



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

**Anno 2024**

**IL RESPIRO DELLA MENTE**

**Ipnosi Clinica nella Depressione e Comunicazione Ipnotica in Psichiatria**

**Candidato**

Maria Grazia Giusti

**Relatore**

Dott. Ennio Foppiani

**La logica ti porta da A a B**  
**L'immaginazione ti porta ovunque**  
*Albert Einstein*

*Al mio caro babbo Nazzareno  
e ad Alberto*

## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>2. LA MIA ESPERIENZA NELL'UNITÀ OPERATIVA DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA DELL'OSPEDALE MAURIZIO BUFALINI DI CESENA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. DEPRESSIONE E IPNOSI.....</b>	<b>11</b>
3.1. Depressione .....	11
3.2. Ipnosi.....	13
3.3. Ipnosi applicata alla depressione .....	14
<b>4. IPNOSI CLINICA APPLICATA A PAZIENTI CON DISTURBI DEPRESSIVI.....</b>	<b>19</b>
4.1. Preambolo.....	19
4.2. Le scale di validazione .....	21
4.2.1. Scala di Hamilton per la depressione.....	21
4.2.2. Insomnia Severity Index.....	22
4.2.3. Scala di Hamilton per Ansia (Has) .....	22
4.3. I casi .....	22
4.3.1. Sandra .....	22
4.3.2. Gabriele .....	24
4.3.3. Giacomo.....	28
<b>5. CONCLUSIONI .....</b>	<b>35</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>37</b>
<b>ALLEGATO.....</b>	<b>39</b>
Hartland's Ego Strengthening Script.....	39
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUZIONE

Questo progetto nasce dal mio entusiasta tentativo di aiutare, attraverso la Comunicazione Ipnotica, i pazienti con disturbi mentali durante il loro percorso di cura nell'Unità Operativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Cesena, ove svolgo l'attività di infermiera.

Al di fuori dell'ambito ospedaliero, collaborando con uno studio privato di psicoterapia, ho avuto anche la possibilità di seguire alcuni pazienti che soffrono di depressione. Con queste persone ho applicato l'Ipnosi Clinica negli incontri che avvenivano al termine delle sedute di psicoterapia.

Poiché in queste attività ho interagito con numerosi pazienti che soffrono di patologie depressive, ho cercato di approfondire le conoscenze di questa malattia attraverso la partecipazione a specifici corsi di aggiornamento, lo studio di manuali di settore e con l'analisi dei più recenti studi scientifici tratti dalle banche dati che trattano questo argomento (American Journal of Clinical Hypnosis, PubMed ecc.).

Nel presente lavoro ho illustrato brevemente l'applicazione dell'approccio comunicativo che ho attuato con i pazienti con cui ho lavorato nell'ambito ospedaliero e approfonditamente la tecnica dell'Ipnosi Clinica che ho messo in atto con le persone con cui ho interagito nell'ambito privato.

Nel corso della collaborazione con lo studio privato della Psicoterapeuta Redina Gega, ho avuto l'opportunità di ricostruire le vicende cliniche dei pazienti integrando le informazioni ottenute mediante l'osservazione durante le sedute di ipnosi con quelle fornite dal vissuto del paziente e con i dati raccolti attraverso l'impiego delle scale di valutazione [Hamilton per la depressione, Hamilton per l'ansia e Insomnia Severity Index (ISI) per l'insonnia].

Ho concluso questo studio con un commento personale fondato su quanto osservato e su quanto suggerito dalla letteratura specializzata, cercando di evidenziare i punti di forza e gli elementi di debolezza riscontrati.

L'utilizzo delle scale di valutazione prima di ogni incontro, è stato molto utile per la conoscenza della persona e i suoi cambiamenti.

## **2. LA MIA ESPERIENZA NELL'UNITÀ OPERATIVA DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA DELL'OSPEDALE MAURIZIO BUFALINI DI CESENA**

La mia attività professionale di infermiera, esercitata nell'Unità Operativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Maurizio Bufalini di Cesena, consiste nell'assistere i pazienti che soffrono di disturbi mentali. Il mio supporto al loro percorso di cura è volto a fornire l'aiuto necessario al superamento dei problemi causati dalla loro patologia e dal particolare momento di vita che stanno affrontando.

Numerose e varie sono le patologie affrontate. Esse riguardano prevalentemente i disturbi dell'umore di differente gravità (depressione, mania, umore misto), del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) e della personalità (antisociale, borderline, istrionica, narcisistica, paranoide).

Sono anche frequenti i disturbi dovuti alle dipendenze da sostanze stupefacenti e alcool, le psicosi e le doppie diagnosi.

Il mio compito, come quello degli altri infermieri, è essenzialmente quello di accogliere i pazienti e facilitare il loro inserimento nell'ambiente ospedaliero, affrontare correttamente i singoli casi clinici e le relative problematiche, curare la corretta e non sempre facile assunzione delle terapie farmacologiche, individuare prontamente le eventuali emergenze che richiedono interventi immediati, nonché provvedere alle ordinarie medicazioni, ai prelievi ematici, al controllo dei parametri vitali, ecc.

Mi trovo a fronteggiare quotidianamente un ininterrotto e penoso flusso di vicende dolorose, ove la relazione con il paziente ha il ruolo predominante. Poiché il rapporto con il degente accompagna tutte le altre mansioni, è possibile affrontare e attenuare i disagi emotivi che si creano durante questo periodo della loro vita.

L'approccio comunicativo e relazionale che utilizzo con i pazienti deve sempre adattarsi alla singola persona, alla sua patologia e al momento specifico che sta vivendo. Può essere utile in certi casi stimolare i pazienti particolarmente ritirati o mutacici, oppure rassicurare i pazienti con angoscia, ansia o in preda a una crisi di agitazione psicomotoria. Non si dovrebbe contestare un delirio in fase

di scompenso psicotico e si dovrebbero porre dei limiti ai pazienti logorroici e agli argomenti ripetitivi. Un irrigidimento della relazione col paziente, utilizzando un atteggiamento duro e impositivo, potrebbe far precipitare il rapporto di fiducia. Anche un atteggiamento troppo permissivo può non essere efficace quando il paziente ha invece bisogno di fermezza e sicurezza.

La comunicazione è un atto che compiamo continuamente; tutto è comunicazione. “Non si può non comunicare” (Paul Watzlawick).

Da questo grande assioma sulla comunicazione si basa l'esigenza degli operatori sanitari di acquisire specifiche abilità comunicative da applicare nella relazione con il paziente.

La Comunicazione Ipnotica si basa sull'utilizzo consapevole delle parole. Esse hanno un enorme potere e permettono l'instaurarsi di una relazione di fiducia tra l'operatore sanitario e il paziente. Poiché le parole hanno un'azione neurofisiologica, è possibile guidare il paziente verso la percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo. La Comunicazione Ipnotica può essere utilizzata durante tutta la relazione terapeutica, anche senza la modifica dello stato di coscienza.

Mi sono resa conto dell'importanza che questo strumento comunicativo poteva avere per il mio lavoro fin dai primi giorni di frequenza del corso di formazione in “Comunicazione Ipnotica e Ipnosi Clinica” promosso dal Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale di Torino. Apprese le necessarie nozioni, ho iniziato subito a utilizzare la Comunicazione Ipnotica con tutti i miei pazienti. Ho cominciato a prestare molta attenzione alle parole, ai verbi e agli aggettivi da utilizzare con i pazienti con cui stavo interagendo, correggendo i miei errori con la consapevolezza che “una minima variazione nelle parole può fare la differenza” (Fabrizio Benedetti, La speranza è un farmaco).

Mi sono allenata nella ristrutturazione delle frasi in senso positivo, esponendo prima la notizia negativa e poi quella positiva, conscia che la seconda ha un maggiore impatto emotivo. Mi sono preparata a utilizzare parole, congiunzioni e intercalari per aumentare il benefico potere della mente del paziente sulla propria salute.

Per applicare correttamente la Comunicazione Ipnotica, al fine di aumentare

la fiducia e abbassare la critica nei confronti dell'operatore, ho seguito, uno dopo l'altro, la seguente serie precisa di passaggi:

- accoglienza;
- contratto terapeutico;
- indicazioni motivate;
- descrizioni;
- ricalco.

**Accoglienza** - Ho utilizzato questo stile comunicativo dall'ingresso del paziente in reparto, facendo particolare attenzione ad accoglierlo evitando qualunque giudizio ed utilizzando l'ascolto attivo e l'empatia. Ho cercato di interagire con una postura di apertura, non incrociando le braccia durante la conversazione e mantenendo una voce calma.

Essenziali nell'atteggiamento empatico del sanitario sono l'interesse e il rispetto. La sua premura nei confronti del sofferente si configura in un atteggiamento mentale di questo tipo: *«non so e non posso sapere cosa il malato pensa o sente in merito a quanto lo affligge, però tutto ciò che dice mi riguarda, è importante e va accolto senza condizioni e senza pregiudizi»*. Ed a questo atteggiamento positivo fa inevitabilmente da corollario un concreto rispetto dei valori umani e della dignità del paziente.

Nell'ascolto terapeutico ha importanza recepire non solo le parole, ma anche il silenzio: rispettare le pause, significa comprendere la necessità della persona in crisi di prendere fiato, di riflettere, di restare completamente assorta nel proprio dolore. In questi momenti l'ammalato non sente nulla, non si accorge di quanto gli accade intorno e, in preda a forti emozioni, non è in grado di accogliere eventuali informazioni. Ed in questi attimi, proprio il tacere dell'operatore gli fa sentire tutta la sua comprensione.

In definitiva l'ascolto empatico<sup>1</sup> del sanitario è assolutamente necessario al malato per sentirsi rassicurato nei confronti della propria sofferenza.

Per facilitare la comprensione e la comunicazione con l'assistito ho cercato

---

<sup>1</sup> Per questo argomento mi è stata particolarmente utile la lettura del libro: "Le parole sono finestre oppure muri" di Marshall Rosenberg.

d'individuare da subito il canale sensoriale principale che utilizza per comunicare ed esprimere il proprio vissuto, per poi utilizzarlo nella conversazione.

Ognuno di noi utilizza un modo particolare per percepire il mondo, per analizzarlo, per farlo proprio e per raccontarlo con le parole.

Le persone visive utilizzano principalmente un linguaggio legato alle immagini, quelle uditive sono maggiormente concentrate sui suoni, le cenestesiche si esprimono prevalentemente attraverso le sensazioni che provano.

Rilevante è stata anche l'osservazione della comunicazione non verbale (movimenti del corpo, postura, prossemica, espressioni visive) e paraverbale, (tono e timbro della voce, pause, silenzi e altre espressioni sonore).

**Contratto terapeutico** - Dopo aver accolto l'assistito ho stabilito con lui un obiettivo comune da raggiungere, stabilendo il percorso terapeutico ("lei ha bisogno di una cura e serve la sua collaborazione").

**Indicazioni motivate** - Ho accompagnato l'esperienza di cura del paziente utilizzando le indicazioni motivate, ovvero fornendo tutte quelle informazioni utili per comprendere le procedure operative e terapeutiche che si stanno compiendo ("se si siede qui, sarà più comodo e sarà più semplice e veloce l'esecuzione del prelievo").

**Descrizione** - Ho seguito la degenza del paziente, descrivendo chiaramente quello che avviene durante l'interazione, raccontando anche cose ovvie, soffermandomi sui particolari al fine di stimolare, ancora una volta, l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, allo scopo di creare una situazione di accettazione (campo affermativo).

**Ricalco** - Ho ulteriormente cercato di guadagnare la fiducia del paziente utilizzando il ricalco, adattandomi all'interlocutore, rivolgendo domande di chiarimento, facendo brevi sintesi e riformulando delle frasi.

Attraverso il ricalco si sottolinea l'esperienza del paziente, utilizzando i suoi sensi, dicendo ciò di cui si accorge.

Riporto di seguito alcune esperienze cliniche vissute nel mio reparto di cui ho un vivido ricordo.

**Compliance terapeutica** - Un problema che spesso si presenta nel mio

reparto è la scarsa adesione dei pazienti alla terapia farmacologica. Spesso succede che il paziente si oppone all'assunzione dei farmaci durante il ricovero, oppure, una volta dimesso, decide autonomamente di interrompere la terapia. Questo può avvenire a causa della non consapevolezza del proprio stato patologico o per la paura degli effetti collaterali dei farmaci. Diventa prioritario, in questi casi, creare un'alleanza terapeutica tra operatori e assistito, comunicando con un linguaggio semplice, chiaro e comprensibile l'importanza che la terapia farmacologica ha per la sua salute mentale. Un **ragazzo ventenne**, in procinto di essere dimesso dal reparto, mi ha detto "non voglio prendere il valium perché mi addormenta troppo e non riesco andare in palestra". Con l'obiettivo di trasmettergli fiducia nel farmaco gli ho risposto: "Tu puoi continuare con la palestra perché il dosaggio del valium che devi assumere è stato studiato dai medici per te. Assumendolo non avvertirai quella fastidiosa agitazione che non ti fa sentire bene e ti permetterà di continuare la tua vita godendoti appieno le tue passioni".

**La parola "immagina"** - L'utilizzo di alcune parole ha avuto un effetto veramente potente su alcuni miei pazienti. Ho inserito la parola "immagina" in alcuni dialoghi, associandola a quello che conoscevo della vita di alcuni di loro e a quanto ho osservato su come trascorrevano le lunghe ore delle giornate in reparto, ottenendo degli ottimi risultati. Una **ragazza adolescente**, con comportamenti autolesivi, una sera mi ha riferito di avvertire prima di coricarsi dei "brutti pensieri". Avevo spesso osservato che alla ragazza piaceva trascorrere varie ore guardando le trasmissioni televisive, così le ho detto: "così come col telecomando scegli quale canale guardare, perché non immagini di avere anche un telecomando per scegliere i tuoi pensieri? Quando questi "brutti pensieri" arrivano, scegli di cambiare canale e sintonizzarti su uno più divertente". La ragazza, visibilmente stupita, mi ha risposto di non avere mai pensato ai suoi pensieri in questi termini e qualche giorno dopo, mi ha riferito di aver ripetuto questo insolito dialogo interiore. Una **paziente quarantenne**, di bassa statura, che conosco da anni, appassionata, sin da bambina, alla danza classica, corre verso di me, urlante e agitata, affermando di non riuscire a fumare poiché l'accendino al muro è posizionato troppo in alto per la sua statura.

Dopo averla ascoltata e accolto la sua richiesta, ho accompagnato la ragazza nella stanza fumatori e le ho detto: “guarda attentamente il punto ove è posizionato l'accendisigari<sup>2</sup> e immagina di essere una ballerina che si alza in punta di piedi”. La ragazza ha così realizzato velocemente il suo obiettivo e mi ha ratificato il successo avvenuto con una esclamazione gioiosa.

**Agitazione psicomotoria** - Un ragazzo trentenne ha una agitazione psicomotoria che gli procura un'insonnia ostinata. Ha già assunto la terapia farmacologica serale, vista la difficoltà nell'addormentamento ha preso anche la terapia aggiunta. Continua a chiedere ulteriori farmaci aggiuntivi per riuscire a dormire e appare al quanto affaccendato ed irrequieto.

Mi sono avvicinata dicendogli: “Che ne dici se ci prendiamo qualche minuto e li dedichiamo a rilassare i tuoi muscoli, a respirare in modo consapevole, perché questo ti potrebbe aiutare. Guarda è una cosa semplicissima, ti guido a respirare per diminuire la tensione”. In poco tempo il ragazzo si è rilassato e, unitamente all'azione dei farmaci, si è addormentato.

**Lo schiocco alternato delle dita** - Si tratta di una tecnica non verbale che ho utilizzato per calmare in breve tempo i pazienti. Una **ragazza dai tratti autistici** con la quale il colloquio verbale è molto difficoltoso, presenta in maniera repentina delle crisi durante le quali corre in camera e si rannicchia nel letto, chiudendosi entrambe le orecchie con le mani. Non riesce ad esternare in altro modo le emozioni di quel penoso momento. Le sono stata vicina alternando lo schioccare delle dita alle sue orecchie. Questa azione le ha procurato rilassamento e calma. Un **ragazzo**, durante il turno notturno, riferisce di essere disturbato da pensieri continui, ripetitivi e rimuginativi che gli impediscono di prendere sonno. Cerca di contrastare questi disturbi ascoltando la musica, girovaga per il reparto sempre con le cuffie. Il paziente ha ottenuto un beneficio dallo schiocco alternato delle dita. Ora ha installato un'applicazione nello smartphone che simula lo stesso effetto uditivo calmante.

Ho tentato, senza successo, di applicare anche l'Ipnosi Clinica nell'Unità Operativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. I pazienti non sono sempre

---

<sup>2</sup> Molti nostri pazienti sono dei fumatori. Possono fumare all'interno di una stanza del reparto dotata di un accendi sigarette inserito nel muro.

stati collaborativi e molto spesso hanno mostrato difficoltà a focalizzarsi e a mantenere la concentrazione.

### 3. DEPRESSIONE E IPNOSI

#### 3.1. DEPRESSIONE

I disturbi depressivi sono caratterizzati da un umore deflesso, ovvero da una tristezza che può essere grave e persistente. Questa tristezza interferisce significativamente con lo svolgimento della vita quotidiana della persona. Uno degli aspetti distintivi della depressione è la perdita di interesse o di piacere in tutte le attività di un individuo, anche quelle che precedentemente risultavano appaganti.

Esistono diversi disturbi depressivi e il termine “depressione” è spesso usato per indicare una gamma di queste condizioni.

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali<sup>3</sup> classifica i disturbi depressivi in base a specifici sintomi, e include le seguenti categorie principali:

- 1) **disturbo depressivo maggiore** (depressione maggiore), caratterizzato da episodi di grave depressione che durano almeno due settimane e comportano sintomi come umore deflesso, anedonia e cambiamenti significativi nel sonno e nell'appetito;
- 2) **distimia o disturbo depressivo persistente**, una forma di depressione cronica meno intensa ma più duratura;
- 3) **altro disturbo depressivo specificato e non specificato**, include i disturbi depressivi che non rientrano nelle categorie precedenti ma che presentano sintomi significativi.

Il DSM-5 è uno strumento di classificazione generale che concentrandosi sui sintomi presentati, non tiene conto del contesto geografico e delle condizioni sociali del paziente. Oltre ai criteri basati sui sintomi, il DSM-5 fornisce anche una classificazione della malattia in base all'eziologia, ovvero la causa del disturbo, includendo:

- 1) **disturbo disforico premestruale**, caratterizzato da sintomi depressivi legati al ciclo mestruale;
- 2) **disturbo depressivo dovuto a una condizione fisica**, in cui la depressione

---

<sup>3</sup> American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione. DSM-5. Raffaello Cortina Editore. 2013.

è causata da una condizione medica sottostante;

- 3) **disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci**, in cui l'uso di droghe o farmaci contribuisce allo sviluppo dei sintomi depressivi.

Per una diagnosi di depressione maggiore, il DSM-5 richiede che cinque o più dei seguenti sintomi siano presenti contemporaneamente per almeno due settimane, rappresentando un cambiamento significativo rispetto al precedente livello di funzionamento della persona. Inoltre, almeno uno dei due sintomi principali deve essere un umore deflesso o una marcata perdita di interesse (anedonia).

I sintomi che vengono considerati sono i seguenti:

- 1) umore deflesso, per la maggior parte del giorno;
- 2) anedonia, ovvero perdita di interesse e di piacere per quasi tutte le attività;
- 3) perdita di peso o aumento ponderale significativi;
- 4) insonnia o ipersonnia;
- 5) agitazione o rallentamento psicomotorio. Il DSM li include entrambi, quindi si può anche essere più attivi mascherando e coprendo i sintomi di un disturbo depressivo;
- 6) affaticamento o perdita di energia;
- 7) sentimenti di auto svalutazione o di colpa eccessiva e inappropriata, quindi pensieri svalutanti del proprio Sé e un'immagine del Sé non corrispondenti alla realtà;
- 8) difficoltà di concentrazione o di prendere decisioni;
- 9) pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria.

I sintomi della depressione causano un disagio clinicamente significativo e compromettono il funzionamento in vari ambiti della vita, come quello sociale, lavorativo e relazionale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la depressione colpisce circa 350 milioni di persone in tutto il mondo. In Italia oltre 3 milioni di individui soffrono di questa patologia. Il numero di persone affette è aumentato del 18% tra il 2005 e il 2015, e si prevede che la depressione diventerà la prima causa di disabilità a livello globale.

Alla luce di questa previsione, ritengo che sia indispensabile avere sempre

più strumenti per affrontare questa patologia.

L'esordio si può manifestare a qualsiasi età ma i picchi di incidenza sono nella tarda adolescenza, 15-19 anni e tra i 25 e i 29 anni.

Il decorso della malattia è estremamente soggettivo. Molti pazienti sperimentano periodi di relativo benessere che spesso si alternano al ritorno dei sintomi.

Le donne risultano essere particolarmente vulnerabili con una prevalenza doppia rispetto agli uomini. I momenti critici sono quelli caratterizzati da significativi cambiamenti ormonali, come la pubertà, la gravidanza, il puerperio e la menopausa.

Fattori sociali, come la disoccupazione o la mancanza di relazioni stabili, possono amplificare la vulnerabilità alla malattia. Il pensionamento, il declino cognitivo, le comorbilità con altri tipi di patologie sono fattori che aumentano l'incidenza negli anziani.

### 3.2. IPNOSI

Franco Granone, fondatore del centro italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale, definiva l'ipnosi "una manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata" (1989).

L'ipnosi viene oggi descritta come una coscienza particolare, fisiologica, dinamica, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali. Ciò avviene per l'instaurarsi di monoideismi plastici e di una relazione privilegiata tra operatore e soggetto. Con monoideismo si intende la focalizzazione dell'attenzione, che dall'esterno viene spostata all'interno di sé stessi, su una sola idea e diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua in una esperienza fenomenica verificabile sul piano psicosomatico. Durante l'ipnosi si verifica una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico-intellettive. Il cervello abbassa la sua attività cosciente, razionale e attiva le aree emozionali, creative, inconsce. In questa condizione mentale il soggetto attinge in quel "magazzino" dove sono conservate tutte le capacità, le potenzialità e le risorse per potersene appropriare e mettere in atto quei comportamenti e pensieri risolutivi del problema che crea disagio.

Abbassandosi la parte razionale, con quella sua abitudine quotidiana di cercare tutte le risposte e di porsi mille domande, si risveglia la fantasia, la creatività, l'immaginazione della mente inconscia. Per comunicare con questa parte della mente, l'operatore utilizza il suo linguaggio, che non è un linguaggio logico, ma analogico ed è rappresentato dall'utilizzo delle metafore. Così si attiva l'immaginazione di un oggetto, di una situazione, e con essa si attivano le stesse aree cerebrali che si innescano quando la situazione è vissuta realmente. Nell'ipnosi clinica, il paziente è consapevole del processo ipnotico e vi partecipa; non tutti i pazienti sono ricettivi all'ipnosi, vari fattori possono influenzarne l'efficacia, come l'età, la personalità e le esperienze passate.

Le tecniche di neuroimaging come l'elettroencefalogramma (EEG), la risonanza magnetica funzionale (fRM) e la tomografia a emissione di positroni (PET) hanno dimostrato che l'ipnosi può indurre cambiamenti significativi nell'attività cerebrale. In particolare, si è osservato un incremento dell'attività nelle aree legate alla modulazione del dolore e alla regolazione delle emozioni.

In ipnosi è possibile amplificare o ridurre le sensazioni corporee, migliorare il sistema immunitario, neuroendocrino e neurovegetativo. Inoltre, l'ipnosi ha effetti positivi sul potenziamento della memoria, sulla gestione delle emozioni e sulla riduzione del dolore.

Le applicazioni cliniche dell'ipnosi abbracciano vari ambiti, tra cui la gestione di affezioni psicosomatiche, la depressione, l'ansia, i disturbi alimentari, le disfunzioni sessuali, le tossicodipendenze e il dolore. L'ipnosi può essere utilizzata anche durante interventi diagnostici invasivi e durante il parto.

### 3.3. IPNOSI APPLICATA ALLA DEPRESSIONE

L'ipnosi può essere un trattamento efficace per la depressione, in quanto aiuta a ripristinare l'equilibrio emotivo e psicologico del paziente. Si possono recuperare risorse interne come l'autostima e la fiducia in sé stessi e ridurre i sintomi depressivi come l'insonnia o l'umore deflesso. È importante anche per recuperare gli interessi personali e la progettualità futura. Inoltre, la persona può essere aiutata a sviluppare una maggiore consapevolezza del proprio stato emotivo, favorendo l'accettazione del presente, senza giudizio, così da poter

gestire meglio le proprie emozioni e progredire verso un cambiamento positivo.

A supporto dell'efficacia dell'ipnosi clinica nel trattamento della depressione, ho condotto una ricerca bibliografica. I dati contenuti nell'articolo "Hypnotherapy as Treatment for Depression: A Scoping Review" indicano che l'ipnosi clinica, con tecniche di rafforzamento dell'io, somministrata come trattamento aggiuntivo a vari tipi di psicoterapia, è risultata utile nel ridurre i sintomi della depressione. Si è dimostrata particolarmente utile nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

L'articolo "Cognitive hypnotherapy for major depressive disorder" evidenzia che dalla pubblicazione del numero speciale sull'ipnoterapia nel "Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly (1994) ci sono stati importanti sviluppi nell'applicazione dell'ipnosi per la cura dei disturbi depressivi. Tuttavia, non esiste un trattamento "taglia unica" per i disturbi depressivi, poiché le specifiche condizioni di ogni paziente rappresentano un insieme complesso di sintomi eterogenei che coinvolgono molteplici eziologie. È quindi importante promuovere un approccio multimodale.

Lo studio clinico randomizzato "The Effectiveness of Mindful Hypnotherapy on Depression, Self-Compassion, and Psychological Inflexibility in Females with Major Depressive Disorder: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial", pubblicato nel 2023, ha esaminato l'efficacia dell'ipnoterapia nelle donne con depressione maggiore. Trentaquattro partecipanti sono state assegnate in modo casuale ai gruppi di ipnosi e di controllo della lista d'attesa. Il gruppo di intervento è stato trattato in otto sessioni di terapia settimanale, insieme all'ascolto di nastri di autoipnosi consapevole da utilizzare quotidianamente. Le partecipanti trattate con l'ipnoterapia consapevole hanno mostrato miglioramenti significativi rispetto al gruppo di controllo, sia immediatamente dopo il trattamento sia durante il follow-up a due mesi. In particolare, questo studio indica che l'ipnoterapia consapevole è un intervento efficace nel ridurre l'inflessibilità psicologica e migliorare l'autocompassione nelle donne con disturbo depressivo maggiore.

L'analisi delle pubblicazioni che si sono susseguite nel corso degli anni, ha evidenziato come l'ipnosi si sia dimostrata costantemente un trattamento efficace e promettente. Gli studi del 1979 (Age Regression and Age Progression in

Psychotic and Neurotic Depression) hanno esplorato l'ipnosi in pazienti con depressione psicotica e neurotica attraverso la regressione dell'età.

Questo studio "A Benchmarked Feasibility Study of a Self-Hypnosis Treatment for Depression in Primary Care" del 2009, ha fornito chiare evidenze sull'efficacia dell'autoipnosi, considerandola un potente strumento per modificare percezioni, pensieri e comportamenti.

Michael D. Yapko nel 2010 mette in evidenza la presenza di lacune nella ricerca, sottolineando come, nonostante la crescente prevalenza della depressione, l'ipnosi sia raramente utilizzata. Ciò è dovuto, in parte, alla convinzione errata secondo cui l'ipnosi potrebbe essere pericolosa per i pazienti depressi. L'autore puntualizza il potenziale dell'ipnosi per "l'empowerment" ossia per aiutare i pazienti a sviluppare abilità nella gestione dell'umore.

Lo studio "Tranceformations: hypnosis in brain and body" del 2013 evidenzia il potenziale dell'ipnosi nel controllo delle emozioni e nel miglioramento del benessere fisico.

Una metanalisi del 2018 (A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis?) ha confermato l'efficacia dell'ipnosi nel miglioramento dei sintomi depressivi rispetto ai gruppi di controllo con risultati significativi a lungo termine (follow-up).

L'articolo "Using metaphors to build hope and hopefulness from depression" del 2024 esplora il più recente utilizzo delle metafore terapeutiche nel trattamento della depressione con particolare attenzione al concetto di speranza.

Un meritevole contributo per lo studio dell'ipnosi nella depressione lo si deve ad Assen Alladin che nel testo "Handbook of Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Evidence-Based Approach" fornisce un approccio terapeutico per il trattamento della depressione, integrando la terapia cognitivo comportamentale (CBT) con l'ipnosi. L'autore espone come queste tecniche possano essere utilizzate per modificare i pensieri disfunzionali e rompere i circoli viziosi che alimentano la depressione.

Assen Alladin descrive questa malattia come un disturbo complesso che può essere affrontato da diverse prospettive utilizzando il:

- Modello biologico che si focalizza sugli squilibri chimici del cervello, in

- particolare sul ruolo dei neurotrasmettitori come la serotonina e la dopamina;
- Modello psicologico che esamina la depressione come il risultato di conflitti interni, traumi o fattori di stress ambientali. I trattamenti psicologici sono strumenti per esplorare la radice dei problemi mentali e aiutare i pazienti ad elaborare le loro esperienze;
  - Modello cognitivo ove sostiene che i pensieri negativi, distorti e gli schemi di pensiero disfunzionali sono alla base della depressione. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) viene esposta come uno degli approcci più efficaci per aiutare i pazienti a riconoscere e cambiare questi schemi di pensiero. La CBT mira a rompere il ciclo dei pensieri negativi, emozioni e comportamenti che mantengono la depressione;
  - Modello Integrato che viene presentato come un approccio olistico, che combina elementi biologici, psicologici e cognitivi per trattare la depressione in modo completo. L'autore sottolinea come un trattamento integrato, che include la farmacologia, la psicoterapia e approcci complementari come l'ipnosi, possa essere particolarmente utile.

Assen Alladin approfondisce la teoria cognitiva per il trattamento della depressione, sostenendo che i pensieri automatici negativi (ruminazioni) e le distorsioni cognitive sono i principali fattori scatenanti e mantenitori della malattia.

Con i pensieri automatici il paziente si concentra ripetutamente su pensieri negativi. Il rimuginio possiede le seguenti caratteristiche: è verbale, è astratto, è negativo ed è perseverante. Funziona come un circolo vizioso che è difficile da interrompere, inizia con un pensiero automatico che diventa rimuginio e questa situazione innesca l'ansia che a sua volta rafforza il rimuginio.

Le distorsioni cognitive sono delle interpretazioni irrazionali della realtà. Le persone depresse hanno molto spesso in comune alcune distorsioni quali, ad esempio, il pensiero tutto o niente in cui vi è una visione delle cose in termini assoluti, senza sfumature (o sono perfetto o sono un fallito). Nei pazienti possono anche essere presenti la svalutazione del positivo che tende a minimizzare o ad ignorare gli aspetti positivi della propria vita e il catastrofismo, ove vengono ingigantiti gli aspetti negativi.

L'obiettivo della terapia cognitiva è quello di insegnare ai pazienti come

riconoscere i pensieri automatici negativi e le distorsioni negative attraverso la ristrutturazione cognitiva. Con l'utilizzo di tecniche quali la verifica delle evidenze e la rivalutazione delle convinzioni, i pazienti possono imparare a sostituire i pensieri disfunzionali con pensieri più realistici e positivi. L'autore sottolinea più volte l'importanza dell'ipnosi come integrazione e completamento della CBT, sottolineando come possa migliorarne l'efficacia, permettendo ai pazienti di accedere a risorse mentali che altrimenti resterebbero inaccessibili.

Assen Alladin ha il merito di aver introdotto un modello innovativo chiamato Modello di Feedback Circolare della Depressione (CFMD), nel quale spiega come l'ipnosi può promuovere il benessere emotivo andando ad alterare il ciclo in cui i pensieri e le emozioni depressive si rinforzano a vicenda.

Alladin sottolinea l'importanza di formulare un piano di trattamento individualizzato, partendo da una valutazione accurata del paziente che include la comprensione delle problematiche, le distorsioni cognitive, i pensieri automatici negativi e gli schemi profondamente radicati del paziente. Propone inoltre, una tecnica per affrontare i sintomi acuti e immediati in una sorta di pronto soccorso per fornire un sollievo temporaneo, come consentire al paziente di esprimere i propri sentimenti in modo sicuro, spiegargli il ciclo della depressione per favorire la consapevolezza, incoraggiare un cambiamento di postura per influenzare lo stato emotivo e l'utilizzo di immagini positive.

L'ipnosi, quindi, facilita il processo di ristrutturazione cognitiva, permettendo al paziente di interrompere le ruminazioni e creare pensieri più realistici e positivi.

Altri aspetti su cui agire possono essere la stimolazione dell'attivazione comportamentale, insegnare come affrontare l'isolamento sociale e migliorare le interazioni interpersonali. Anche l'integrazione della mindfulness può essere di aiuto per promuovere l'accettazione di sé e la consapevolezza del presente da cui ripartire.

La ricerca è ancora in fase di sviluppo, tuttavia il potenziale dell'ipnosi nel trattamento della depressione è sempre più riconosciuto e rappresenta un'opzione valida o un complemento alle terapie farmacologiche e psicologiche.

## 4. IPNOSI CLINICA APPLICATA A PAZIENTI CON DISTURBI DEPRESSIVI

### 4.1. PREAMBOLO

Collaborando con uno studio privato di psicoterapia ho proseguito il mio percorso applicando l'ipnosi clinica a persone con disturbi depressivi, con l'obiettivo di verificare l'efficacia che questo strumento può avere nel miglioramento della qualità della loro vita.

Gli incontri si sono svolti nello studio dove i pazienti avevano appena terminato la seduta di psicoterapia. Essi erano stati precedentemente informati dalla psicoterapeuta della mia ricerca ed avevano accettato di partecipare al progetto con entusiasmo.

La psicoterapeuta, sempre presente durante gli incontri, mi ha descritto, prima dell'applicazione dell'ipnosi clinica, le caratteristiche della persona e le sue difficoltà in modo da poterle utilizzare per identificare uno specifico percorso.

Durante l'incontro con i pazienti, ho seguito la struttura del processo ipnotico di seguito riportata.

- **Pre-induzione.** È una prima fase di conoscenza, in cui, oltre a presentarmi, ho spiegato alla persona davanti a me come si sarebbe svolto il nostro incontro e, in particolare, le ho raccontato come questa nuova esperienza le avrebbe donato un piacevole stato di benessere psico-fisico. Ho anche evidenziato che durante l'ipnosi clinica non si verifica una perdita di controllo ma, al contrario, è possibile potenziarlo, sfruttando le incredibili capacità della mente umana. In questa fase ho inoltre cercato d'individuare i canali comunicativi preferenziali e di sottolineare l'importanza della sua collaborazione. Ho completato la raccolta delle informazioni sul paziente ponendogli dei quesiti per individuare le risorse da utilizzare durante l'ipnosi (occupazione, hobbies) e infine ho somministrato le scale di valutazione [Hamilton per la depressione, Hamilton per l'ansia e Insomnia Severity Index (ISI) per l'insonnia].
- **Induzione ipnotica**, che letteralmente significa "portar dentro". Questa fase rappresenta la porta d'ingresso verso lo stato ipnotico in cui il paziente sperimenta cambiamenti nelle sensazioni, nelle percezioni, nei pensieri e nei comportamenti. Con l'induzione avviene una destabilizzazione della

coscienza ordinaria per ottenere una condizione particolare ma fisiologica. Si verifica un abbassamento o modificazione degli stimoli esterni, un abbassamento progressivo della criticità, cioè della resistenza della parte razionale della persona, per permettere a quella più creativa di realizzare le immagini proposte con le suggestioni e quindi i monoideismi, infondendo una gradevole e crescente sensazione di benessere.

Per procedere all'induzione sono disponibili diverse tecniche, anche lo stile utilizzato può variare ed essere, per esempio, più materno o paterno, più o meno diretto, autoritario o permissivo. Tutte le tecniche hanno comunque in comune il seguente schema di base:

- focalizzare l'attenzione su uno stimolo esterno o interno (ho privilegiato le tecniche fissa un punto, apri e chiudi gli occhi e la focalizzazione sul respiro);
- osservare e descrivere al paziente quello che l'operatore vede o sente, utilizzando delle affermazioni reali allo scopo di abbassare le resistenze (vedo che i tuoi occhi sono chiusi e le tue mani sono appoggiate sulle cosce);
- ricalcare ciò che la persona può percepire (puoi sentire l'aria che entra e l'aria che esce dal naso);
- suggestioni percettive e sensoriali (quando gli occhi si chiuderanno starai davvero bene);
- ratificare l'esperienza, ovvero rendere il paziente consapevole della modifica di quella percezione (e ora che il ritmo del tuo respiro è cambiato).

Otteniamo una trance ipnotica quando si verifica un cambiamento nell'aspetto fisico e/o nel comportamento del paziente quando si manifesta almeno una dei seguenti fenomeni genuini:

- catalessi delle palpebre;
- rilassamento muscolare;
- modifica del respiro;
- rallentamento dell'eloquio;
- distensione della muscolatura facciale;

- variazione del tono della voce;
- sguardo assente o fisso;
- ecc.
- **Corpo dell'ipnosi.** Questa fase rappresenta il momento centrale dell'ipnosi clinica per raggiungere l'obiettivo ricercato (controllo dell'ansia, miglioramento del sonno, aumento dell'autostima) e rappresenta il momento ove è possibile recuperare energie e risorse. Il processo si attua con la verbalizzazione di metafore, suggerendo un'immagine o una particolare situazione.
- **Ancoraggio.** Con un gesto simbolico si insegna al paziente ad andare in autoipnosi per poter rivivere l'esperienza in autonomia.
- **Deinduzione.** Rappresenta il riorientamento del paziente e consente un graduale ripristino della coscienza ordinaria.
- **Verifica dell'esperienza vissuta.** In questa fase si chiede alla persona di condividere le sensazioni provate e viene testato l'ancoraggio.

## 4.2. LE SCALE DI VALIDAZIONE

### 4.2.1. *Scala di Hamilton per la depressione*

Queta scala rappresenta uno valido strumento utilizzato per valutare la gravità della depressione, i cambiamenti dei sintomi nel tempo e l'efficacia dei trattamenti. La scala è composta da una serie di domande predisposte allo scopo di indagare i sintomi depressivi e si basa su 21 variabili: umore depresso, sentimenti di colpa, pensieri suicidi, insonnia iniziale, insonnia centrale e insonnia ritardata, lavoro e interessi, rallentamento, agitazione, ansia psichica, ansia somatica, sintomi somatici gastrointestinali, sintomi somatici generali, sintomi genitali, ipocondria, perdita di peso, insight, variazioni diurne, depersonalizzazione e derealizzazione, sintomi paranoidei, sintomi ossessivi e compulsivi. Ad ogni variabile viene attribuito un punteggio e la somma dei punteggi ottenuti fornisce la valutazione della gravità della malattia, suddividendola in depressione lieve, moderata o grave.

#### 4.2.2. *Insomnia Severity Index*

Si tratta di un breve questionario composto da 7 domande atto a valutare l'intensità dell'insonnia nelle ultime due settimane. La somma dei punteggi fornisce un indice della gravità e dell'impatto del disturbo sulla vita del paziente.

#### 4.2.3. *Scala di Hamilton per Ansia (Has)*

È un utile strumento di valutazione per misurare l'intensità dell'ansia, monitorare la sua progressione nel tempo e valutare l'efficacia di un trattamento. È composta da 14 domande che esaminano una vasta gamma di sintomi e manifestazioni dell'ansia che il paziente manifesta negli ultimi giorni. I sintomi analizzati sono: ansia, tensione, paura, insonnia, difficoltà nella concentrazione e nella memoria, umore depresso, somatico muscolari, somatico generali, cardiovascolari, respiratori, gastrointestinali, genito-urinari, neurovegetativi e comportamentali durante il colloquio. Ogni domanda è valutata su una scala da 0 a 4, dove 0 rappresenta l'assenza di sintomi e 4 la presenza di sintomi molto gravi. Più il punteggio totale è alto e maggiore è la gravità del disturbo.

La scala di Hamilton per ansia può essere usata anche per gli attacchi di panico, aggiungendo un'ulteriore scheda che valuta la gravità degli stessi.

### 4.3. I CASI

#### 4.3.1. *Sandra*<sup>4</sup>

Incontro svolto il 04/10/2024. Per questo caso ho avuto le seguenti informazioni dalla psicoterapeuta:

- ragazza di 23 anni, sta terminando gli studi universitari in Scienze dell'Educazione con ottimi voti;
- vive sola;
- ha avuto una relazione sentimentale durata parecchi anni e al suo termine ne ha iniziata subito un'altra, non è felice in questa relazione ma non riesce a prendere una decisione. Questo stato le procura tristezza e ansia;
- Non assume una terapia farmacologica.

---

<sup>4</sup> Nome di fantasia

Al mio arrivo, la ragazza mi accoglie con un sorriso, è di statura normale e dalla corporatura robusta, ha i capelli biondi, corti e ben curati. Dopo la presentazione e la spiegazione dell'ipnosi clinica, nella pre-induzione, mi riferisce di "sentirsi in gabbia" e che ama il contatto con la natura.

Dall'applicazione della scala sull'insonnia non emergono alterazioni, la scala di Hamilton per la depressione mette in evidenza una depressione lieve e la Has conferma il lieve stato d'ansia con punteggio 3 e l'umore depresso con punteggio 2.

Con l'obiettivo di ridurre l'ansia, ho fatto attenzione alle parole utilizzate, privilegiando il canale comunicativo cinestesico, soffermandomi sulle percezioni e sulle sensazioni del corpo e ho indotto Sandra utilizzando la focalizzazione sul respiro: "bene, adesso che hai gli occhi chiusi (descrizione) puoi sentire meglio il tuo corpo e ti chiedo di portare la tua attenzione sul tuo respiro. Osserva cosa si muove di più, molto bene, puoi sentire che il tuo torace si alza e si abbassa (ricalco). Bene, ogni volta che l'aria entra il torace si alza e ogni volta che l'aria esce il torace si abbassa. Ancora una volta, molto bene".

Ho proseguito applicando le suggestioni percettive: "potresti accorgerti di come il ritmo del respiro sta cambiando e che ogni volta che espiri sentirai che le spalle si abbassano un po' di più" e con la ratifica "e ora che il ritmo del tuo respiro è cambiato, è diventato più lento e tranquillo".

Ho qui inserito la suggestione del luogo sicuro: "puoi lasciare che la tua mente scelga di immaginare di trovarti in un luogo perfetto per te, dove tutto va bene e ti senti tranquilla, sicura e protetta. Il tuo luogo ideale. Dove nessuno ti chiede di fare nulla. Non importa che sia un luogo reale o del tutto inventato, la cosa importante è che tu sia completamente a tuo agio".

Sandra, con un cenno, mi ha dato la ratifica di essere riuscita ad immaginare la suggestione. Ho quindi proseguito: "ed è una sensazione di pace e benessere quello che ti trasmette questo posto (a Sandra sono uscite le lacrime) ci potrai tornare tutte le volte che lo desideri". A questo punto le ho insegnato il gesto dell'ancoraggio facendo il pugno con una mano e con calma l'ho guidata alla de-induzione e al riorientamento: "ora con calma, puoi tornare, fare un respiro profondo e aprire gli occhi".

Nella verifica Sandra mi ha raccontato che nel luogo sicuro, si trovava in un prato con i suoi genitori e sua sorella. Sandra ha espresso che è stata un'esperienza emozionante ed è rimasta particolarmente colpita poiché ha percepito chiaramente la stretta di mano dei suoi genitori.

Successivamente ho sfruttato la coda post-ipnotica e facendo eseguire alla ragazza il segno dell'ancoraggio, le ho chiesto di chiudere nuovamente gli occhi. Velocemente Sandra si è immersa nella suggestione precedente. L'ho invitata a riprovare tutte le sensazioni positive, sentire il calore delle mani dei suoi genitori. Per poi riorientarla nuovamente: "con un bel respiro fai entrare dentro di te tutta l'energia di quel posto, il calore delle mani della tua famiglia nei polmoni, nelle ossa, in tutte le tue cellule".

Non ho più incontrato Sandra, ma il suo riscontro è stato molto positivo, è stato per me emblematico come la sensazione di sentirsi in gabbia si sia trasformata in libertà e amore familiare.

#### 4.3.2. Gabriele<sup>5</sup>

Primo incontro svolto il 26/07/2024. Anche nel caso in esame riporto le informazioni fornite dalla psicologa:

- studente universitario di 27 anni, fuori corso in Scienze Naturali;
- vive con i genitori;
- ha una ragazza ma una rete sociale scarsa;
- in adolescenza aveva avuto il primo episodio depressivo con umore depresso e anedonia. In cura da lei da qualche settimana per una ricaduta degli stessi sintomi;
- Non assume una terapia farmacologica.

Giunta nello studio della psicologa, ho fin da subito notato nel ragazzo un'espressione del viso triste e una rigidità muscolare. Di statura piuttosto alta e leggermente in sovrappeso, vestiva in modo semplice e aveva un aspetto un po' trasandato.

Nella pre-induzione mi ha espresso il problema relativo agli studi universitari

---

<sup>5</sup> Nome di fantasia

utilizzando principalmente il canale comunicativo visivo (“non vedo la laurea, se penso al mio futuro vedo tutto grigio”). Quando gli ho chiesto degli hobbies, mi ha risposto che ha sempre avuto la passione per la fotografia anche se è ormai tanto tempo che non coltiva questa passione.

Dall'applicazione della scala Has emergono: tensione e sintomi muscolari, difficoltà nella concentrazione e umore depresso.

La scala Hamilton evidenzia: umore depresso e anedonia con un punteggio di depressione moderata.

Il mio obiettivo è stato quello di aiutare Gabriele ad accrescere l'autostima e diminuire l'anedonia attraverso il recupero delle sue risorse.

Ho tentato un'induzione sulla focalizzazione nel respiro ma non sono riuscita ad applicarla poiché il ragazzo non è stato in grado di concentrarsi sulla respirazione, ha affermato che si sarebbe agitato maggiormente. Il paziente ha riferito anche che in passato aveva fatto degli esercizi sulla respirazione ma senza successo.

Ho quindi optato per l'applicazione della tecnica induttiva “Fissa un punto”, questa volta con successo. In particolare, ho iniziato l'induzione invitandolo ad assumere una posizione comoda e dicendogli: “senza alzare la testa, cerca un punto preciso che sia davanti a te in alto, fissa quel punto con tutta l'attenzione di cui sei capace e non togliere lo sguardo dal punto che hai scelto”.

Gli ho descritto che in quella situazione lo sguardo solitamente va fuori fuoco e ho ricalcato la possibilità che avvenga l'affaticamento e si presenti il bruciore agli occhi con il desiderio di chiuderli: “e quando si chiuderanno starai davvero bene”. Rapidamente, ha chiuso gli occhi. Dopo aver effettuato la ratifica: “e ora che i tuoi occhi sono chiusi”, ho scelto di procedere con un rilassamento muscolare frazionato, con l'intento di ridurre quella rigidità che ho notato sin da subito. In particolare, ho fornito dei suggerimenti percettivi, guidando Gabriele a porre attenzione alla rigidità dei suoi vari muscoli per poi distenderli. Ho iniziato con i muscoli della nuca e del collo, per proseguire poi con quelli delle spalle, delle braccia, della schiena e di tutto il resto del corpo.

Una volta ottenuto il rilassamento totale, ho invitato il ragazzo ad immaginare una situazione molto bella per lui, facendo attenzione ad utilizzare un linguaggio

vago. Quindi gli ho chiesto di prestare attenzione a tutto ciò che vedeva, se erano presenti persone, animali o piante, alla presenza di luci, ai vari colori e alle sfumature.

Ho proseguito con l'ancoraggio e il riorientamento. Nella verifica Gabriele mi ha raccontato di aver visualizzato un'immagine vivida di sé stesso, era solo e scattava fotografie nei boschi. Era più giovane rispetto all'età attuale, la giornata era autunnale, soleggiata, con i colori delle foglie tipici di quella stagione. Era felice, e scattava foto ovunque, anche sopra un grande albero.

L'ho invitato a ripetere queste belle sensazioni con l'autoipnosi attraverso l'ancoraggio anche a casa.

Secondo incontro svolto il 13/09/2024. In questo incontro ho ripetuto l'induzione "fissa un punto" e il rilassamento muscolare progressivo. In seguito, prendendo spunto da quello che era emerso dall'incontro precedente, ho invitato Gabriele a pensare ai suoi piedi ben appoggiati a terra e ad immaginare che da essi partivano delle radici che si sviluppavano, come le radici di un albero, in profondità.

Ho proseguito con la suggestione metaforica dell'albero: "le radici dell'albero sono ben ferme, radicate nel terreno. L'albero non si sposta, nonostante le intemperie, il vento e la pioggia. Chissà quante ne ha passate quell'albero, eppure è ancora lì, fermo, saldo, forte, sicuro. Osserva i rami di questo bellissimo albero che vanno verso il cielo, le foglie che sono illuminate dal sole."

Prima del riorientamento, ho aggiunto una suggestione post-ipnotica, allo scopo di motivare la ripresa negli studi (Ego- Strengthening Script di Hartland): "e ora che sei così profondamente rilassato, che la tua mente è così ferma, lucida, ricettiva, sarai in grado di pensare in modo più chiaro, sarai in grado di concentrarti nello studio più facilmente. Di conseguenza la tua memoria migliorerà rapidamente. Così svilupperai molta più fiducia in te stesso".

Nel racconto finale Gabriele ha esternato un gran senso di pace e di benessere.

Resoconto scale: nella scala Has è emerso un miglioramento nella tensione motoria e muscolare e della concentrazione. La scala di Hamilton per la depressione evidenzia un miglioramento dell'anedonia e del rallentamento

motorio. Sono rimasti invariati gli altri item.

Non ci sono stati altri incontri.

Riflettendo sul mio lavoro con Gabriele, credo che avrei potuto approfondire maggiormente la metafora dell'albero, invitandolo ad immaginare di arrampicarsi su di esso per scattare fotografie. Lo avrei così indirizzato ad assumere una visione più distaccata dai problemi, ma anche più vasta con la possibilità di scegliere cosa guardare.

Le seguenti tabelle (4.3.2.1, 4.3.2.2 e 4.3.2.3) riportano i dati delle scale di validazione che hanno fornito dei risultati apprezzabili.

Tabella n. 4.3.2.1 - Scala di Hamilton per la Depressione (HDRS-21).

<b>Domanda</b>	<b>Prima seduta (26/07/2024)</b>	<b>Seconda seduta (13/09/2024)</b>
Umore depresso	4	3
Sentimenti di colpa	1	1
Suicidio	0	0
Insonnia iniziale	1	1
Insonnia centrale	0	0
Insonnia ritardata	0	0
Lavoro e interessi	3	2
Rallentamento psicomotorio	1	0
Agitazione	0	1
Ansia psichica	1	1
Ansia somatica	0	0
Sintomi somatici gastrointestinali	0	0
Sintomi somatici generali	1	0
Sintomi genitali	0	0
Ipocondria	0	0
Perdita di peso	0	0
Insight	0	0
Variazioni diurne	0	0
Depersonalizzazione e derealizzazione	0	0
Sintomi paranoidei	0	0
Sintomi ossessivi e compulsivi	0	0
<b>Punteggio totale</b>	<b>12</b>	<b>9</b>
<b>Gravità</b>	<b>Moderata</b>	<b>Lieve</b>

Tabella n. 4.3.2.2 - Scala di Hamilton per l'Ansia (HAS).

<b>Domanda</b>	<b>Prima seduta (26/07/2024)</b>	<b>Seconda seduta (13/09/2024)</b>
Ansia	1	0
Tensione	1	0
Paura	0	0
Insonnia	1	1
Difficoltà di concentrazione	3	2
Umore depresso	2	2
Sintomi somatici (muscolari)	1	0
Sintomi somatici (sensoriali)	0	0
Sintomi cardiovascolari	0	0
Sintomi respiratori	0	0
Sintomi gastrointestinali	0	0
Sintomi genito-urinari	0	0
Sintomi neurovegetativi	0	0
Comportamento durante il colloquio	1	0
<b>Punteggio totale</b>	<b>10</b>	<b>5</b>
<b>Gravità</b>	<b>Lieve</b>	<b>Lieve</b>

Tabella n. 4.3.2.3 - Questionario Insomnia Severity Index (ISI).

<b>Domanda</b>	<b>Prima seduta (26/07/2024)</b>	<b>Seconda seduta (13/09/2024)</b>
Difficoltà ad addormentarsi	0	0
Difficoltà a restare addormentato	0	0
Risveglio troppo precoce	0	0
Soddisfazione del sonno	2	2
Interferenza con efficienza diurna	1	0
Quanto è evidente agli altri il problema	0	0
Preoccupazione per il sonno	0	0
<b>Punteggio totale</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Gravità</b>	<b>Assenza</b>	<b>Assenza</b>

#### 4.3.3. Giacomo<sup>6</sup>

Protagonista di questo caso è un uomo di 58 anni, di statura alta e corporatura snella. Informazioni apprese dalla psicologa:

<sup>6</sup> Nome di fantasia

- ha sofferto di depressione in passato per l'insoddisfazione causata dal proprio lavoro;
- attualmente è in aspettativa non retribuita e ha chiesto un trasferimento in un altro ambiente di lavoro;
- il lavoro che svolge attualmente non lo realizza (tecnico informatico) e ha tentato senza successo di avviare altre attività;
- vorrebbe lavorare nella gestione e valorizzazione di collezioni d'arte;
- single con problemi di fiducia in sé stesso e negli altri;
- utilizza giornalmente una terapia farmacologica per un problema organico alla tiroide (Eutirox 100 mg). In passato ha utilizzato delle benzodiazepine (En) al bisogno, assumeva alcune gocce quando percepiva uno stato particolarmente ansioso.

Ho svolto con Giacomo 3 incontri, somministrando le scale ogni volta.

Primo incontro svolto il 26/07/2024. Presentandomi nel tranquillo ambiente dello studio, Giacomo mi accoglie cordialmente, ha un aspetto curato, abbigliamento sportivo, appare calmo e a proprio agio. Iniziata la fase preliminare di conoscenza, ha descritto la sua situazione e i suoi problemi con un linguaggio chiaro. Mi esprime la propria insoddisfazione lavorativa poiché i suoi talenti non vengono apprezzati. Mi colpiscono alcune frasi: “a me piace la libertà, nel mio lavoro da dipendente mi sento schiavo” e “quando sono al lavoro devo dare il massimo”. Incalzato dalle mie domande, mi racconta che, come hobbies, si dedica alla realizzazione di mostre d'arte e si rilassa aggiustando oggetti.

Prima di iniziare rifletto sui termini linguistici da utilizzare e decido di cambiare gli operatori modali con cui Giacomo si esprime, sostituendo l'espressione “devo” con la parola “posso” che regala una libertà di scelta. Giacomo utilizza un canale comunicativo principalmente cenestesico, secondariamente adopera anche i canali visivi e uditivi. L'obiettivo è quello di lavorare sul rinforzo dell'io per aumentare l'autostima e la fiducia, cercando di ridurre i sintomi ansiosi e l'insonnia.

Ho invitato Giacomo a trovare una posizione comoda e a chiudere gli occhi per poter ascoltare meglio la mia voce. Proseguendo con l'induzione, l'ho invitato a prestare tutta la sua attenzione al respiro, inspirando ed espirando più volte,

tenendo le mani appoggiate sull'addome ed esortandolo a lasciare che il respiro si prenda cura di lui, lasciando che il silenzio e il suono del respiro entri in profondità. Ottenuto un rilassamento profondo (ha piegato la testa su un lato che gli ho ratificato), ho proseguito con la suggestione mentale del luogo sicuro.

Dopo che il paziente ha confermato di essere entrato nella suggestione, attendendo qualche istante, gli ho mostrato l'ancoraggio: "unisci delicatamente il pollice e l'indice della mano sinistra, e ogni volta che ripeterai questo gesto riaccenderai in te le stesse sensazioni appena provate" e ho proceduto al riorientamento. L'incontro si è concluso con un racconto molto sentito da parte dell'uomo, il quale con entusiasmo mi ha riferito di aver provato delle sensazioni bellissime, talmente forti da sembrare reali. Ha proseguito il resoconto con una esposizione dettagliata del suo luogo sicuro, il mare, con tutti i suoi particolari. Entusiasta, ha raccontato che gli sarebbe piaciuto rimanere in questo luogo per un periodo più lungo. Questa ultima affermazione di Giacomo mi ha fatto riflettere sulla modalità di conduzione e sui tempi della sua attuazione. Ho pensato di prolungarli negli incontri successivi.

Secondo incontro svolto il 13/09/2024. In questo incontro ho mantenuto la focalizzazione sul respiro e la suggestione nel suo luogo sicuro. Essendo ormai a conoscenza dai racconti precedenti, ho aggiunto dei particolari per aumentarne le percezioni sensoriali cercando di sollecitare tutti i sensi. Quindi l'ho invitato a lasciarsi illuminare la testa dal sole, accarezzare il cuore, scaldare la pelle, tutti gli organi del corpo, ogni fibra, ogni muscolo, ogni cellula. Ho proseguito, guidando Giacomo in una passeggiata sulla spiaggia al fine di percepire l'arrivo delle onde, i suoni e l'odore del mare, il suo lento fluire: "Immagina di fare una passeggiata sulla spiaggia o nell'acqua del mare. Vai avanti, un passo dopo l'altro, un passo dopo l'altro. E mentre cammini senti l'aria del mare. Con ogni passo ti rilassi sempre di più e lasci andare i dubbi, le paure, i pensieri inutili, liberando la mente da tutto quello che non ti serve più. Lascia che l'acqua lavi via ogni tensione. Ti rigeneri, ti ricarichi di una sensazione di serenità e di fiducia. Ogni passo che fai ti porta verso una vita piena di gioia e di soddisfazione. Meriti tutto il bene che la vita ha da offrirti".

Ho concluso l'incontro col riorientamento, aggiungendo: "quando aprirai gli

occhi ti sentirai rinnovato, pieno di energia e pronto a vivere la tua vita con fiducia e amore. Ti sentirai rinnovato, come tutti quegli gli oggetti che sembravano vecchi, rovinati, magari non più utilizzabili e invece tu, con tanta pazienza e con tanta precisione, piano piano, un passo dopo l'altro li hai riparati, li hai guariti”.

Terzo incontro svolto il 17/10/2024. Visto il gradimento da parte di Giacomo e la buona riuscita delle modalità ipnotiche attuate in precedenza, le ho ripetute anche in questa occasione. All'interno del luogo sicuro ho aggiunto la metafora della roccia: “immagina una roccia lungo la riva del mare. È forte, stabile. Viene colpita dalle onde. E ogni onda la leviga, rendendola più liscia e luminosa”. Prima del riorientamento ho inserito alcune suggestioni del rinforzo dell'lo di Hartland (Script Ego-Strenght): “ogni giorno sentirai la tua forza crescere e sarai sempre più fiducioso nelle tue capacità. Ogni giorno, i tuoi nervi diventeranno più saldi, la tua mente più calma e lucida. Affronterai le situazioni con tranquillità e sicurezza, sentendoti sempre più a tuo agio e fiducioso in te stesso. Ogni giorno svilupperai una crescente fiducia nelle tue capacità, sapendo che puoi affrontare ogni sfida con sicurezza e determinazione. Ti sentirai sempre più sicuro godendo di una maggiore sensazione di benessere e di serenità. Sarai più felice, più soddisfatto e vedrai il futuro con ottimismo”.

In questo caso i suggerimenti sul benessere, sulla calma e sulla tranquillità hanno avuto effetti positivi sull'insonnia. Il paziente è stato entusiasta dell'utilizzo dell'autoipnosi. Nel secondo incontro, con la suggestione della camminata sul mare, ho aggiunto delle suggestioni atte a lasciare andare i pensieri inutili e proseguire la vita con fiducia. Infine, con la metafora della roccia e con le suggestioni sul rafforzamento dell'lo, ho lavorato sul miglioramento dell'autostima anche grazie alle risorse del paziente.

Le seguenti tabelle (4.3.3.1, 4.3.3.2 e 4.3.3.3) riassumono i risultati ottenuti con l'applicazione delle scale di validazione.

Tabella n. 4.3.3.1 - Scala di Hamilton per la Depressione (HDRS-21).

<b>Domanda</b>	<b>Prima seduta (26/07/2024)</b>	<b>Seconda seduta (13/09/2024)</b>	<b>Terza seduta (17/10/2024)</b>
Umore depresso	3	2	2
Sentimenti di colpa	2	2	1
Suicidio	0	0	0
Insonnia iniziale	1	1	1
Insonnia centrale	1	1	1
Insonnia ritardata	1	0	0
Lavoro e interessi	3	3	2
Rallentamento psicomotorio	1	1	1
Agitazione	1	1	1
Ansia psichica	2	2	1
Ansia somatica	2	2	1
Sintomi somatici gastrointestinali	1	1	1
Sintomi somatici generali	1	1	1
Sintomi genitali	1	1	1
Ipocondria	1	1	1
Perdita di peso	0	0	0
Insight	1	1	1
Variazioni diurne	1	1	1
Depersonalizzazione e derealizzazione	0	0	0
Sintomi paranoidei	1	1	1
Sintomi ossessivi e compulsivi	0	0	0
<b>Punteggio totale</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>18</b>
<b>Gravità</b>	<b>Moderata</b>	<b>Moderata</b>	<b>Moderata</b>

Le sedute hanno apportato dei lievi miglioramenti. I sintomi legati all'ansia e all'insonnia mostrano dei progressi.

Tabella n. 4.3.3.2 - Scala di Hamilton per l'Ansia (HAS).

<b>Domanda</b>	<b>Prima seduta (26/07/2024)</b>	<b>Seconda seduta (13/09/2024)</b>	<b>Terza seduta (17/10/2024)</b>
Ansia	2	2	1
Tensione	2	2	2
Paura	1	1	1
Insonnia	2	2	1
Difficoltà di concentrazione	2	2	1
Umore depresso	2	2	2
Sintomi somatici (muscolari)	2	2	1
Sintomi somatici (sensoriali)	1	1	1
Sintomi cardiovascolari	1	1	1
Sintomi respiratori	0	1	0
Sintomi gastrointestinali	1	1	1
Sintomi genito-urinari	1	1	1
Sintomi neurovegetativi	2	1	1
Comportamento durante il colloquio	2	1	0
<b>Punteggio totale</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>14</b>
<b>Gravità</b>	<b>Moderata</b>	<b>Moderata</b>	<b>Lieve</b>

Il punteggio è sceso col susseguirsi delle sedute. Giacomo ha ottenuto un miglioramento del controllo dell'ansia.

Tabella n. 4.3.3.3 - Questionario Insomnia Severity Index (ISI).

<b>Domanda</b>	<b>Prima seduta (26/07/2024)</b>	<b>Seconda seduta (13/09/2024)</b>	<b>Terza seduta (17/10/2024)</b>
Difficoltà ad addormentarsi	1	1	1
Difficoltà a restare addormentato	2	2	1
Risveglio troppo precoce	2	1	1
Soddisfazione del sonno	3	2	1
Interferenza con efficienza diurna	3	2	2
Quanto è evidente agli altri il problema	2	2	1
Preoccupazione per il sonno	3	2	1
<b>Punteggio totale</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>8</b>
<b>Gravità</b>	<b>Media</b>	<b>Sotto la soglia clinica</b>	<b>Sotto la soglia clinica</b>

Il paziente ha mostrato un miglioramento evidente dell'insonnia.

## 5. CONCLUSIONI

Nel presente studio sono state prese in considerazione la Comunicazione Ipnotica applicata ai pazienti con disturbi mentali ricoverati nell'Unità Operativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Cesena e l'Ipnosi Clinica applicata alle persone con disturbi depressivi durante il loro trattamento psicoterapeutico svoltosi presso uno studio privato.

Nel contesto psichiatrico ospedaliero le cure farmacologiche rimangono naturalmente l'approccio terapeutico principale; tuttavia, la comunicazione ipnotica e l'ascolto empatico si sono rivelati un valido aiuto nel creare un ambiente di fiducia, facilitando l'adesione dei pazienti alle terapie farmacologiche.

Uno degli aspetti più rilevanti che ho riscontrato nell'utilizzo della comunicazione ipnotica è stato l'aiuto nella riduzione dello stato d'ansia e di angoscia nei pazienti, favorendo una loro maggiore tranquillità. Si sono rivelate positive le relazioni in cui il paziente ha risposto con la sua collaborazione, le tecniche di respirazione hanno spesso favorito il rilassamento e facilitato l'accompagnamento al sonno notturno.

Le osservazioni compiute sui pazienti trattati nell'ambulatorio privato della Psicoterapeuta Redina Gega, pur rappresentando un campione limitato, hanno fornito degli importanti spunti di riflessione.

Le scale di validazione utilizzate hanno consentito di individuare sin da subito la gravità della patologia e nei casi in cui ho avuto la possibilità di seguire le persone per più di un incontro, hanno evidenziato un cambiamento positivo nel benessere della persona.

Nel caso di Gabriele è emerso un miglioramento della concentrazione, dell'anedonia e del rallentamento motorio.

Le sedute hanno apportato dei lievi miglioramenti anche a Giacomo. I sintomi legati all'ansia e all'insonnia hanno mostrato dei progressi. Si sono ottenuti anche dei miglioramenti nel controllo dell'ansia.

Nei resoconti, i pazienti hanno riferito di aver provato delle sensazioni di pace e tranquillità. Hanno inoltre gradito molto la possibilità di poter rivivere l'esperienza con l'autoipnosi.

Come ho evidenziato nella trattazione dei casi clinici, lo stato di rilassamento profondo associato alle suggestioni e all'applicazione dell'autoipnosi si sono dimostrati efficaci nella diminuzione dei sintomi ansiosi e dell'insonnia.

Per far emergere le risorse dei pazienti afflitti da depressione ho utilizzato, come suggerito anche dalla letteratura scientifica, degli strumenti utili a rinforzare la persona, a credere in sé stessi e a recuperare i propri interessi. In particolare, mi è stato molto utile applicare l'Ego-Strengthening Script di Hartland adattandolo alle singole persone. Inoltre, ho applicato le suggestioni con l'utilizzo di metafore per aumentare l'autostima.

Gli effetti dell'ipnosi clinica si sono rivelati più marcati sulla sintomatologia ansiosa rispetto a quella depressiva.

Al termine di questo lavoro devo riconoscere che per me è stato assai importante mettere a fuoco e riflettere su quanto sia assolutamente fondamentale scegliere le parole che utilizziamo quando ci rapportiamo con i nostri pazienti affinché possano sentirsi accolti e guidati nel cammino terapeutico che stanno vivendo. Ho assunto anche la consapevolezza, al di là delle conoscenze teoriche possedute, che la depressione non è solo un evento biologico da sconfiggere, ma una patologia che coinvolge l'intera persona ed impone un aiuto globale.

Poiché le potenzialità dell'ipnosi clinica sono ampie, auspico che tale strumento possa diffondersi sempre più sia in ambito ospedaliero sia in ambito extraospedaliero.

## 6. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. **Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali**, quinta edizione. DSM-5. Raffaello Cortina Editore. 2013.

Assen Alladin. **Cognitive hypnotherapy for major depressive disorder**. Am J Clin Hypn. 2012 Apr;54(4):275-93. doi: 10.1080/00029157.2012.654527. PMID: 22655331.

Assen Alladin. **Evidence-based cognitive hypnotherapy for depression**. *Contemporary Hypnosis*, 2009, 26.4: 245-262.

Assen Alladin. **Handbook of Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Evidence-Based Approach**. Lippincott Williams. 2007.

Burns GW. **Using metaphors to build hope and hopefulness from depression**. Am J Clin Hypn. 2024 Mar;66(1):48-60. doi: 10.1080/00029157.2023.2210178. Epub 2023 Jul 12. PMID: 37437142.

Consuelo C. Casula. **Giardinieri Principesse Porcospini**. Francoangeli. 2003.

David Gordon. **Metafore terapeutiche**. Astrolabio. 1992.

Dobbin, A., Maxwell, M., & Elton, R. (2009). **A Benchmarked Feasibility Study of a Self-Hypnosis Treatment for Depression in Primary Care**: Alastair Dobbin, Margaret Maxwell und Robert Elton. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 293–318. <https://doi.org/10.1080/00207140902881221>.

Fabrizio Benedetti. **La speranza è un farmaco**. Mondadori 2018.

Franco Granone. **Trattato di Ipnosi**. Volume 1 e 2. UTET. Sesta edizione. 1989.

Gravitz, M. A. (2007). **The Theory and Treatment of Depression: Towards a Dynamic Interactionism Model**. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 313–315. <https://doi.org/10.1080/00029157.2007.10524509>.

Khazraee H, Bakhtiari M, Kianimoghadam AS, Ghorbanikhah E. **The Effectiveness of Mindful Hypnotherapy on Depression, Self-Compassion, and Psychological Inflexibility in Females with Major Depressive Disorder: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial**. Int J Clin Exp Hypn. 2023 Jan-Mar;71(1):63-78. doi: 10.1080/00207144.2022.2160257. Epub 2023 Jan 30.

PMID: 36715628.

Kirsch, I. (2006). **Medication and Suggestion in the Treatment of Depression.** In M. D. Yapko (Ed.), *Hypnosis and Treating Depression: Applications in Clinical Practice* (pp. 271–280). Routledge/Taylor & Francis Group.

Marshall Rosenberg. **Le parole sono finestre oppure muri.** Esserci. 2003.

Maurizio Rabuffi, Filippo Petrucelli, Maria Novella Grimaldi. **L'ipnosi in Pratica.** Alpes. 2018.

McCann, B. S., & Landes, S. J. (2010). **Hypnosis in the Treatment Of Depression: Considerations in Research Design and Methods:** Barbara S. McCann und Sara J. Landes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 147–164. <https://doi.org/10.1080/00207140903523186>.

Milling, L. S., Valentine, K. E., McCarley, H. S., & LoStimolo, L. M. (2019). **A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis?** *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(3), 227–243. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1489777>.

Pang JWV, Subramaniam P, Amit N, Wahab S, Moustafa AA. **Hypnotherapy as Treatment for Depression: A Scoping Review.** *Int J Clin Exp Hypn.* 2024 Apr-Jun;72(2):155-188. doi: 10.1080/00207144.2024.2317193. Epub 2024 Feb 28. PMID: 38416132.

Sexton, R. O., & Maddock, R. C. (1979). **Age Regression and Age Progression in Psychotic and Neurotic Depression.** *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(1), 37–41. <https://doi.org/10.1080/00029157.1979.10403999>.

Spiegel D. **Tranceformations: hypnosis in brain and body.** *Depress Anxiety.* 2013 Apr;30(4):342-52. doi: 10.1002/da.22046. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23423952.

Yapko, M. D. (2010). **Hypnosis in the Treatment of Depression: An Overdue Approach for Encouraging Skillful Mood Management.** Michael D. Yapko. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 137–146. <https://doi.org/10.1080/00207140903523137>.

## ALLEGATO

### HARTLAND'S EGO STRENGTHENING SCRIPT

You have now become SO deeply relaxed SO deeply relaxed that your mind has become SO sensitive... and SO receptive to what I say that EVERYTHING that you allow into your mind... will sink SO deeply into the subconscious part of your mind ... and will make SO deep and lasting an impression there... that NOTHING will erase it. In this condition, your subconscious mind is NOW at the forefront; it is NOW readily accessible to my suggestions to you.

Consequently... these things that you allow into your subconscious mind... WILL begin to exercise a greater and greater influence over the way you THINK... over the way you FEEL... and over the way you BEHAVE.

And, because these things WILL remain... firmly imbedded in the subconscious part of your mind, after you have left here, when you are no longer with me... they will continue to exercise that same great influence over your THOUGHTS... your FEELINGS... and your ACTIONS... JUST as strongly... JUST as surely, JUST as powerfully... whether you are back at home, away, or at work... as when you are actually with me in this room.

You are now so VERY DEEPLY RELAXED... that EVERYTHING that I tell you... that is going to happen to you... FOR YOUR OWN GOOD... WILL happen... EXACTLY as I tell you. And EVERY FEELING... that I tell you that you will experience... you WILL experience, EXACTLY as I tell you. And these same things WILL CONTINUE TO HAPPEN TO YOU EVERY DAY, and you WILL CONTINUE TO EXPERIENCE these same feelings EVERY DAY... JUST as strongly... JUST as surely... JUST as powerfully... when you are back home, away, or at work... as when you are with me in this room.

As a result of this deep hypnotic rest... YOU are going to feel physically STRONGER and FITTER in every way. You will feel MORE alert... MORE wide awake... MORE energetic. You will become MUCH less easily tired... MUCH less easily fatigued... MUCH less easily discouraged... MUCH less easily depressed. EVERY DAY... you will become SO DEEPLY INTERESTED in whatever you are doing... that your mind will become COMPLETELY DISTRACTED AWAY FROM YOURSELF. You will no longer THINK NEARLY AS MUCH ABOUT YOURSELF... you will no longer DWELL NEARLY AS MUCH UPON YOURSELF AND YOUR DIFFICULTIES... and you will become MUCH LESS CONSCIOUS OF YOURSELF... MUCH LESS PRE-OCCUPIED WITH YOURSELF... AND WITH YOUR OWN FEELINGS. EVERY DAY your nerves will become STRONGER AND STEADIER... your mind CALMER AND CLEARER... MORE COMPOSED... MORE TRANQUIL... You will become MUCH LESS EASILY WORRIED... MUCH LESS EASILY AGITATED... MUCH LESS FEARFUL AND APPREHENSIVE... and MUCH LESS EASILY UPSET.

You will be able to THINK MORE CLEARLY... you will be able to CONCENTRATE MORE EASILY... You will be able to GIVE YOUR WHOLE, UNDIVIDED ATTENTION TO WHATEVER YOU ARE DOING... TO THE COMPLETE EXCLUSION OF EVERYTHING ELSE. Consequently... YOUR MEMORY WILL RAPIDLY IMPROVE... and you will be able to SEE THINGS IN THEIR TRUE PERSPECTIVE... WITHOUT MAGNIFYING THEM... WITHOUT EVER ALLOWING THEM TO GET OUT OF PROPORTION...

EVERYDAY... you will become EMOTIONALLY MUCH CALMER... MUCH MORE SETTLED...MUCH LESS EASILY DISTURBED. EVERY DAY... YOU will become... and YOU will remain... MORE AND MORE COMPLETELY RELAXED... AND LESS TENSE each day... both MENTALLY AND PHYSICALLY... even when you are no longer with me.

And AS you become... and AS you remain... MORE RELAXED... AND LESS TENSE each day... SO... you will develop MUCH MORE CONFIDENCE IN YOURSELF... more confidence in your ability to DO not only what you HAVE to do each day... but more confidence in your ability to do whatever you OUGHT to be able to do... WITHOUT FEAR OF FAILURE WITHOUT FEAR OF CONSEQUENCES... WITHOUT UNNECESSARY ANXIETY and WITHOUT UNEASINESS. Because of this... EVERY DAY... you will feel-MORE AND MORE INDEPENDENT. MORE ABLE TO STICK UP FOR YOURSELF... TO STAND UPON YOUR OWN FEET... TO HOLD YOUR OWN... no matter how difficult or trying things may be.

[INSERT SUGGESTIONS HERE]

EVERY DAY... you will feel a GREATER FEELING OF PERSONAL WELL-BEING... A GREATER FEELING OF PERSONAL SAFETY... AND SECURITY... than you have felt for a long, long time. And, because all these things WILL begin to happen EXACTLY as I tell you they will happen... they will happen much more RAPIDLY... much more POWERFULLY and much more COMPLETELY...AND, as a result you will feel MUCH HAPPIER... MUCH MORE CONTENTED... MUCH MORE OPTIMISTIC in every way. You will consequently become much more able to... RELY UPON... and... DEPEND UPON... YOURSELF... YOUR OWN EFFORTS... YOUR OWN JUDGMENT... YOUR OWN OPINIONS... You will feel... MUCH LESS NEED... to have to RELY UPON... or to DEPEND UPON... OTHER PEOPLE.

## **RINGRAZIAMENTI**

Un sentito ringraziamento va allo Psichiatra e Psicoterapeuta Dott. Ennio Foppiani per la pazienza, la cura e i preziosi suggerimenti con cui ha guidato il presente lavoro. Desidero esprimere anche una profonda riconoscenza alla Psicoterapeuta Dott.ssa Redina Gega, che ha generosamente condiviso la sua vasta esperienza. Un sincero ringraziamento è rivolto alla Dott.ssa Rosa Patrizia Sant'Angelo, Dirigente Medico-Psichiatria dell'Unità Operativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Bufalini di Cesena, per il suo contributo di esperienza e consigli.