autostima e in sintesi miglioramento della qualità di vita sono gli obiettivi da molti desiderati ma non facilmente raggiungibili.

L'atteggiamento di chi si accinge a modificare il proprio comportamento alimentare è fondamentale per ottenere risultati soddisfacenti e persistenti. Spesso le persone obese hanno alle spalle numerosi tentativi mal riusciti di "diete fai da te" o anche con la guida di diversi operatori

²² Kirsch I : *Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – another meta-reanalysis*, J Consult Clin Psychol, 1995 Apr, 63(2):214-20

²³ Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G: *Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis*, J Consult Clin Psychol 1996

²⁴ Johnson DL: *Weight loss for women: studies of smokers and nonsmokers using hypnosis and multicomponent treatments with and without overt aversion*, J Consult Psychol 1996 Jun; 64(3):517-9

²⁵ Mulhinsen L, Rogers JZ: *Complementary and alternative modes of therapy for treatment of the obese patient*, Psychol Rep 1997, Jun 80 (3 Pt 1): 931.3

²⁶ MH Pittler, E. Ernst : *Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review*, International Journal of Obesity, 2005, pp. 1030-38

²⁷ Devoldère C: *Hypnosis in the management and treatment of obesity*, Int J Clin Exp Hypn 2007 Jul;55(3):318-35

²⁸ Barabasz M: *Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders*, Paediatr Nurs 2003 Sep; 15 (7): 42-5

²⁹ Entwistle PA, Webb RJ, Abayomi JC, Johnson B, Sparkes AC, Davies IG: *Unconscious agendas in the etiology of refractory obesity and the role of hypnosis in their identification and resolution: a new paradigm for weight-management programs or a paradigm revisited?*, Int J Clin Exp Hypn 2014, 62(3): 330-59

³⁰ Gelo OC, Zips A, Ponocny-Seliger E, Neumann K, Balugani R, Gold C: *Hypnobehavioral and hypnoenergetic therapy in the treatment of obese women: a pragmatic randomized clinical trial*, Prim Care 2009 Jun;36(2):395-406

sanitari, il che complica ulteriormente le cose inducendo errate convinzioni sulle proprie capacità e sfiducia nel prosieguo del trattamento.

In tale prospettiva il primo passo da compiere, per evitare pensieri disfunzionali e demotivanti, sarà valutare la possibilità da parte del paziente di accettare serenamente il sovrappeso non solo come mancata consapevolezza di uno scarso impegno per rimanere magri o di una elevata voracità, ma anche come conseguenza di un insufficiente dispendio energetico e delle variazioni del metabolismo individuale, in sintesi un corpo che consuma poco.

Altro elemento da prendere in considerazione riguarda la comprensibile aspettativa di dimagrimento in tempi brevi ed il desiderio di apprezzamento dello stesso dimagrimento dal maggior numero di persone possibili. Introdursi in questo meccanismo è rischioso perché ha alla base il desiderio di essere accettato dagli altri entrando al più presto nel novero delle persone normopeso.

Bisogna dunque *pensare alla dieta* non come sacrificio e privazione, ma essenzialmente quale nuovo comportamento alimentare che sia consapevole e soprattutto coerente con un cambiamento dello stile di vita.

Il problema da affrontare per l'obeso non è solo trovare un valido motivo per fare una dieta ma convincersi profondamente della opportunità di una tale scelta e di mantenerla nel tempo. Ne consegue che sarà necessario intercettare il bisogno del paziente (o stimolarne la presa di coscienza) per poi tradurlo in una scelta operativa meditata e condivisa.

Questo tipo di scelta potrà essere il viatico per ridurre l'incidenza del fallimento.

In un recente lavoro Minetti³¹ ha affermato che tra le cause dei *fallimenti* vanno individuati i seguenti fattori:

³¹ Minetti F: “*Ruolo dell'ipnosi nel trattamento dell'obesità come supporto al mantenimento dei risultati nel tempo*”, CIICS Torino, 2010

- **fattori biologici:** la diminuzione del peso corporeo stimola una potente risposta biologica finalizzata a ripristinare i livelli ponderali di partenza;
- **fattori ambientali:** essendo continuamente esposti ad una elevata quantità di cibo - poco costosi, ricchi di grassi e ad alto valore energetico - diviene più difficile mantenere nel tempo un comportamento alimentare adeguato;
- **fattori psicologici:** premesso che coloro che riescono a mantenere i risultati raggiunti continuano a seguire una dieta relativamente ipocalorica e povera di grassi, fanno attività fisica e si pesano regolarmente, i principali motivi che spingono ad abbandonare le scelte effettuate sembrerebbero essere: sottovalutare il calo ponderale raggiunto minimizzando i benefici ottenuti, avere un atteggiamento mentale centrato sul dimagrimento e non sul mantenimento del risultato, difficoltà a superare momenti che vengono definiti come “fame nervosa”, a cui dichiarano di non saper resistere; in merito a quest’ultimo aspetto (“*alimentazione emotiva*”) va sottolineato che il cibo può essere utilizzato come mezzo per tentare di contenere emozioni e ciò favorisce l’iperalimentazione e il recupero del peso.

Fatte queste premesse Minetti aggiunge che, nella ricerca di un corretto approccio terapeutico, diventa di fondamentale importanza porre come primo obiettivo dell’azione medica il miglioramento del rapporto medico-paziente (curando il malato e non la malattia), restituendo al paziente il suo valore di persona che soffre e rispettando la complessità delle sue emozioni, perché limitando l’atto terapeutico alla sola soppressione di un sintomo, senza rimuovere anche la causa del disturbo, può portare l’inconscio a cercare un altro sintomo. L’autore conclude affermando che 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 con il paziente: non si deve più distinguere schematicamente tra patologia funzionale e patologia organica; bisogna 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”.*

Faccio³², in merito al tipo di intervento più indicato nei disturbi dell'alimentazione, sottolinea tra i terapeuti un consenso sull'associazione tra interventi di tipo cognitivo-comportamentale con la terapia familiare e il sostegno psicoeducazionale oltre che informativo e nutrizionale in abbinamento al supporto corporeo.

Armato³³ in un successivo lavoro ha analizzato le attuali diverse strategie e tecniche di intervento. Tra essi ha elencato:

- **Intervento psicoeducazionale:** questa strategia si propone di trasmettere l'idea che la possibilità di migliorarsi appartiene al paziente, con l'obiettivo di aumentare i livelli motivazionali riducendo quelli difensivi³⁴;
- **Terapie di gruppo:** basati su interventi di educazione all'alimentazione, incontri circa gli effetti del condizionamento sociale, lezioni di ginnastica per migliorare la consapevolezza del corpo, gruppi di workshop e di auto-aiuto; sono interventi che possono essere utili solo con pazienti non neganti il loro disturbo, ma interessati all'indagine delle motivazioni che stanno alla base del loro disagio³⁵;
- **Terapie psicoanalitiche-psicodinamiche:** mirano al processo di crescita individuale, attraverso l'analisi del profondo compiuta all'interno della relazione con l'analista; possono a volte richiedere tempi lunghi con la necessità di controllare con attenzione le dinamiche controtransferali del terapeuta e le distorsioni cognitive del paziente;
- **Terapie familiari:** con l'obiettivo di ricercare il miglioramento individuale attraverso un intervento diretto alla famiglia del paziente; l'eventuale modificazione dei sistemi relazionali presenti all'interno della famiglia, se all'origine del comportamento anomalo del paziente, ne determinano una sua variazione (Faccio, 2001);

³² Faccio E: *"Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie"*, Carocci, Roma, 2001

³³ Armato I: *"Il ruolo dell'ipnosi nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione"*, CIICS, Torino 2015

³⁴ Garner D, Dalle Grave R: *"Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione"*, Positive Press, Verona, 2002

³⁵ Faccio E, 2001, cit.

- **Terapie cognitivo-comportamentali:** tra gli obiettivi che si propongono vi è la modificazione della distorsione cognitiva che ha per oggetto il peso e l'aspetto fisico (area cognitiva) e la modificazione del comportamento grazie a metodi di condizionamento che inducono nel paziente una risposta diversa da quella che solitamente mette in atto (area comportamentale); per raggiungere tali obiettivi vengono utilizzate tecniche tra cui: il *rinforzo positivo o negativo* (incoraggiare i comportamenti positivi e inibire quelli negativi), la *desensibilizzazione sistematica* (con esposizione allo stimolo che produce la risposta patologica fino ad estinguerla), l'*esposizione allo stimolo* con prevenzione della risposta (aiutando il paziente a mitigare il suo disagio, proponendo attività piacevoli) (Faccio 2001);
- **Terapie strategiche e interazioniste:** questo modello conduce l'attenzione sul tema del cambiamento, spostandosi quindi dalla visione della diagnosi e della patologia a quella dei significati personali che il soggetto attribuisce al suo disagio;
- **Terapia interpersonale:** non si concentra direttamente sui problemi di carattere alimentare; è suddivisa in tre processi tra cui il primo volto al riconoscimento dei problemi interpersonali che hanno rappresentato fattori di rischio nell'insorgenza del disturbo alimentare; il secondo concerne l'accordo terapeutico volto alla cura dei problemi interpersonali, il terzo affronta i problemi che fanno capo alla conclusione terapeutica (Garner, Dalla Grave 2002);
- **Terapia centrata sul corpo:** ideata al fine di migliorare il funzionamento psichico, passando attraverso la corporeità con l'obiettivo di riabilitare psicologicamente intervenendo sul disturbo che i pazienti con disordini alimentari detengono circa l'immagine corporea (Faccio 2001); gli scopi principali sono: *ricostruzione di un'immagine di se realistica* (consapevolezza dell'inadeguatezza delle proprie condizioni corporee e accettazione dei cambiamenti volti alla guarigione), *dominio degli impulsi e delle tensioni* (cercare di mutare i comportamenti disfunzionali), *sviluppo delle abilità sociali* (insegnando a prendere consapevolezza delle proprie emozioni esprimendole attraverso il corpo), *acquisizione della*

capacità di apprezzare il proprio corpo (insegnare a rilassarsi e a riappropriarsi del proprio corpo).

Questa breve disamina sulle tecniche, pur se non strettamente necessaria per la presente relazione, ci dà un'idea del complesso degli interventi possibili in tema di disturbi alimentari e rappresenta un valido riferimento per alcuni aspetti di specifico interesse che saranno richiamati nel trattamento dell'obesità proposto nel seguente lavoro.

APPROCCIO AL PAZIENTE

Al fine di ottimizzare gli interventi ritenuti più adeguati e funzionali per il paziente e con l'obiettivo di renderli quanto più possibile condivisi, è opportuno procedere con cautela.

I passi da affrontare nel trattamento saranno:

- Valutazione della richiesta ed esame delle convinzioni del paziente
- Innesco (o rinforzo) del bisogno
- Progettare insieme un percorso
- Ipnositerapia con feedback periodici

Valutazione della richiesta.

Ci si può chiedere: perché una persona dovrebbe accettare volentieri un regime dietetico, rinunciando almeno in parte a quel piacere che si prova mangiando? Perché dovrebbe seguire una dieta e fare inoltre più esercizio fisico, acquisendo in concreto un nuovo stile di vita?

I motivi per cominciare una dieta possono essere tanti, ma rimanere fermi nelle decisioni adottate e condurre a termine il percorso iniziato può risultare problematico.

In genere i motivi per decidere di iniziare una dieta possono essere diversi:

- migliorare lo stato di salute (o per la coesistenza di altre patologie che consigliano una perdita di peso o anche per una scelta individuale orientata al raggiungimento di un maggior benessere)
- finalità estetiche, per sentirsi più belli e attraenti: piacersi (con innalzamento dell'autostima) nella consapevolezza del proprio corpo dà maggiore sicurezza nella vita privata e in quella professionale
- per ritrovare la forma fisica o per raggiungere un obiettivo sportivo
- per apprendere un nuovo stile di vita

Chi ha realmente bisogno di dimagrire non sempre ne è consapevole e prevalentemente è scoraggiato perché focalizza l'attenzione sulla lunghezza di un percorso da intraprendere, che lo impegnerà duramente ed emotivamente.

Le gratificazioni legate ad un raggiunto dimagrimento appaiono lontane e spesso ci si convince di non avere validi motivi cui aggrapparsi.

La sfida dovrà necessariamente concentrarsi sulla scelta dei punti di forza che ognuno di noi possiede e a cui sarà possibile aggrapparsi per resistere alle tentazioni e alla voglia di abbandonare.

Innesco (o rinforzo) del bisogno.

Il bisogno nasce dalle più intime convinzioni del paziente che così esprime anche la *propria* visione del mondo. La chiave di volta sarà pertanto conoscere queste convinzioni per rimetterle in gioco a carte scoperte.

Su questo specifico punto ci può essere d'aiuto quanto riportato da Diltz³⁶, il quale afferma che la conoscenza delle convinzioni può essere facilitata dallo studio di affermazioni specifiche, come negli esempi seguenti:

- desiderabilità del risultato
- fiducia nel fatto che azioni specifiche produrranno il risultato
- valutazione della adeguatezza del risultato (indipendentemente dal fatto che si creda o meno che produrrà il risultato desiderato)
- convinzione di essere capaci di porre in atto i comportamenti necessari a completare il progetto che conduce al risultato
- senso di responsabilità, autostima e libertà di azione che si ha in relazione ai comportamenti richiesti e al risultato.

³⁶ R. Diltz: "Il potere delle parole e della PNL – (Sleight of Mouth)", versione italiana Roberti Ed. Srl – collana NLP ITALY, 2017

Diltz aggiunge che è possibile valutare la propria sicurezza in relazione ad ognuna delle affermazioni in base ad una scala da 1 a 5, secondo cui 1 rappresenta il grado di convincimento più basso e 5 il più alto (cfr fig. 1: scheda esercizio).

Questa valutazione può fornire un profilo immediato ed interessante degli ambiti potenzialmente problematici per quanto riguarda la motivazione e la sicurezza. Le affermazioni a cui viene attribuita una valutazione bassa indicano possibili aree di resistenza o di interferenza che sarà necessario affrontare in qualche modo.

Esercizio

Obiettivo/Risultato _____

a. “L’obiettivo è desiderabile e vale la pena raggiungerlo”

[1] [2] [3] [4] [5]

b. “E’ possibile raggiungere quest’obiettivo”

[1] [2] [3] [4] [5]

c. “Tutto ciò che è necessario fare per raggiungere l’obiettivo è appropriato ed ecologico”

[1] [2] [3] [4] [5]

d. “Ho le capacità necessarie per raggiungere l’obiettivo”

[1] [2] [3] [4] [5]

e. “Ho la competenza necessaria e merito di raggiungere l’obiettivo”

[1] [2] [3] [4] [5]

Fig. 1. Scheda esercizio tratta da R. Diltz.: “Il potere delle parole e della PNL”

Dopo aver valutato il grado di sicurezza e di congruenza rispetto alle componenti chiave della convinzione, si possono sondare e, se necessario, rinforzare gli aspetti dubbi considerando le domande seguenti:

- *“Di cosa avresti bisogno di conoscere o aggiungere al tuo obiettivo, o alla tua convinzione per poter essere più congruente o sicuro?”*
- *“Chi sarebbe il tuo mentore per quanto riguarda questa convinzione?”*
- *“Quale messaggio o consiglio potrebbe darti?”*

Le informazioni raccolte saranno preziose per comprendere quali sono le convinzioni limitanti del paziente e su quali aspetti sarà opportuno lavorare per rendere consapevoli i bisogni espressi.

Dopo il lavoro iniziale, il passo successivo sarà quello di testare, attraverso visualizzazioni proiettate nel futuro, come il paziente sta reagendo alle stimolazioni ricevute.

Diltz preferisce definire questo processo *“cornice come se”* (facendo ad esempio visualizzare al paziente cosa è cambiato, immaginando che siano già trascorsi alcuni anni dall’inizio del trattamento).

Agire *“come se”* consente di mettere da parte l’attuale percezione dei limiti imposti dalla realtà e di usare maggiormente l’immaginazione per creare alternative comportamentali. Questo processo utilizza la nostra innata abilità di immaginare e usare la fantasia. Ci consente di abbattere i confini della nostra storia personale e dei nostri sistemi di convinzioni.

Nel processo di creazione degli obiettivi, dei risultati e dei sogni ci comportiamo *“come se”* fossero delle opportunità. Creiamo mentalmente delle immagini visive e attribuiamo loro le qualità che desideriamo. Poi cominciamo a *“portarle in vita”* agendo *“come se”* stessimo sperimentando le sensazioni corrispondenti e mettendo in pratica i comportamenti adatti.

La cornice *“come se”* è molto importante per creare uno spazio in cui possiamo cominciare a stimolare la neurologia che sia in grado di sostenere il raggiungimento dei nostri obiettivi.

Milton Erickson diceva spesso: “Puoi simulare qualunque cosa ed assumerne il controllo”.

La cornice “come se” è uno degli strumenti chiave per mentori e consulenti ed aiuta a bypassare le convinzioni limitanti³⁷.

Intercettare il bisogno del paziente

Individuare le convinzioni, potenzianti o limitanti, che sono alla base dei bisogni espressi dal paziente, è una delle sfide più interessanti e proficue in termini di progettazione del percorso terapeutico.

Gli esseri umani non sono in grado di comprendere la realtà oggettiva nella sua totalità e sono costretti a ricorrere ad una propria rappresentazione (mappa) che consente di orientarsi e dare un senso alle proprie percezioni. Sono definiti “*meta programmi*” i filtri inconsci attraverso i quali selezioniamo i dati ricevuti dagli organi di senso e con essi siamo in grado di costruirci la *nostra realtà* e rifletterci sopra³⁸.

La coscienza, in tal senso, è molto limitata: non possiamo essere coscienti d’altro che di quanto percepiamo con i cinque sensi, di ciò che abbiamo appreso, di ciò che siamo in base ai nostri ricordi. Ma i nostri recettori sono troppo limitati per captare tutto.

Questo vale anche per le conoscenze acquisite: sono limitatissime se rapportate alla conoscenza intera che il mondo materiale può contenere.

³⁷ ESERCIZIO DEL “COME SE”

1. L’esploratore pensa a qualche obiettivo o a qualche situazione verso cui nutre dubbi. Poi esprime al mentore la sua convinzione limitante, per es. “Per me non è possibile ...”, “Non sono capace di ...”, “Non merito ...”, etc.
2. Il mentore incoraggia l’esploratore parlandogli in questo modo:
 - “Che cosa accadrebbe se (fosse possibile/fossi capace/meritassi di ...)?”
 - “Agisci come se” (fosse possibile/fossi capace/meritassi); come sarebbe?”
 - “Immagina di avere già affrontato tutti gli aspetti relativi alla tua convinzione che (non è possibile/non sei capace/non meriti ...). Che cosa penseresti, faresti o crederesti diversamente?”
3. Se da parte dell’esploratore giungono altre obiezioni o interferenze, il mentore prosegue, dicendo: “Agisci “come se” avessi già affrontato quell’interferenza p quell’obiezione; in che modo risponderesti diversamente?”

³⁸ C. Rainville: “*Metamedicina, ogni sintomo è un messaggio*”, Ed. AMRITA, Giaveno (TO), 2013

La stessa cosa vale anche per la nostra memoria: ci ricordiamo consciamente di ben poche cose se paragonate a tutto ciò che la nostra memoria inconscia può contenere.

Per questo motivo possiamo conoscere e riflettere solo sulla *nostra realtà personale* e non sulla realtà oggettiva che, di per sé, è illimitata.

Più allarghiamo il campo della coscienza, più possiamo intervenire per trasformare favorevolmente il nostro mondo, tenendo sempre più saldamente le redini della nostra vita; d'altro canto, più il campo della nostra coscienza è limitato, più subiamo gli assalti del mondo che abbiamo creato con la nostra ignoranza.

La *nostra realtà* è qualcosa che creiamo noi stessi ad ogni istante con i pensieri sui quali ci sintonizziamo, con le parole che pronunciamo, con le scelte che facciamo, che ne siamo consapevoli o meno.

Si può essere *programmato* o *programmatore*: per diventare programmatore bisogna aumentare l'attenzione e la vigilanza su ciò che si lascia entrare attraverso le porte sensoriali.

Le nostre reazioni sono spesso inconsce, in rapporto con uno o più ricordi dimenticati, annidati nella *memoria emozionale* del cervello limbico. La maggior parte degli esseri umani pensa, parla e agisce in modo automatico, a seconda delle informazioni e della loro elaborazione emotiva avvenuta nell'area limbica, che a sua volta agisce sulle risposte somato-psichiche dell'organismo attraverso l'attività dell'ipotalamo e dei suoi circuiti.

Abbiamo in noi molte programmazioni inconsce che continuano a manifestarsi nella nostra vita. Come passare da questa funzione automatica sfavorevole a una funzione automatica favorevole?

L'unica possibilità che abbiamo consiste nel porre maggiore attenzione sul vaglio dei dati informativi inseriti nella nostra coscienza e persino sulle parole che pronunciamo e su certe nostre espressioni abituali per modificare o annullare programmazioni non più funzionali.

Qui ci viene incontro quella parte di noi che qualcuno definisce *maestro interiore* o *parte divina*.

Grazie ad essa, abbiamo accesso a quanto è limitato per le possibilità del conscio; questa eventualità si manifesta attraverso l'*intuizione*, che ci consente di superare i vincoli dettati dalla nostra identità programmata.

Quando ci affidiamo a questa energia di saggezza veniamo condotti, guidati, verso soluzioni alternative attraverso una persona che ha la risposta che stiamo aspettando, oppure la lettura di un libro o il testo di una canzone che ci metteranno sulle tracce di ciò che stiamo cercando. E' singolare constatare che spesso, quando acuiamo le nostre capacità di osservazione e di ascolto, riceviamo tali informazioni nel preciso istante in cui ne abbiamo bisogno. L'errore è restare aggrappati unicamente alle nostre convinzioni e a ciò che già conosciamo.

Tutti, senza alcuna eccezione, vi abbiamo accesso e possiamo essere aiutati e guidati da essa.

La memoria emozionale

Quando una situazione provoca in noi una intensa reazione emotiva, vi sono elevate probabilità che questa situazione sia in risonanza con un evento passato registrato nella memoria emozionale.

La memoria emozionale, situata nell'area limbica, contiene la risposta a molte cause di malessere, disturbi e malattie.

Il ruolo principale del cervello limbico è quello di provvedere alla nostra sopravvivenza, evitando di farci rivivere esperienze giudicate sgradevoli e facendoci ripetere quelle che invece sono state considerate ripetibili. Il problema fondamentale del cervello limbico è che non possiede il discernimento necessario per operare la distinzione fra le esperienze “da evitare” che invece ci sarebbero favorevoli e le esperienze “ripetibili” e che tuttavia potrebbero avere ripercussioni dannose sulla nostra salute.

Talvolta sarà necessario risvegliare queste *memorie* per liberarci da tanti malesseri, paure, angosce, sensi di vergogna, di repulsione, di impotenza, etc.

Come fare?

In tali casi sarà necessario ricollocare quella *situazione* nel suo ambito cronologico: a quale età, in quale anno, in quale momento? Si visualizzeranno le circostanze, il luogo, le parole dette, i gesti, le sensazioni provate. Rivivendo la situazione, potrà rivelarsi salutare esprimere il non-detto: un bisogno, la delusione, la tristezza, la collera, l'odio. E bisognerà permettere al paziente, se lo desidera, di rivivere tutto per potersene liberare.

Quando abbiamo registrato una minaccia, è il cervello limbico ad intervenire attraverso l'ipotalamo.

L'ipotalamo regge le attività del sistema neurovegetativo che, a sua volta, coordina le relazioni tra i visceri e presiede alla regolazione delle funzioni dette vegetative o automatiche,

ovvero indipendenti dalla nostra volontà cosciente (per esempio la respirazione, la circolazione, la digestione, la riproduzione cellulare, etc).

Il sistema neurovegetativo espleta questa sua attività attraverso due grandi circuiti: l'ortosimpatico, chiamato di solito "simpatico" e il "parasimpatico".

L'ortosimpatico stimola tutto ciò che è biologicamente fatto per mantenerci in stato di veglia e di potenziale combattività. E' quello che interviene nelle situazioni di stress.

Quanto al parasimpatico, stimola le nostre funzioni di riposo e di recupero; predomina quindi nel periodo di sonno.

Se uno di questi circuiti, per esempio l'ortosimpatico, è sottoposto ad un eccesso di attività a spese dell'altro, i sintomi che ne deriveranno saranno diversi: insonnia, perdita ponderale, perdita dell'appetito, aumento della pressione arteriosa, nervosismo: è ciò che viene chiamato stato di stress.

Se invece la predominanza nello stato di veglia va al circuito parasimpatico, il sistema nervoso si sintonizza su una frequenza più adatta al recupero, manifestando spossatezza, mancanza di energia, bisogno di riposare e di dormire, maggior bisogno di cibo.

L'ipotalamo governa anche il sistema endocrino, ovvero tutto ciò che ha a che fare con le ghiandole endocrine, quelle che secernono le loro sostanze direttamente nel sangue: tiroide, paratiroidi, surrenali, ghiandole genitali, ipofisi, che viene considerata la ghiandola principale giacché governa le precedenti.

L'ipotalamo ha soprattutto una funzione esecutiva: non analizza, non riflette per sapere se l'ordine è favorevole o no; si accontenta di eseguirlo.

L'ipnosi può intervenire in un processo di guarigione, fintantoché non c'è nessun filtro a bloccare il passaggio delle suggestioni proposte; non possiamo invece intervenire direttamente sull'ipotalamo se c'è un *segnale* di arresto archiviato nella memoria emozionale. Viceversa se il cervello limbico non ha nulla di preregistrato, l'informazione raggiunge l'ipotalamo che esegue.

La via della guarigione a volte deve necessariamente passare attraverso un processo che consiste nel cercare la causa del malessere, per riuscire a riconoscere il rimedio giusto: qualsiasi mezzo che si riveli utile a questo scopo sarà favorevole.

CONOSCERE I METAPROGRAMMI

Galasso e Sciacca³⁹ affermano che conoscere i meta programmi del nostro interlocutore ci consente di comprendere la sua mappa e prevedere le sue azioni e reazioni. Ciò significa poter instaurare relazioni basate sull'empatia e sul rispetto dei valori dell'altro⁴⁰.

Gli Autori aggiungono che i metaprogrammi, che si estraggono fondamentalmente dal linguaggio, non identificano ciò che la persona è, ma ciò che fa. La persona non è in un modo ma *si comporta* in un modo, usando un determinato meta programma e questo può variare a seconda dei contesti. Quindi è importante tenere in considerazione il contesto di riferimento all'interno del quale la persona mette in atto un comportamento.

Ulteriore precisazione: non esistono metaprogrammi giusti o sbagliati, buoni o cattivi, positivi o negativi; ma semplicemente più o meno funzionali rispetto alla situazione e all'obiettivo che si intende conseguire.

I metaprogrammi si dividono in:

- metaprogrammi a selezione primaria
- metaprogrammi a selezione funzionale
- metaprogrammi a selezione temporale

Metaprogrammi a selezione primaria

Rappresentano il primo filtro, il cui compito è effettuare una primaria scrematura del flusso di informazioni che proviene dall'esterno; restano tendenzialmente costanti nella vita di un individuo, dal momento che si formano intorno ai 6-7 anni d'età.

³⁹ R. Galasso, P. Sciacca: "*Capire gli altri con la PNL*", Ed. Franco Angeli, Milano, 2010.

⁴⁰ La realtà esterna non può essere processata nella sua interezza dal nostro cervello ma viene filtrata attraverso degli schemi operativi. Uno di tali filtri è quello dell'attenzione. Poiché siamo in grado di elaborare contemporaneamente fino ad un massimo di 7+/- 2 stimoli e poiché siamo *limitati* nella raccolta delle informazioni dall'esterno e nella trasformazione di queste al nostro interno, inevitabilmente dobbiamo operare delle scelte di priorità, delle scelte di attenzione. I metaprogrammi identificano, appunto, ciò a cui prestiamo più attenzione per effettuare tali scelte.

Sono 6:

- **Persone** (maggiore attenzione alle persone, anche se non le conosciamo)
- **Luoghi** (maggiore attenzione al luogo o comunque alla collocazione spaziale)
- **Cose** (maggiore attenzione agli oggetti e alla loro descrizione)
- **Informazioni** (maggiore attenzione ai “perché”)
- **Attività** (maggiore attenzione al come e cosa)
- **Tempo** (maggiore attenzione alla collocazione temporale)

Metaprogrammi a selezione funzionale

Si riferiscono alle capacità e influenzano il comportamento.

Essi sono molto più numerosi di quelli a selezione primaria e, soprattutto, non sono rigidi come i precedenti ma possono cambiare a seconda del contesto, del momento storico della persona o del settore della vita (lavoro, hobby, relazioni, etc.) poiché sono filtri che cambiano in base all'esperienza.

Inoltre, non si estraggono per quantità, ma ognuno di questi metaprogrammi offre delle alternative rispetto alle quali difficilmente un individuo manifesta una prevalenza netta.

Nella maggior parte dei casi i metaprogrammi si presentano come un dicotomia, ma in realtà tra i due poli opposti vi è un continuum all'interno del quale sono possibili svariate posizioni.

Di solito, infatti, proprio perché si tratta di filtri che cambiano in base al contesto, le persone tendono a posizionarsi su livelli intermedi rispetto alle opzioni possibili.

Difficilmente troveremo una persona che protenda esclusivamente per un'alternativa, per cui dovremo capire, attraverso domande mirate, quale sia il suo orientamento prevalente.

Questa mutevolezza ci aiuta a capire che non esistono metaprogrammi giusti e altri sbagliati, al massimo, dal momento che essi rappresentano dei filtri della nostra attenzione, potremo riscontrarne la funzionalità o meno rispetto alla situazione contingente.

Metaprogrammi a selezione temporale

Identificano il tipo di approccio che un individuo ha con il tempo, la pianificazione, la percezione dello scorrere delle cose. Rispetto ai metaprogrammi a selezione funzionale, questi si ripetono con maggior costanza, pur con una certa flessibilità dettata dal contesto in cui una persona si trova ad agire.

Si dividono in metaprogrammi

Tempo preferenziale (passato, presente futuro)

Gestione del futuro (subito/con calma, al momento giusto)

Tabella riassuntiva

METAPROGRAMMA	Tipologie
Approccio generale	Verso Via da
Riferimento	Interno Esterno
Canale di convincimento	Visivo Auditivo Cenestesico
Modalità di convincimento	Immediata Alcuni casi Per un periodo di tempo Consistente
Confronto	Uguaglianze Differenze
Modalità di motivazione	Necessità Possibilità
Chunk	Up (a specifico a generale) Down (da generale a specifico)
Focus di interesse	Persone Attività Posti Cose Informazioni

Altri elementi di riferimento

Orientamento all'acquisto	Costo Qualità Durata del tempo Convenienza
Orientamento	Introverso Estroverso Ambi verso
Attenzione situazionale	Compito Relazione Obiettivo Processo
Categorie percettive	Bianco e nero Sfumature
Rappresentazione di scenario (rispetto ai problemi, sfide. Opportunità, criticità)	Ottimista Pessimista
Adattamento alla realtà	Spontaneo Controllato
Presentazione sociale di noi stessi	Accorto ed abile Sincero e semplice
Orientamento	Se Altri
Tipo di reazione	Attivo/Proattivo Reattivo/Passivo
Filtro di affiliazione	Giocatori indipendenti Giocatori di squadra Giocatori prossimi
Risposta emotiva allo stress	Associato Dissociato Scelta Aggressiva Passiva Assertiva
Filtro del tempo	Passato/Presente/Futuro Breve/Medio/Lungo Termine Attraverso il tempo/Nel tempo

PROGETTARE UN PERCORSO: UTILIZZO DEI METAPROGRAMMI

Per motivare realmente una persona è importante conoscere quali sono le sue leve motivazionali e i suoi metaprogrammi (almeno quelli principali) e in base a questi agire e parlare in modo che egli riconosca tali leve e si senta da esse spinto ad agire.

Può sembrare assurdo, ma a volte suscitare la motivazione negli altri è semplicemente un fatto linguistico, cioè come ci esprimiamo con la persona.

Se le persone non si sentono coinvolte non presteranno attenzione neanche al contenuto. Per questo è importante utilizzare un linguaggio che riesca a suscitare l'interesse.

La motivazione ad apprendere deve essere stimolata e per farlo è importante conoscere i diversi filtri con cui si elaborano le informazioni e le forme linguistiche che riescono a motivare la persona ad agire.

Al paziente devono essere poste le domande giuste e devono essere ascoltate le risposte, perché da esse si evince la sua personale rappresentazione del mondo, la sua *mappa*.

E' importante saper riconoscere i metaprogrammi degli altri in modo da poter formulare frasi che riescano non solo ad attirare l'attenzione ma che motivino e incitino le persone ad agire.

Conoscere la mappa dell'altro significa possedere la chiave di accesso alle motivazioni che spingono un individuo ad agire in un modo piuttosto che in un altro e consente di orientare la sua scelta in una direzione piuttosto che in un'altra.

CAMBIAMENTO DELLE CONVINZIONI

Una volta conosciute le leve decisionali del paziente sarà più semplice progettare insieme il percorso terapeutico che possiamo definire il *ciclo di cambiamento delle convinzioni*.

Le fasi fondamentali di questo ciclo comprendono i seguenti stadi⁴¹.

1. Voler essere convinti. Il voler essere convinti ha a che fare con le aspettative e le motivazioni che abbiamo riguardo allo stabilire una nuova convinzione.

Quando “vogliamo essere convinti” di qualcosa, di solito è perché pensiamo che la nuova convinzione produrrà delle conseguenze positive nella nostra vita (ad es.: “*posso dimagrire*”).

Voler essere convinti di qualcosa vuol dire anche ammettere che non lo *crediamo* ancora: la nuova convinzione non ha ancora superato la “strategia di realtà” per poter essere inserita completamente nel nostro attuale modello del mondo.

2. Diventare aperti alla convinzione. Diventare aperti alla convinzione è un’esperienza entusiasmante e generativa, tipicamente accompagnata da un senso di libertà e dal desiderio di esplorare. Quando siamo “aperti alla convinzione”, non siamo ancora convinti che la nuova convinzione sia completamente valida.

Piuttosto stiamo raccogliendo e soppesando le evidenze che potrebbero avvalorarla (ad es.: “*posso farcela a patto che ...*”).

Essere aperti alla convinzione implica l’essere completamente immersi per raggiungere un risultato, con attenzione ai feedback che si ricevono.

Sappiamo di non crederci ancora, ma pensiamo: “forse è possibile”, “potrebbe essere”, “a che cosa assomiglierebbe la mia vita se adottassi questa nuova convinzione?”

⁴¹ R. Diltz, “*Il potere delle parole e della PNL*”, cit.

3. Essere convinti. Le generalizzazioni nelle quali “siamo convinti” formano il nostro sistema di convinzioni in via di sviluppo. Quando crediamo qualcosa (sia essa positiva o negativa; potenziante o limitante), ci affidiamo completamente a questa convinzione considerandola la nostra “realtà” corrente.

Agiamo congruentemente “come se” questa convinzione fosse vera per noi. E’ a questo punto che la convinzione assume le proprietà di autorealizzazione associate con il credere qualcosa (come nel caso dell’effetto placebo).

Quando noi crediamo completamente qualcosa, nella nostra mente c’è meno posto per domande o dubbi.

Spesso, quando tentiamo per la prima volta di adottare una nuova convinzione, essa entra in conflitto con le convinzioni preesistenti. Es. un bambino aperto alla convinzione “posso attraversare la strada da solo” prima potrebbe aver bisogno di abbandonare la convinzione che i suoi genitori hanno stabilito in precedenza, secondo la quale: “Non puoi attraversare la strada da solo, senza un adulto che ti aiuti”. Di conseguenza, il tentativo di adottare pienamente una nuova convinzione spesso può scatenare o rivelare conflitti e resistenze rispetto ad altre convinzioni, che sono già state definite e che ormai fanno parte del nostro sistema di convinzioni attuale.

4. Diventare aperti al dubbio. L’esperienza dell’essere aperti al dubbio è complementare a quella dell’essere aperti alla convinzione. Quando “siamo aperti al dubbio” siamo disposti a considerare che forse non sia conveniente conservare qualche convinzione alla quale siamo rimasti aggrappati per molto tempo.

Inoltre le errate convinzioni (e i fallimenti) del passato possono essere rivalutate come tappe evolutive che ci consentono di progredire.

5. “Il museo di storia personale”: **Ricordare di cosa si era convinti.** Quando smettiamo di credere qualche cosa, di solito non sviluppiamo una amnesia riguardo alla vecchia convinzione, né dimentichiamo di che cosa siamo stati convinti. Ricordiamo che eravamo convinti di qualcosa, ma sappiamo che ciò non ha più nessuna influenza significativa sui nostri pensieri o sul nostro comportamento: non si adatta più al nostro criterio di realtà.

6. Fiducia. La fiducia è il fondamento del processo naturale di cambiamento della convinzione ed è caratterizzata dalla sicurezza o dalla convinzione in “qualcosa di futuro e di contingente”. Sul piano emotivo, la fiducia è connessa alla speranza. Tuttavia, spesso la sensazione di fiducia è più forte della speranza. Ha a che fare con l’aspettativa che qualcosa accadrà, piuttosto che con la sola convinzione che potrebbe accadere.

La fiducia, in effetti, spesso è qualcosa sui cui dobbiamo contare quando non abbiamo prove.

Nel ciclo naturale del cambiamento delle convinzioni, la fiducia è rappresentata da uno stato che ci permette di andare oltre le nostre convinzioni; verso lo stato a partire dal quale le nostre convinzioni si sono originate.

L’esperienza dell’aver fiducia in qualcosa che sta al di là delle convinzioni per credere in un sistema più ampio, può servire a rendere il processo di cambiamento delle convinzioni più regolare, più tranquillo e più ecologico.

IL CAMBIAMENTO DELLE CONVINZIONI E GLI STATI INTERNI

Il nostro stato interno esercita un influsso importante sul cambiamento delle convinzioni.

I nostri stati interni si possono considerare, sotto molti aspetti, i contenitori delle nostre convinzioni. Se qualcuno si trova in uno stato positivo, ottimistico, è molto più difficile che conservi delle convinzioni negative e limitanti.

D'altronde, è difficile rimanere congruenti nei confronti di convinzioni positive e potenzianti quando il nostro è uno stato interno di frustrazione, delusione o paura.

Lo stato interno riguarda l'esperienza emozionale e psicologica che una persona sta vivendo in un particolare momento.

Gli stati interni determinano considerevolmente le nostre scelte riguardo al comportamento da assumere e alle nostre risposte. Di conseguenza, lo stato interno di una persona esercita un'enorme influenza sulla sua attuale "visione del mondo".

Il livello di eccitazione, ricettività, stress, etc., di un individuo determina il modo in cui possa riuscire effettivamente ad eseguire i suoi programmi mentali. I processi fisiologici profondi, come il ritmo cardiaco, il ritmo respiratorio, la postura del corpo, la pressione del sangue, la tensione muscolare, il tempo di reazione, la risposta galvanica cutanea, etc. accompagnano i cambiamenti nello stato interno di una persona, e influenzano sensibilmente la sua abilità di pensare e agire. Quindi, lo stato interno di un individuo produce importanti effetti sulla sua abilità di affrontare qualunque situazione.

Riconoscere e influenzare gli stati interni

E' possibile imparare a scegliere il proprio stato. Essere in grado di influenzare ed indirizzare il proprio stato incrementa la flessibilità individuale, determina una probabilità più alta di mantenere convinzioni e aspettative positive e di raggiungere i risultati desiderati. L'abilità di riconoscere gli stati utili e accedervi intenzionalmente in situazioni particolari ci permette maggiori possibilità di scelta riguardo al modo di sperimentare queste situazioni e di reagire ad esse.

Nella programmazione neuro-linguistica (PNL), i termini “*selezione dello stato*” e “*gestione dello stato*” si riferiscono all’abilità di scegliere e raggiungere lo stato più appropriato per una data situazione o per un determinato compito.

Una volta divenuti consapevoli dei fattori che stabiliscono e influenzano le caratteristiche dei nostri stati interni possiamo predisporli e “ancorarli” per renderli pronti all’uso.

Per riconoscere e capire meglio i nostri stati interni e per favorire lo sviluppo della vostra capacità di “selezionare” e “gestire” uno stato, è necessario imparare.

La PNL individua tre modi per farlo: l’*inventario delle posture*, l’*inventario delle submodalità*, e l’*inventario delle emozioni*.

Fare un inventario delle *posture* implica che si diventi consapevoli della postura di una persona, dei suoi gesti, della posizione degli occhi, dei suoi schemi di movimento e di respirazione.

Un inventario delle *submodalità* implica che si notino le submodalità sensoriali che sono più importanti nell’ambito della nostra esperienza sensoriale interna, per es., la luminosità, il colore, la dimensione e la posizione delle immagini mentali; il tono, il timbro, il volume e la posizione delle voci e dei suoni; la temperatura, la consistenza, l’area, etc.

Un inventario delle *emozioni* implica il tener conto dell’insieme delle componenti che costituiscono i nostri stati emotivi.

Sviluppare l’abilità di tenere gli inventari in tutti e tre i modi porta ad una maggiore flessibilità, insieme al gradevole beneficio di aumentare il controllo sugli stati psicologici in cui ci si trova.

OBESITA' ED IPNOSITERAPIA

Fatte queste premesse, che ci hanno introdotto al tema della conoscenza dell'*altro* e della sua *visione del mondo*, possiamo ora addentrarci nella discussione sul trattamento dell'obesità con ipnosi, partendo proprio da alcuni assunti riportati in precedenza.

Molti di questi aspetti andranno poi testati sul campo, attraverso numerose esperienze terapeutiche, con l'obiettivo di *personalizzare* il più possibile l'intervento che andrà *cucito su misura* per ogni singolo caso.

Le varie fasi di intervento che si succederanno risentiranno infatti, già nei primi incontri e poi durante le sedute ipnotiche, di *scelte* terapeutiche ritenute più opportune man mano che si approfondisce e si consolida il rapporto con il paziente.

Come già detto in precedenza, gli attuali orientamenti scientifici⁴² suggeriscono per l'obesità un trattamento multidisciplinare, nel quale può dare il proprio contributo anche l'ipnosi *combinata* con alcuni aspetti della terapia Cognitivo-comportamentale.

Nelle prime fasi sarà opportuno introdurre anche interventi di tipo educativo e sul tema del cambiamento con riferimenti al controllo degli impulsi, allo sviluppo delle abilità sociali e alla capacità di apprezzare il proprio corpo.

L'utilità terapeutica dell'ipnosi varierà per ciascun individuo a seconda di alcuni fattori: capacità attentiva, capacità immaginativa e rapporto di fiducia tra ipnotista e ipnotizzato, fondamentale per la realizzazione di un intervento ipnotico valido.

Il risultato varierà da persona a persona e questo dipende da diversi fattori tra cui per esempio lo stato d'animo, la concentrazione e la motivazione del paziente.

⁴² Kirsch I: "Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo in kirsch I, Capafons A, Cardena-Buelana E: "Clinical hypnosis and Self-regulation: cognitive behavioural perspective, Washington APA, 1999

Per abbinare il trattamento più adeguato è necessario considerare anche altre variabili tra cui la struttura psicologica e il funzionamento della personalità, la rete sociale che caratterizza la sua vita. Così, nel processo terapeutico vanno considerati non solo gli aspetti biologici, ma anche quelli psicologici e sociali.

Per quanto precedentemente detto, possiamo ritenere che il trattamento dell'obesità con ipnositerapia deve consistere nell'accompagnare la persona attraverso un viaggio nel proprio vissuto attraverso:

- una serena presa di coscienza delle proprie scelte e degli atteggiamenti che le sottendono;
- una guida nel processo di trasformazione di convinzioni che non le sono d'aiuto;
- un incoraggiamento a prendere decisioni che le siano favorevoli e che comportino il ristabilirsi dell'armonia e, di conseguenza, il ritorno alla serenità interiore;
- la ricerca (solo se richiesta ed in una fase successiva) di fattori nella storia personale che hanno potuto causare disarmonia e sofferenza, con liberazione di emozioni o sentimenti collegati a quegli atteggiamenti.

Tutto questo necessita di un clima di fiducia, di accoglienza, senza giudicare, in cui l'operatore può assumere il ruolo di consigliere, confidente, senza oltrepassare i limiti del suo status di *accompagnatore* nel percorso evolutivo.

Fasi del trattamento ipnotico

Partendo dal presupposto che i pazienti fanno spesso un utilizzo emotivo dell'alimentazione, associando il cibo alla percezione di stress e depressione⁴³, è opportuno compiere i primi passi verso un rasserenamento ed il raggiungimento di una maggiore autostima (che consentono anche

⁴³ Merati L, Ercolani R: *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*, Ed. Edra, 2015, pp. 297-314

maggior consapevolezza dei propri comportamenti), con rinforzo dell'io già dai primi incontri, prima di transitare ad una fase successiva di incoraggiamento verso un diverso stile di vita e una rieducazione nutrizionale.

I punti salienti del trattamento ipnotico dovranno pertanto essere i seguenti:

1. Neutralizzazione dell'ansia con visualizzazioni e suggestioni rilassanti
2. Rinforzo dell'io
3. Aumento dell'autostima
4. Modifica in positivo dell'immagine del proprio corpo
5. Incoraggiamento verso nuovi stili di vita
6. Proiezioni verso il futuro
7. Autoipnosi
8. Feedback periodici

I primi tre punti, oltre a contenere un'induzione standard con progressivo approfondimento dello stato ipnotico, hanno un elemento in comune che si può sintetizzare nel concetto di stima di sé.

Secondo Sovrnigo⁴⁴, la stima di sé può presentarsi con tre tipologie:

- realistica e fiduciosa: fatta dalla percezione dei propri doni, limiti e potenzialità
- prevalentemente negativa: come realtà di scarso o nullo valore (chiusure, scoraggiamenti, abbandoni, depressioni)
- compensatoria e creduta come reale: bisogno di essere superiore, immagine di sé grandiosa, sublime⁴⁵.

⁴⁴ G. Sovrnigo: "Come relazionarsi con sé stessi", Ed. EDB, Bologna, 2005

⁴⁵ In una persona gli elementi che aiutano a crescere sono, secondo André Rochais:

- bisogno di essere accolta
- essere creduta, quando si dice nel meglio di sé
- essere amata per quello che è, e non per quello che fa o per le soddisfazioni che dà

Per il paziente sarà opportuno raggiungere un'accettazione di sé, indipendentemente da qualunque giudizio morale; per partire poi da questo dato in direzione di un proprio progetto di vita che soddisfi criteri di ragionevolezza e di compatibilità con il proprio benessere e con quello altrui.

Le verbalizzazioni presentate in questa fase si baseranno sulla conoscenza dei metaprogrammi del paziente e tenderanno a stimolare una coraggiosa conoscenza del sé e a indurre fiducia (*in ognuno di noi esistono elementi ambivalenti, contraddittori ... occorre imparare a discernarli e ad accettarli con coraggio e umiltà ... sapendo che anche dopo periodi negativi, fallimenti e frustrazioni è sempre possibile ripartire con un sano comportamento ... vivendo il presente con la dignità che spetta ad ogni persona ... che sa gioire di attività diverse ... e con sensibilità ai bisogni altrui ...*).

Il concetto del valore sacro di ciascuno può essere poi approfondito successivamente durante il lavoro sull'immagine del proprio corpo che si modifica (*... quando impariamo ad amare ... quello che siamo... diventiamo capaci di accettare l'idea che il nostro corpo possa diventare più gradevole ... e possiamo anche proiettarci nel futuro ... e godere all'idea che è sempre possibile trovare soluzioni adeguate ... e allearsi con il meglio di noi stessi ... per una cura adeguata di sé ... nella ricerca di un senso valido per la propria vita*)

Per il punto 5, incoraggiamento verso nuovi stili di vita, si potrà introdurre l'idea che dietro un disagio spesso si incontrano i bisogni di base della persona e che da essi è possibile emergere con tutto ciò che si è trovato per passare all'alleanza con se stessi (*... si può cambiare a piccoli passi il*

-
- che si abbia fiducia in lei
 - che le si lasci prendere il suo posto ed esercitare il suo ruolo là dove vive
 - sentirsi al sicuro in mezzo a coloro che sono importanti per lei.

Se si vive verso la persona questo insieme di atteggiamenti, cioè un affetto vero, allora essa potrà esistere per chi è e per come è.

*proprio modo di stare al mondo ... accettando anche passi temporanei di regressione ... riconoscendo il negativo per contrastarlo e non gratificarlo nei comportamenti ...)*⁴⁶.

Per il punto 6 proiezioni verso il futuro, si può ricorrere all'utilizzo di tecniche di progressione temporale (ad. es. la "Time-line") con l'obiettivo di far vivere con anticipo il piacere del traguardo raggiunto, dell'essere stati capaci di stabilire relazioni costruttive e di accrescere la fiducia nelle proprie capacità. In tal senso potranno essere date le seguenti suggestioni, sui vantaggi di un peso ideale raggiunto: *(... ti accorgerai che sarà più facile mantenere negli anni il peso entro limiti accettabili ... insieme al peso ridurrai anche il rischio di molte patologie ... le comuni attività quotidiane diverranno meno faticose con un peso minore ... il ritorno ad un peso accettabile ti restituirà un'immagine più gradita e gratificante: potrai guardarti allo specchio e trovare un volto e un corpo gradevoli e ciò sarà sicuramente confortante e stimolante ... l'avvenuto successo e la capacità di possedere finalmente un peso ottimale sarà per te una iniezione di fiducia: indipendentemente dai chili persi, perdere peso e mantenere i risultati raggiunti rappresenta un successo che fa bene a chiunque ...).*

Nella autoipnosi il paziente, attraverso un esercizio costante che effettuerà inizialmente con il terapeuta e poi gradualmente da solo, impara a sviluppare ulteriormente l'immaginazione e può incrementare l'impegno a modificare il comportamento alimentare scorretto.

⁴⁶ Abraham Maslow ha descritto i bisogni dell'essere umano con un modello piramidale; secondo lui siamo "esseri di desiderio" il che spiega come, non appena un desiderio è soddisfatto, cerchiamo subito di soddisfarne un altro. I nostri bisogni sono gerarchizzati, ovvero quando vengono soddisfatti su un piano, si passa al piano seguente, accordando importanza a un determinato livello soltanto se i gradini inferiori sono stati soddisfatti. La piramide si divide in cinque piani:

- Primo piano: Sopravvivenza: bisogno di bere, mangiare, dormire
- Secondo piano: Sicurezza: bisogno di protezione
- Terzo piano: Relazioni: bisogni emozionali
- Quarto piano: Azione: bisogno di creare
- Quinto piano: Realizzazione (Spirituale): bisogno di servire

Il bambino che si sente abbandonato, messo da parte, può ripiegare su un oggetto consolatorio, come il pollice, il ciuccio o la "coperta" ed è ciò che continuerà a fare anche dopo: ogni volta che si sentirà triste, cercherà di consolarsi. Da adulto, così, si consolerà con la sigaretta, il cioccolato, i dolci a meno che non lo faccia con il gioco, le compere, l'alcool, le relazioni sessuali, etc.

In questa fase potranno essere utilizzate suggestioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi cui il paziente sia particolarmente sensibile, in modo da motivarlo ulteriormente e anche per offrirgli uno *strumento* rapido da utilizzare nei momenti di difficoltà

Il paziente può infine essere rassicurato sul fatto che su bisogni futuri di ulteriore sostegno potrà proseguire con un percorso di approfondimento o, se richiesto, con intervento psicoterapeutico.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Attraverso la consultazione delle ricerche più attuali, compresi i riferimenti Web, ho potuto avere conferma che l'ipnositerapia può ragionevolmente essere considerata un valido strumento nell'approccio multidisciplinare al paziente obeso e questa convinzione ha rappresentato il punto di partenza per avvicinarsi e approfondire l'argomento.

Nel presente lavoro ho cercato di mettere a frutto le conoscenze sull'ipnosi acquisite presso il Centro Granone cercando di integrarle con quelle della programmazione neuro-linguistica, tecnica appresa in precedenza.

Ne risulta un lavoro teorico, non supportato da esperienze cliniche (finora non numericamente significative nella mia esperienza personale), che tuttavia apre un possibile varco di approfondimento.

Occupandomi solo di obesità (e sovrappeso) il mio intento iniziale era quello di evitare, per quanto possibile, di *medicalizzare* la persona obesa, focalizzando l'attenzione sui limiti (spesso inconsapevoli) che ostacolano il processo di crescita individuale. Ci sono riuscito in parte perché mi sono reso conto che talvolta è necessario un approfondimento del vissuto della persona.

Nonostante ciò resto del parere che il terapeuta abbia il dovere, almeno nelle fasi iniziali, di limitarsi ad offrire il proprio contributo quale *accompagnatore-guida* in un percorso condiviso con il paziente, senza dover necessariamente proporre un trattamento psicoterapeutico.

Ho cercato di considerare le diverse variabili di approccio al problema, con riferimenti al funzionamento della personalità e alle possibili vie d'uscita da condizioni di en passe.

Il progetto terapeutico dell'ipnosi, così come l'ho inteso e attraverso le varie fasi che ho illustrato, è capace di attivare un processo di conoscenza e poi di consapevolezza del comportamento della persona per un fiducioso affidamento nelle proprie risorse.

Bibliografia di riferimento

- Bandler R., Grinder J.: *“I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson”*, Tr. It., Roma, Astrolabio, 1984
- Bandler R., Grinder J.: *“Ipnosi e trasformazione”*, Tr. It., Roma, Astrolabio, 1983
- Casiglia E.: *“Trattato di ipnosi”*, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova, 2015
- Casula C.: *“Giardinieri principesse porcospini”*, Ed. Franco Angeli Milano, 2002
- Del Castello E, Casilli C.: *“L’indizione ipnotica”*, Ed. Franco Angeli Milano, 1995
- Del Castello E, Loriedo C.: *“Tecniche dirette e indirette in ipnosi e psicoterapia”*, Ed. Franco Angeli Milano, 1995
- Diltz R.: *“Il potere delle parole e della PNL (Sleight of mouth)”*, versione italiana curata da Alessio Roberti Editore – collana NLP ITALY, Ugnano (BG), 2004
- Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S. I.: *“Tecniche di suggestione ipnotica”*, Tr. It. Roma, Astrolabio, 1979
- Faccio E.: *“Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie”*, Carocci, Roma, 2001
- Freeth Peter: *“Master Practitioner in PNL”*, versione italiana curata da Polo Didattico Srl, Frosinone, 2015
- Galasso R, Sciacca P.: *“Capire gli altri con la PNL”*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2010
- Garner D. M., Dalle Grave R.: *“Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell’alimentazione”*, Positive Press, Verona, 2002
- Goleman D.: *“Intelligenza emotiva”*, Ed. Rizzoli, Milano, 1996
- Granone F.: *“Trattato di ipnosi”*, Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale, con liberatoria UTET del 17/2/2009
- Kirsch I.: *“Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo in kirsch I, Capafons A, Cardena-Buelana E: “Clinical hypnosis and Self-regulation: cognitive behavioural perspective, Washington APA, 1999*

- Merati L, Ercolani R: “*Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*”, Ed. EDRA, Milano, 2015
- Nagar A: “*L’ipnosi nella terapia dell’obesità*”, Ed. Medico-Scientifiche, Torino, 2017
- Rainville C: “*Ogni sintomo è un messaggio*”, Ed. AMRITA, Giaveno (TO), 2000
- Montecchi F: “*Il cibo-mondo, persecutore minaccioso*”, Franco Angeli, Milano, 2009
- Palazzoni M. S.: “*L’anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*”, Feltrinelli, Milano, 1995
- Sassaroli S., Ruggiero G.M.: “*I disturbi alimentari*”, Laterza, Roma, 2010
- Sovernigo G: “*Come relazionarsi con sé stessi*”, Ed. EDB, Bologna, 2005