

Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale

Tecniche, protocolli e casi clinici

Prefazione di Mark R. Davis

Enrico Rolla

GUIDE
PSICOLOGIA

 Erickson

IL LIBRO

IPNOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Questo è il primo manuale italiano dedicato all'ipnoterapia Cognitivo Comportamentale, un approccio che integra i principi e le tecniche della Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) con l'impiego dell'ipnosi basata sulle evidenze scientifiche.

Negli ultimi anni, numerose ricerche hanno mostrato come l'ipnosi possa potenziare gli effetti della TCC, favorendo il rilassamento, aumentando la motivazione al cambiamento, facilitando l'esposizione alle situazioni temute e migliorando l'apprendimento di nuove modalità di pensiero e di comportamento.

L'autore presenta un modello integrato sviluppato in oltre quarantacinque anni di esperienza clinica e formativa: una sintesi tra tradizione cognitivo comportamentale e moderne applicazioni dell'ipnosi. Ricco di riferimenti scientifici, esempi clinici e indicazioni pratiche, il volume si rivolge a psicologi, psicoterapeuti, medici e professionisti della salute mentale interessati a integrare l'ipnosi nella propria attività clinica secondo un approccio rigoroso, pragmatico e basato sulle evidenze.

L'ipnosi non
sostituisce la
Terapia Cognitivo
Comportamentale,
ma ne rappresenta
un prezioso
complemento
all'interno di un
modello scientifico
e orientato ai risultati.

L'AUTORE

ENRICO ROLLA

Psicologo e psicoterapeuta, da oltre quarantacinque anni si occupa di Terapia Cognitivo Comportamentale con particolare interesse per i disturbi d'ansia, gli attacchi di panico, le fobie, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'insonnia, l'assertività. Negli ultimi anni ha studiato l'integrazione tra ipnosi e TCC. Dal 1979 è direttore dell'Istituto Watson di Torino e Reggio Emilia.



€ 35,00



9 178885910482201

www.erickson.it

Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale

Tecniche, protocolli e casi clinici

Prefazione di Mark R. Davis

Enrico Rolla

GUIDE
PSICOLOGIA

 Erickson

L'AUTORE

ENRICO ROLLA

È psicologo, psicoterapeuta e direttore dell'Istituto Watson di Torino e Reggio Emilia, centro di psicoterapia e scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca, che dirige dal 1979.

Da oltre quarantacinque anni si occupa di Terapia Cognitivo Comportamentale, con particolare interesse per i disturbi d'ansia, gli attacchi di panico, le fobie, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'insonnia, l'assertività e, negli ultimi anni, per l'integrazione tra ipnosi e Terapia Cognitivo Comportamentale. Nel corso della sua attività clinica e di ricerca ha sviluppato un approccio fondato sulle evidenze scientifiche, integrando le tecniche ipnotiche con i principi della moderna Terapia Cognitivo Comportamentale.

Ha avuto l'opportunità di confrontarsi con alcuni dei principali esponenti della terapia comportamentale, tra cui Joseph Wolpe, contribuendo alla diffusione in Italia di questo orientamento attraverso l'attività clinica, la formazione e la divulgazione.

È autore di numerosi libri dedicati alla psicologia clinica e alla Terapia Cognitivo Comportamentale, tra cui *Piacersi non piacere*, *Ricomincia da te!*, *Il problema non è mio... è tuo!*, *Attacchi di panico*, *Insonnia*, *Ossessioni e compulsioni*, oltre ai logbook *Vincere il panico* e *Vincere l'insonnia*.

Ha inoltre ideato e realizzato la serie *The Fear Doctor*, pubblicata su YouTube, nella quale documenta il trattamento cognitivo comportamentale di persone con fobie intense, mostrando il percorso terapeutico attraverso casi clinici reali con finalità divulgative e formative.

Con questo volume presenta il primo manuale italiano dedicato all'integrazione tra Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale e pratica clinica, offrendo ai professionisti un modello operativo fondato sulla ricerca scientifica e sull'esperienza maturata in molti anni di attività terapeutica.

Indice

<i>Prefazione all'edizione italiana</i> (Mark R. Davis)	7
<i>Prefazione</i>	13
CAPITOLO 1	
Scoprire l'ipnosi	17
CAPITOLO 2	
Storia ed evoluzione dell'ipnosi	25
CAPITOLO 3	
Ipnosi e induzioni	47
CAPITOLO 4	
Ipnosi, deipnosi e autoipnosi	79
CAPITOLO 5	
L'ipnosi vigile	103
CAPITOLO 6	
La formulazione del caso	111
CAPITOLO 7	
Il dolore cronico	123
CAPITOLO 8	
La sindrome del colon irritabile	157
CAPITOLO 9	
Dipendenza dal fumo	173
CAPITOLO 10	
Emozioni e autostima: l'assertività	185
CAPITOLO 11	
Depressione	203
CAPITOLO 12	
Fobie	221

CAPITOLO 13	
DOC e tricotillomania	241
CAPITOLO 14	
Disturbi di panico e agorafobia	263
CAPITOLO 15	
Disturbi alimentari	277
CAPITOLO 16	
Disturbi sessuali	291
<i>Conclusione</i>	311
<i>Appendice</i>	315
<i>Bibliografia</i>	323
<i>Ringraziamenti</i>	331

Prefazione all'edizione italiana

Molti anni fa Donald Meichenbaum — uno dei fondatori della Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) e tra gli psicoterapeuti più influenti degli ultimi cinquant'anni — fece un'arguta e ironica osservazione: lo scopo della CBT è impedire al terapeuta di deprimersi.

Come molte battute ben riuscite, contiene una seria verità.

Il terapeuta che non ha strumenti pratici, che non intravede un percorso plausibile di cambiamento e non ha modo di aiutare il cliente a sperimentare nuove risposte, può facilmente diventare un testimone della sofferenza, invece che contribuire alla guarigione. L'ho visto accadere. L'ho vissuto io stesso, all'inizio della mia carriera. Ti siedi di fronte a qualcuno che vive un disagio autentico e ti rendi conto, con un certo imbarazzo, di essere più attrezzato a comprendere il suo problema che ad aiutarlo a fare qualcosa di diverso per risolverlo. Quel particolare tipo di impotenza è più comune in questo campo di quanto siamo soliti ammettere.

Qualche anno fa, un giovane psicologo clinico italiano di nome Pietro ha completato il nostro Diploma in Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale. Aveva già alle spalle nove anni di formazione in Italia attraverso una specializzazione professionale completa. Era accademicamente rigoroso, eticamente serio e sinceramente dedito ai suoi clienti. Eppure mi disse che, quando sedeva di fronte a una persona che soffriva, sentiva di avere pochissimi strumenti pratici per aiutarla. Aveva i concetti. Aveva la teoria. Aveva le categorie diagnostiche. Ciò che gli mancava erano i metodi per aiutare concretamente i pazienti a fare, sperimentare e mettere alla prova qualcosa di diverso e a diventare gradualmente capaci di rispondere in modo nuovo nel mondo.

Qui voglio essere prudente. L'esperienza di Pietro non dimostra che la formazione italiana sia carente. È la storia di un problema che attraversa gran parte della psicoterapia. I clinici possono essere profondamente istruiti, teoricamente sofisticati e totalmente dedicati alla professione, eppure sentirsi impreparati quando si trovano concretamente seduti di fronte a una persona in difficoltà. La formazione professionale può produrre conoscenza senza sicurezza operativa. E la sicurezza operativa è proprio ciò di cui un terapeuta ha bisogno, perché il paziente non ha semplicemente bisogno di capire il proprio problema: ha bisogno di trovare il modo di fare qualcosa di diverso, ripetutamente, finché quella nuova risposta non diventi per lui più accessibile rispetto a quella vecchia.

Ecco perché il libro di Enrico Rolla è importante.

Ci sono molti libri di psicoterapia che si leggono in poltrona, riflettendo per qualche giorno sulle idee che propongono. C'è del valore in questo, piacciono anche a me. Ma questo è un libro diverso. Questo è un libro «per la stanza della terapia». È per il momento in cui un paziente è seduto davanti a voi: ansioso, depresso, imbarazzato, bloccato, dolorante, spaventato dal proprio corpo o intrappolato in abitudini che non sa come cambiare. In quel momento, il terapeuta ha bisogno di qualcosa di più di una teoria della sofferenza. Il terapeuta ha bisogno di un modo per aiutare la persona a iniziare a fare qualcosa di diverso.

Esiste un'importante distinzione tra una tecnica e uno strumento terapeutico, ed è una distinzione che il libro di Enrico mantiene chiaramente. Una tecnica può essere copiata. Si segue il copione, si esegue il protocollo. Se poi abbia senso in relazione a quella specifica persona, a quel particolare problema o a quel preciso momento, diventa quasi una questione secondaria. Uno strumento, invece, è diverso. Uno strumento dev'essere compreso. Va scelto in relazione al problema che si sta cercando di affrontare, ai processi che lo mantengono in vita, a ciò che il cliente ha bisogno di apprendere e a come un determinato intervento potrebbe aiutarlo a sperimentare e provare qualcosa di nuovo. Una tecnica si chiede: *cosa faccio adesso?* Uno strumento si chiede: *cosa sta succedendo davvero qui, e cosa potrebbe essere realmente di aiuto?*

Il valore di questo libro non sta semplicemente nel fatto che offre metodi e procedure, ma nel fatto che tali metodi sono presentati all'interno di una visione cognitivo-comportamentale ben riconoscibile di come le persone apprendono, evitano, anticipano, sperimentano e cambiano. Il libro è pratico, ma non è meramente procedurale.

È utile essere concreti su come si traduce tutto questo. Uno dei contributi clinici distintivi di Enrico è l'applicazione di quella che potrebbe essere definita «deipnosi»: il riconoscimento che la ruminazione negativa e il pensiero automatico non sono semplicemente cose che accadono a una persona, ma assomigliano piuttosto a copioni auto-ipnotici, ripetitivi, provati e riprovati, e avvincenti come lo è ogni grande storia. Dare a tutto questo un nome chiaro offre al paziente qualcosa su cui lavorare. Il co-

pione può essere interrotto. Il cliente può distaccarsi, prendere le distanze, attuare la defusione da esso; può riscriverlo, riraccontarlo, sostituirlo con qualcosa di più utile.

Un altro contributo distintivo è il *termometro del dolore*. Il cliente viene prima invitato a valutare il proprio dolore su una scala simile a un termometro e poi, controintuitivamente, ad alzarlo prima di abbassarlo. È una mossa insolita, ma ha una chiara logica comportamentale: inizia a restituire al cliente la sensazione di avere un certo controllo su un'esperienza che percepiva come totalmente fuori controllo. Per la sindrome del colon irritabile (IBS), Enrico utilizza l'ipnoterapia focalizzata sull'intestino (*gut-directed hypnotherapy*), combinando visualizzazioni e brevi sessioni di autoipnosi per aiutare il cliente a sviluppare qualcosa di concreto da utilizzare nella vita quotidiana, non solo nello studio medico. E ovunque si ritrova l'ipnosi vigile, a ricordare che l'ipnosi clinica non deve per forza significare passività, rilassamento, occhi chiusi e una poltrona reclinabile; può essere incarnata, vigile e attiva.

Questi sono esempi di immaginazione clinica guidata dai meccanismi, approcci basati su una seria comprensione di come funzionano concretamente l'ansia, il dolore, l'evitamento e l'aspettativa, piuttosto che protocolli presi in prestito e applicati senza tale consapevolezza. Troppo spesso ciò che passa per psicoterapia consiste nel parlare a lungo dei problemi, sviluppare una formulazione accurata e poi sperare che tale comprensione si traduca in cambiamento. L'approccio di Enrico continua a porsi la domanda più difficile: *cosa deve fare, sperimentare e provare il cliente per rispondere concretamente in modo diverso?* E continua a offrire risposte pratiche, una dopo l'altra.

Ho incontrato Enrico Rolla per la prima volta a Torino, credo ormai una decina di anni fa. Mi aveva invitato a tenere una conferenza all'Università di Torino e ho trascorso qualche giorno all'Istituto Watson con lui e la sua équipe. Fui colpito immediatamente dall'atmosfera che si respirava in quel luogo: non era la psicoterapia intesa come astrazione. C'era una serietà pratica, un'intelligenza clinica chiaramente costruita in molti anni di lavoro concreto con le persone.

Ricordo anche la palestra. All'epoca la trovai sorprendente. Quando arrivavano pazienti ansiosi con molta energia in corpo — l'eccitazione, l'irrequietezza, l'attivazione fisica prodotta dall'ansia — il lavoro poteva diventare fisico: trasformavano quell'energia nella corsa o nel pugilato. Muoversi, dare voce alle ansie ad alta voce, usare il corpo invece di limitarsi a sedersi e analizzare. Credo che questo riflettesse un aspetto importante della comprensione dell'ansia da parte di Enrico: non primariamente come un insieme di pensieri distorti da correggere, ma come un pattern di attivazione, inibizione ed evitamento con cui lavorare a livello di mente e corpo, soma e psiche, comportamento ed esperienza, e non solo di cognizione. L'ansia è una prontezza all'azione che non trova sfogo. Si può interpretarla, oppure si può aiutare il paziente a farci qualcosa. Questa impressione mi è rimasta impressa.

Il nome *Istituto Watson* segnala qualcosa di importante. Si tratta di una psicoterapia radicata nella tradizione della terapia comportamentale, e il legame di Enrico con questa tradizione non è puramente storico o nominale. Ha conosciuto personal-

mente Joseph Wolpe, del quale è stato persino ospite a casa. E porta con sé qualcosa del suo atteggiamento pragmatico: se un metodo funziona, se ha prove scientifiche a supporto, se aiuta concretamente le persone a cambiare, allora non c'è alcun motivo di principio per cui un comportamentista debba ignorarlo. Inoltre, in tutto ciò che Enrico è impegnato a fare c'è, proprio come in Wolpe, una profonda comprensione del meccanismo di cambiamento sottostante. E tale comprensione guida gli approcci altamente creativi che Enrico adotta per i suoi clienti.

Questo è importante per il modo in cui leggerete questo libro. L'interesse di Enrico per l'ipnosi non è un allontanamento dalla tradizione della terapia comportamentale. È semmai un ritorno a una delle sue possibilità originarie. Tutti i primi terapeuti del comportamento usavano l'ipnosi. L'ipnosi non viene presentata qui come un mistero, come una forma di dominazione o come qualcosa che scavalca la partecipazione del cliente. Viene presentata come un metodo clinico che può essere integrato in una cornice cognitivo comportamentale quando serve all'apprendimento, alle prove comportamentali (*behavioural rehearsal*), all'esposizione, all'elaborazione emotiva, al cambiamento delle aspettative (*expectancy*) e allo sviluppo di nuove risposte. Il cliente rimane un partecipante attivo in ogni momento. Questo è il punto centrale.

L'ipnoterapia cognitivo comportamentale funziona per via di ciò che l'ipnosi fa concretamente: focalizza l'attenzione e aumenta il coinvolgimento immaginativo. Quando un cliente pratica l'ipnosi in un contesto clinico, può sperimentare nuove possibilità nell'immaginazione prima ancora che queste esistano nel mondo reale. Può provare nuove risposte. Può elaborare situazioni che lo bloccavano in un modo che sembra sufficientemente reale da iniziare a cambiare il modo in cui anticipa e risponde a quelle stesse situazioni nella vita vera. Questa prova immaginativa, ripetuta e interiorizzata, può aggiornare ciò che il cliente si aspetta da se stesso e ciò che crede di essere capace di fare. Il cliente non riceve passivamente delle istruzioni, ma partecipa attivamente al processo. L'obiettivo è aiutarlo a sviluppare risposte nuove e più flessibili, a costruire qualcosa e non semplicemente subire un intervento.

Siamo ormai ben oltre il punto in cui l'integrazione di ipnosi e CBT debba essere considerata un'idea interessante, ma speculativa. Le prove scientifiche si sono accumulate a un livello tale che è difficile ignorarle. La prima meta-analisi di Kirsch, Montgomery e Sapirstein (1995) era già giunta a una conclusione sorprendente: l'aggiunta dell'ipnosi al trattamento cognitivo comportamentale produceva risultati significativamente migliori rispetto alla sola CBT, con il cliente medio nella condizione d'ipnosi che otteneva risultati migliori di circa il 70% rispetto a chi riceveva la CBT senza ipnosi. Una meta-analisi più recente e decisamente più ampia condotta da Ramondo e colleghi (2021), che ha preso in esame 48 confronti controllati, ha rafforzato tale conclusione. Il vantaggio dell'approccio combinato è stato riscontrato costantemente ed è risultato particolarmente evidente al follow-up, suggerendo che l'ipnosi non si limita ad accelerare il cambiamento, ma aiuta a consolidarlo.

Per i terapeuti, questo non è un dato accademico astratto. La CBT ha già una delle prove di efficacia più solide tra tutte le psicoterapie. Dimostrare che possiamo migliorarla in modo affidabile aggiungendo l'ipnosi clinica non è una cosa da poco. Significa che l'ipnosi, usata con competenza ed etica all'interno di una cornice cognitivo comportamentale, è uno dei modi più supportati dalle evidenze scientifiche che abbiamo attualmente per potenziare i risultati del trattamento psicologico.

Durante la mia visita a Torino, Enrico disse una cosa che mi è rimasta impressa. Mi guardò e disse, con un misto di divertimento e genuino stupore: «Uno psicoterapeuta felice. Questa è una cosa strana».

Non era ironico. La sua voleva essere un'osservazione, e credo fosse sincera. In alcune tradizioni, lo psicoterapeuta può diventare una figura definita soprattutto dal fatto di farsi carico della sofferenza. Il peso del lavoro, il rigore teorico, l'enfasi sulla profondità e sull'interpretazione possono accumularsi in una sorta di pesantezza professionale. Il terapeuta smette di avere il senso del movimento in avanti, del cambiamento, di una reale utilità. E quando il terapeuta perde questo orientamento, qualcosa di importante viene meno nel lavoro.

Un terapeuta che dispone di strumenti pratici, che vede le persone fare progressi, che si sente davvero utile nella stanza di terapia, può mantenere vivo l'impegno nel lavoro nel corso del tempo. Questo conta clinicamente, non solo professionalmente. I pazienti non rispondono solo a ciò che i terapeuti dicono; rispondono a come i terapeuti *sono* all'interno della stanza. Il terapeuta che è realmente presente e sinceramente fiducioso comunica qualcosa su ciò che è possibile fare.

Nelle culture in cui le tradizioni psicoanalitiche hanno avuto storicamente una grande influenza, la psicoterapia può a volte concentrarsi molto sull'interpretazione e un po' meno sull'aiutare le persone a fare pratica e a generalizzare nuove risposte. La serietà clinica e la fiducia terapeutica non sono in opposizione. Un terapeuta che ha buoni strumenti, lavora in modo collaborativo e crede sinceramente che il cliente possa cambiare non è un ingenuo. È un terapeuta accurato.

Enrico ha scritto questo libro per colmare un vuoto reale. L'Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale si è sviluppata notevolmente nel mondo anglosassone, in particolare negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, e lui voleva offrire un contributo pratico e basato sulle evidenze per il suo sviluppo in... Italia. Il libro copre una gamma notevole di applicazioni cliniche — dolore, disturbi d'ansia, depressione, fobie, disturbi alimentari, cambiamento di abitudini — e lo fa unendo il rigore teorico a una reale praticità clinica. Ogni capitolo è strutturato attorno a un modello teorico, alle strategie CBT e alle applicazioni ipnotiche. Ci sono casi clinici, esercizi e un'attenzione costante all'esperienza stessa che il terapeuta fa dell'ipnosi perché, come dice giustamente Enrico, si può offrire ai pazienti solo ciò che si è in grado di dare a se stessi.

La sua importanza non dipende dalla pretesa di assoluta novità per ogni singolo elemento. La sua importanza risiede nel modo in cui Enrico unisce questi metodi: in modo pratico, clinico e con l'autorevolezza di una lunga esperienza. Ripensa l'ipnosi

fuori dal mito e la colloca all'interno di una pratica clinica rigorosa e basata sulle evidenze. Offre ai terapeuti CBT italiani una risorsa pratica e scientificamente fondata per integrare l'ipnosi nel proprio lavoro in modo accurato.

Scrivo queste righe come persona che ha dedicato vent'anni allo sviluppo e all'insegnamento dell'ipnoterapia cognitivo comportamentale, e come professionista che ha avuto con Enrico un autentico dialogo sul tema dell'integrazione tra CBT e ipnosi attraverso tradizioni e contesti differenti. Abbiamo affrontato le stesse domande da angolazioni leggermente diverse e ho sempre rispettato il suo approccio. Il fatto stesso che questo libro esista è un contributo a un impegno condiviso che va ben oltre i nostri singoli programmi o istituti.

Questo è il valore pratico del libro di Enrico Rolla. Offre ai terapeuti strumenti che possono comprendere e utilizzare. Non trucchi. Non copioni da applicare meccanicamente. Strumenti: modi di lavorare con l'attenzione, l'immaginazione, la suggestione, l'autoipnosi, la metafora, l'esposizione, le prove comportamentali e l'apprendimento. Strumenti che aiutano i clienti a sperimentare nuove possibilità, a mettere in pratica nuove risposte e a riprendere gradualmente in mano la propria vita.

Leggete questo libro con attenzione. C'è materiale a sufficienza da approfondire e applicare per anni. Lavorate sui capitoli clinici tenendo a mente i vostri attuali pazienti. Provate gli esercizi di autoipnosi su voi stessi prima di usarli con i pazienti, perché Enrico ha ragione quando dice che si può offrire solo ciò di cui si è fatta un'autentica esperienza diretta. E poi usatelo. La psicoterapia non dovrebbe solo aiutare le persone a capire perché soffrono. Dovrebbe aiutarle a scoprire, passo dopo passo, come possono cambiare. Questo libro offre ai terapeuti un mezzo serio e pratico per fare esattamente questo.

Uno psicoterapeuta felice, Enrico. Forse è una cosa meno strana di quanto pensi.

Mark R. Davis
Fondatore dell'Hypno-CBT® College

Prefazione

Negli ultimi anni, l'integrazione tra Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) e Ipnotosi ha suscitato un crescente interesse nei paesi anglofoni, in particolare negli Stati Uniti e in Inghilterra. Numerosi studi scientifici hanno evidenziato come l'Ipnotosi basata sulle evidenze (*evidence-based*) possa potenziare gli effetti della TCC, migliorando l'aderenza al trattamento e l'efficacia terapeutica. Tuttavia, in Italia, la combinazione di queste due metodologie (Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale ITCC o *Cognitive Behavioural Hypnotherapy* CBH) non è ancora così diffusa, nonostante vi sia una solida tradizione nell'ambito della TCC.

Ho deciso di scrivere questo libro proprio per colmare questa lacuna. In Italia, l'ipnotosi viene spesso percepita in maniera distorta, a causa di miti e pregiudizi che ne limitano l'applicazione clinica. Spesso viene associata a spettacoli di intrattenimento o a forme di manipolazione mentale, mentre in realtà si tratta di una tecnica con solide basi scientifiche, riconosciuta da istituzioni come l'American Psychological Association (APA) e il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) per il trattamento di diversi disturbi psicologici e medici.

Alla fine degli anni '70, ho iniziato a impiegare la Terapia Cognitivo Comportamentale e ho fondato l'Istituto Watson. All'epoca, per molti psicologi era estremamente difficile accettare l'ipnotosi.

La mia mentalità, fortemente pragmatica, mi ha spinto a interessarmi sempre di più sia alla Terapia Comportamentale sia all'ipnotosi. Mi sono laureato all'Università di Padova con una tesi sperimentale proprio sull'ipnotosi e ho avuto l'opportunità di conoscere personalmente Joseph Wolpe, uno dei pionieri della Terapia Comportamentale. Ho persino avuto il privilegio di essere ospite a casa sua.

Wolpe aveva iniziato ad applicare l'ipnosi alla Desensibilizzazione Sistemica e ricordo ancora le sue parole: «Noi comportamentisti accettiamo tutto, purché funzioni. E perché non accettare anche l'ipnosi, che ha una lunga storia di ricerche?».

Nel corso degli anni ho potuto riscontrare un crescente interesse da parte dei terapeuti cognitivo comportamentali italiani per l'uso dell'ipnosi nel trattamento di disturbi specifici. Per rispondere a questa esigenza, ho iniziato a organizzare master in presenza sull'applicazione dell'ipnosi in ambito TCC. Con il tempo, la didattica si è spostata online, permettendomi di raggiungere un pubblico più ampio senza che la qualità dell'apprendimento e delle esercitazioni ne risentisse.

Dall'esperienza clinica alla scrittura del libro

Già da tempo desideravo scrivere un testo sull'Ipnoterapia Cognitivo Comportamentale, ma la grande quantità di materiale raccolto rendeva difficile strutturarla in modo chiaro e funzionale. Tuttavia, l'esperienza maturata negli ultimi anni mi ha aiutato a individuare un percorso logico che potesse risultare utile ai terapeuti: ho notato che gli allievi dei miei corsi traevano grande beneficio da un approccio esperienziale, basato sull'apprendimento dell'autoipnosi e sull'applicazione pratica delle tecniche. Per questo motivo, ho deciso di adottare la stessa impostazione per il libro.

Sono profondamente convinto che «solo ciò che dai a te stesso puoi darlo agli altri». In altre parole, per poter utilizzare l'ipnosi con i pazienti, è fondamentale prima sperimentarla su di sé. L'autoipnosi consente di comprendere meglio i meccanismi della trance e di sviluppare la capacità di autosuggestione, migliorando così anche la capacità di guidare i pazienti nel processo terapeutico. Ho quindi strutturato il libro con un taglio pratico, ricco di esercizi, casi clinici e video dimostrativi, in modo da rendere l'apprendimento il più possibile concreto e applicabile nella pratica professionale.

Struttura del libro

Il libro si apre con un'introduzione all'ipnosi, affrontando i miti e i pregiudizi che spesso la circondano, nonché gli aspetti etico-deontologici legati alla sua applicazione in ambito clinico. Nei primi due capitoli esploro la storia e l'evoluzione dell'ipnosi, descrivendo come questa tecnica si sia trasformata nel tempo fino a diventare un efficace strumento terapeutico.

Nei capitoli successivi il focus si sposta sulle tecniche di induzione ipnotica, sui test di suggestionabilità e sulle modalità per valutare i pazienti prima di introdurre l'ipnosi nel trattamento. Qui vengono presentate diverse tipologie di ipnosi, tra cui:

- ipnosi classica;

- ipnosi vigile;
- autoipnosi.

Un'attenzione particolare è dedicata all'ipnosi vigile, una tecnica meno conosciuta ma estremamente utile, soprattutto in ambito clinico e riabilitativo. Essa permette di ottenere i benefici dell'ipnosi senza che il paziente chiuda gli occhi o si trovi in uno stato di trance profonda, risultando particolarmente efficace per il trattamento del dolore cronico e per la regolazione emotiva.

Dal capitolo 7 in poi il libro entra nel vivo dell'applicazione clinica dell'ipnosi ai principali disturbi psicologici. Ogni capitolo segue una struttura chiara e metodologica:

1. modello teorico del disturbo;
2. strategie di intervento cognitivo comportamentale;
3. applicazioni dell'ipnosi nella TCC.

Questa impostazione consente al lettore di comprendere prima il quadro teorico del disturbo e poi di applicare le tecniche ipnotiche in modo mirato e basato sulle evidenze scientifiche.

Un approccio pratico e orientato ai risultati

Ho scritto questo libro con un obiettivo preciso: fornire strumenti operativi ai terapeuti cognitivo-comportamentali interessati a integrare l'ipnosi nella loro pratica. Il mio intento non è solo quello di fornire una base teorica solida, ma soprattutto di proporre strategie concrete e applicabili, in linea con l'approccio *evidence-based* della TCC.

La Terapia Cognitivo Comportamentale è da sempre una disciplina orientata ai risultati e l'ipnosi, se utilizzata correttamente, può rappresentare un potente strumento per ottimizzare gli interventi terapeutici. Grazie alla sua capacità di aumentare la concentrazione, ridurre le resistenze cognitive e favorire il cambiamento emotivo e comportamentale, l'ipnosi può rendere i trattamenti più efficaci e migliorare il benessere del paziente.

Spero che questo libro possa rappresentare un valido supporto per tutti i terapeuti che desiderano esplorare il potenziale dell'ipnosi in ambito clinico, fornendo un approccio strutturato, pratico e scientificamente fondato.

Buona lettura!

Ipnosi e induzioni

Suggestionabilità e ipnosi

La suggestionabilità: un meccanismo psicologico centrale

La suggestionabilità è una delle funzioni più affascinanti e per certi versi misteriose della mente umana. Viene definita come la tendenza di una persona a recepire e rispondere a indicazioni, idee o stimoli provenienti da altri, con effetti che possono riguardare il comportamento, le emozioni, la percezione, la memoria e persino la fisiologia. Si tratta di un fenomeno trasversale, che si manifesta non solo durante l'ipnosi, ma anche nella vita quotidiana, nei contesti sociali, nella comunicazione e nelle relazioni interpersonali.

La suggestionabilità è al cuore di molti processi psicologici: quando un bambino crede a ciò che gli raccontano i genitori, quando una folla si lascia trascinare da uno speaker carismatico, quando una persona migliora dopo l'assunzione di un placebo, stiamo osservando forme di risposta suggestionata. Ma è soprattutto nell'ambito dell'ipnosi clinica e sperimentale che la suggestionabilità è stata indagata con rigore scientifico.

Suggestionabilità e ipnosi: un rapporto fondante

Nel contesto ipnotico, la suggestionabilità assume un ruolo centrale: l'ipnosi si basa infatti sulla capacità del soggetto di rispondere in modo vivido, coinvolto e automatico a suggestioni fornite dall'ipnotista o autoindotte. Durante l'ipnosi, le

suggestioni possono indurre modificazioni percettive (ad esempio, vedere un oggetto inesistente), motorie (ad esempio, braccio rigido), affettive (ad esempio, sentirsi calmi o fiduciosi) e cognitive (ad esempio, dimenticare un numero o un evento).

Non tutti però rispondono allo stesso modo: le persone differiscono significativamente per livello di suggestionabilità ipnotica. Alcuni mostrano una risposta vivida anche a suggestioni complesse, altri invece restano più critici o distaccati. Da qui l'importanza di misurare la suggestionabilità come tratto individuale, utilizzando strumenti standardizzati come la *Barber Suggestibility Scale*.

Suggestionabilità: predisposizione o abilità?

Una delle domande centrali nella ricerca psicologica è se la suggestionabilità sia una caratteristica stabile della personalità, simile a un tratto temperamentale, oppure una competenza psicologica che può essere potenziata attraverso l'allenamento, la motivazione e il contesto. La risposta è: entrambe le cose.

Da un lato, la ricerca mostra che esiste una certa stabilità nella risposta alle suggestioni: le persone altamente suggestionabili tendono a mantenere questo livello nel tempo, il che fa pensare a un tratto relativamente stabile. Dall'altro lato, è stato dimostrato che aspettative, fiducia nell'ipnotista, contesto relazionale e motivazione personale influenzano profondamente la suggestionabilità.

Questo ha importanti implicazioni cliniche: significa che una persona può diventare più suggestionabile se si sente al sicuro, motivata e coinvolta nel processo terapeutico. In altre parole, la suggestionabilità può essere favorita, ma non imposta.

Come anticipato nelle pagine sulla storia dell'ipnosi, negli anni '60 e '70 Theodore X. Barber ha contribuito a ridefinire la suggestionabilità spostando l'attenzione dalla trance ipnotica al ruolo attivo del soggetto. Secondo lui, la risposta alle suggestioni non dipende da uno stato speciale di coscienza, ma da processi psicologici ordinari come la motivazione, l'aspettativa e la partecipazione. Ha dimostrato che si può rispondere efficacemente a una suggestione anche senza ipnosi, rendendo evidente che la suggestionabilità è una capacità naturale e non una debolezza.

Anche Irving Kirsch, con la sua *Response Expectancy Theory*, ha sottolineato quanto le aspettative del soggetto influenzino la riuscita delle suggestioni. Se una persona crede che qualcosa accadrà, è probabile che lo vivrà come reale, persino come involontario. Per Kirsch, la suggestionabilità è la base comune tra ipnosi, placebo e cambiamento terapeutico, dimostrando che le parole e le idee possono generare effetti concreti sul corpo e sulla mente.

La suggestionabilità non è debolezza: è una risorsa umana

Uno dei malintesi più diffusi — e dannosi — intorno alla suggestionabilità è che essa venga considerata una debolezza mentale, una forma di ingenuità o addirittura di

manipolabilità. Questa visione è frutto di stereotipi, spesso alimentati da rappresentazioni sensazionalistiche dell'ipnosi, in cui il soggetto ipnotizzato viene mostrato come completamente in balia del volere dell'ipnotista, quasi privo di volontà o controllo.

Questa idea è non solo falsa, ma anche ingiustamente stigmatizzante. La ricerca scientifica ha dimostrato che la suggestionabilità non è un sintomo di scarsa intelligenza, né di passività mentale. Al contrario, le persone più suggestionabili tendono a possedere una forte immaginazione, una buona capacità di concentrazione, flessibilità cognitiva e, spesso, una maggiore sensibilità interpersonale. In altre parole: non si tratta di una fragilità, ma di una potenzialità psicologica.

Una mente suggestionabile è una mente che sa immaginare, creare, cambiare.

Essere suggestionabili significa saper rispondere con coinvolgimento e apertura a stimoli simbolici, verbali o immaginativi. È una forma di plasticità mentale che permette al soggetto di entrare in contatto con le proprie risorse interiori e di tradurre parole e immagini in esperienze reali. Questo è il fondamento su cui si basa la terapia ipnotica, ma anche tante altre tecniche di cambiamento psicologico.

Chi ha un buon grado di suggestionabilità può trarre vantaggio da:

- tecniche di rilassamento e visualizzazione;
- terapia basata sulle immagini mentali;
- autoipnosi e affermazioni positive;
- placebo terapeutici e aspettative potenzianti.

Inoltre, molte persone altamente suggestionabili sono artisti, musicisti, attori, terapeuti o insegnanti: professioni che richiedono empatia, immaginazione, capacità di «entrare nei panni degli altri». Non è un caso.

La suggestione come leva evolutiva

Da un punto di vista evolutivo, la suggestionabilità potrebbe essere interpretata come una funzione adattiva. Accettare indicazioni da figure di riferimento — genitori, insegnanti, leader — ha permesso agli esseri umani di apprendere, cooperare e adattarsi più rapidamente all'ambiente. Se fossimo tutti totalmente impermeabili alle influenze esterne, saremmo meno flessibili, meno sociali e probabilmente anche meno capaci di apprendere dall'esperienza degli altri. La capacità di essere suggestionati, dunque, è un meccanismo naturale di apprendimento sociale. Come tutti i tratti psicologici, può essere usato in modo costruttivo o distruttivo: ma di per sé, non è né buono né cattivo. Dipende da come lo si utilizza.

In terapia: trasformare la suggestionabilità in alleata del cambiamento

Nel contesto terapeutico, la suggestionabilità diventa un canale di comunicazione privilegiato con quei processi mentali profondi che operano al di sotto del pensiero

consapevole. Questo permette di accedere più facilmente a risorse latenti, ristrutturare convinzioni disfunzionali, affrontare sintomi fisici e psichici.

Un terapeuta esperto non manipola, ma collabora con la suggestionabilità del paziente per guidarlo verso una maggiore consapevolezza, autonomia e benessere. La suggestione, in questo senso, non è imposizione, ma stimolo verso il cambiamento.

È fondamentale ribaltare il pregiudizio culturale secondo cui suggestionabilità significherebbe debolezza, influenzabilità o perdita di controllo. Essere suggestionabili non è subire, ma saper reagire in modo profondo a stimoli immaginativi e simbolici. È una competenza mentale che può essere coltivata, raffinata e messa al servizio della crescita personale. Un buon modo per educare a questa visione più equilibrata è insegnare che la suggestionabilità è uno strumento, non un destino. Come ogni strumento, può essere usato male o bene. Ma nelle mani giuste — come quelle di un terapeuta preparato, o anche del proprio sé consapevole — può diventare un motore potente per il benessere, la creatività e la trasformazione.

Suggestione, immaginazione e senso di realtà

Un aspetto affascinante della suggestionabilità è il suo legame con l'immaginazione guidata. Chi è suggestionabile, in genere, immagina vividamente ciò che gli viene proposto, fino al punto di sperimentarlo come reale. In ipnosi, ad esempio, la persona può percepire caldo quando le si suggerisce di trovarsi sotto il sole, oppure vedere una sedia vuota come se vi fosse una persona seduta. Questa confusione tra realtà immaginata e realtà percepita non è un segno di debolezza mentale, ma piuttosto una capacità cognitiva sofisticata. Significa che il cervello è in grado di creare esperienze interne coerenti e convincenti a partire da input simbolici. In ambito terapeutico, questo potere può essere usato per indurre rilassamento, controllare il dolore, attuare modifiche comportamentali e produrre cambiamento cognitivo.

Ambiti di applicazione della suggestionabilità

La suggestionabilità trova applicazione in molti campi della psicologia e della medicina:

- **terapia ipnotica:** per trattare ansia, fobie, insonnia, dolore cronico, dipendenze;
- **psicologia clinica:** per favorire l'adesione al trattamento e il cambiamento delle credenze disfunzionali;
- **educazione:** per facilitare l'apprendimento attraverso messaggi positivi e motivanti;
- **marketing e pubblicità:** per guidare comportamenti di consumo attraverso tecniche persuasive;
- **giustizia:** per valutare l'attendibilità delle testimonianze, soprattutto in minori o soggetti vulnerabili.

In conclusione, la suggestionabilità è un fenomeno complesso, potente e tutt'altro che marginale. Non è sinonimo di credulità, né una caratteristica da «correggere». Al contrario, rappresenta una via d'accesso privilegiata al cambiamento psicologico, alla guarigione e alla crescita personale. Autori come Barber e Kirsch ci hanno aiutato a capire che la mente suggestionabile non è passiva, ma collaborativa, creativa e immaginativa. Saper riconoscere e valorizzare questa capacità può fare la differenza non solo in terapia, ma anche nella comunicazione, nella relazione e nell'educazione. Chi sa utilizzare le parole con consapevolezza, sa anche attivare il potere trasformativo delle suggestioni: uno degli strumenti più potenti e antichi dell'essere umano.

VIDEO SUL TEST DELLA SUGGESTIONABILITÀ



Scopri il potere della suggestionabilità: preparati all'ipnosi

Sei pronto a scoprire il potenziale della mente dei tuoi pazienti? In questo video vedrai degli esercizi di suggestionabilità da utilizzare prima dell'induzione ipnotica. Queste prove non sono solo un test, ma sono una chiave per sbloccare la motivazione del paziente.

Iniziare una seduta di ipnosi

Prima di iniziare una seduta ipnotica propongo frequentemente ai pazienti degli esercizi di suggestionabilità. Sono strumenti utili per preparare il paziente all'ipnosi e per valutare quanto risponde alle suggestioni.

Ecco alcuni dei miei preferiti.

1. Il test delle dita magnetiche

Questo è un esercizio rapido e divertente che dimostra come il corpo risponda ai suggerimenti dati.

Come funziona:

- chiedo al paziente di unire le mani davanti a sé, con gli indici puntati verso l'alto e separati di pochi centimetri;
- suggerisco: *«Immagina che tra le tue dita ci siano dei potenti magneti. A ogni respiro, senti che questi magneti stanno tirando le dita l'una verso l'altra. È come se una forza invisibile le stesse avvicinando, sempre di più»*;
- continuo a osservare mentre le dita si avvicinano.

Risultati: quasi sempre, le dita iniziano a muoversi l'una verso l'altra, dimostrando la capacità di risposta alle suggestioni.

2. Il braccio rigido

Questo esercizio utilizza una suggestione opposta al rilassamento, creando una sensazione di rigidità muscolare.

Come funziona:

- chiedo al paziente di tendere un braccio davanti a sé: «*Immagina che il tuo braccio sia fatto di acciaio*», «*È così rigido e forte che non puoi piegarlo, neanche se ci provi*»;
- lo invito a provare a piegare il braccio, mentre continuo a rafforzare la suggestione: «*Più ci provi, più diventa rigido*».

Risultati: molti scoprono che è sorprendentemente difficile piegare il braccio, il che dimostra la potenza delle suggestioni.

3. Il test del libro e palloncino

Questo esercizio combina immagini visive e sensazioni fisiche.

Come funziona:

- chiedo al paziente di stendere entrambe le mani davanti a sé, una parallela all'altra. «*Immagina che nella mano sinistra ci sia un libro molto pesante*», «*Senti il peso che spinge la mano verso il basso. Ora, immagina che nella mano destra ci sia un palloncino legato a un filo, che tiri la mano verso l'alto*»;
- continuo a potenziare le immagini, descrivendo dettagli come il colore del palloncino e il peso del libro.

Risultati: spesso le mani iniziano a muoversi spontaneamente, rispondendo alle suggestioni.

Questi esempi di induzioni ipnotiche ed esercizi di suggestionabilità non solo preparano il paziente all'esperienza ipnotica, ma dimostrano anche il potere che ha la mente di influenzare il corpo.

Il Pendolo di Chevreul

Tra le tecniche che utilizzo più frequentemente, nonché una delle mie preferite, c'è il *Pendolo di Chevreul*, una pratica che non solo ha radici nella storia dell'ipnosi, ma che offre anche un'esperienza visiva e sensoriale unica.

Il Pendolo di Chevreul prende il nome dal chimico e fisico francese **Michel Eugène Chevreul** (1786-1889), che lo introdusse nel XIX secolo mentre studiava i fenomeni del movimento involontario e dell'influenza della mente sul corpo. Inizialmente, utilizzò il pendolo per esplorare il fenomeno noto come «effetto ideomotorio», in cui movimenti apparentemente automatici del corpo rispondono a pensieri o suggestioni.

Chevreul notò che, anche quando una persona teneva il pendolo immobile, questo iniziava a oscillare seguendo le sue aspettative o intenzioni, spesso inconsapevoli.

La Terapia Cognitivo Comportamentale e dolore cronico

Evidenza scientifica: le linee guida per il trattamento del dolore cronico secondo le raccomandazioni più autorevoli (inclusa l'American Psychological Association) e la letteratura scientifica indicano un approccio multimodale basato su evidenze, in cui la TCC è considerata un trattamento di prima linea.

La Terapia Cognitivo Comportamentale offre un approccio efficace per la gestione del dolore cronico, in quanto si basa sull'identificazione e la modifica dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti che possono amplificare la percezione del dolore. Le sue tecniche sono ampiamente utilizzate per:

- ridurre l'intensità del dolore percepito;
- migliorare la qualità della vita del paziente;
- promuovere strategie di coping adattive.

Chiara da anni convive con un dolore cronico alla schiena. Ha provato di tutto: farmaci, fisioterapia, persino trattamenti alternativi, ma il dolore è sempre lì, come una presenza costante e invadente. Dopo aver consultato un terapeuta, scopre un nuovo approccio: le tecniche cognitivo comportamentali per la gestione del dolore che non mirano a eliminare il dolore, ma a trasformare il modo in cui lei lo vive, riducendone l'impatto sulla sua vita quotidiana.

Le strategie della TCC si basano sull'idea che i pensieri, le emozioni e i comportamenti siano interconnessi. Quando il dolore diventa cronico, spesso, si sviluppa un ciclo negativo: il dolore provoca pensieri catastrofici del tipo «Non guarirò mai», che portano a emozioni, come ansia e depressione, e a comportamenti disfunzionali, come l'evitamento delle attività. La TCC aiuta le persone a identificare e modificare questi schemi, promuovendo un approccio più equilibrato e proattivo alla gestione del dolore.

Le principali tecniche della Terapia Cognitivo Comportamentale sono:

1. **Ristrutturazione cognitiva**

Questa tecnica aiuta a identificare e modificare i pensieri negativi o catastrofici legati al dolore.

Chiara si ritrova spesso a pensare: «Non sarò mai più in grado di vivere una vita normale». Questi pensieri alimentano il suo senso di disperazione e rendono il dolore più difficile da tollerare.

Il terapeuta le insegna a mettere in discussione queste credenze. «Cosa ti fa pensare che non potrai mai migliorare? Hai avuto giorni migliori in passato?» Attraverso questo processo, Chiara inizia a sostituire i pensieri negativi con affermazioni più realistiche e positive, come: «Anche se oggi è difficile, ci sono strategie che possono aiutarmi a migliorare la qualità della mia vita».

2. **Esposizione graduale**

Spesso, il dolore cronico porta a un evitamento delle attività temute.

Chiara ha smesso di andare a fare passeggiate perché teme che il movimento peggiori il dolore. Questo evitamento, però, contribuisce a indebolire i muscoli e a ridurre il suo benessere generale.

Con l'aiuto del terapeuta, la donna pianifica un'esposizione graduale alle attività da cui si è astenuta. Inizia con una breve passeggiata di cinque minuti al giorno e aumenta gradualmente la durata, monitorando il suo corpo senza giudicare. Questo approccio le permette di riacquistare fiducia nel movimento e di ridurre il timore del dolore.

3. **Distrazione e spostamento dell'attenzione**

Quando il dolore diventa dominante, è difficile pensare ad altro.

Una tecnica utile è spostare l'attenzione su stimoli più piacevoli o coinvolgenti. Ad esempio, il terapeuta suggerisce a Chiara di ascoltare musica rilassante o di immergersi in un'attività creativa, come dipingere, quando il dolore diventa insopportabile. Un altro esempio è l'utilizzo di tecniche di «mindfulness focalizzata»: Chiara impara a concentrarsi sul ritmo del suo respiro o su sensazioni non dolorose, come il calore del sole sulla pelle. Questi esercizi aiutano il cervello a ridurre l'attenzione sul dolore.

4. **Training di rilassamento**

Il dolore spesso si associa a tensione muscolare, che a sua volta peggiora la percezione del dolore stesso.

Per questo motivo, il rilassamento muscolare progressivo è molto efficace. Chiara apprende come rilassare gradualmente i muscoli del corpo, partendo dai piedi fino alla testa, accompagnando ogni fase con un respiro profondo.

Un'altra tecnica è l'immaginazione guidata: si chiudono gli occhi e si immagina di essere in un luogo tranquillo, come una spiaggia. Si visualizza ogni dettaglio, il suono delle onde, la brezza marina, il calore del sole e questo aiuta il suo corpo a rilassarsi, riducendo l'intensità del dolore.

5. **Modifica dei comportamenti disfunzionali**

Con il tempo, il dolore può portare a comportamenti che, pur sembrando utili nel breve termine, peggiorano la situazione.

Ad esempio, Chiara passa molte ore a letto per sottrarsi al dolore, ma questo la rende ancora più rigida e affaticata.

Il terapeuta l'aiuta a stabilire obiettivi realistici e a pianificare attività che la mantengano attiva, senza esagerare. Inizia a dedicarsi a piccole attività domestiche, alternandole a momenti di riposo. Questo approccio bilanciato la aiuta a sentirsi più autonoma.

6. **Tecniche di problem solving**

Il dolore cronico porta spesso a situazioni di stress, come difficoltà sul lavoro o tensioni familiari.

Il terapeuta le insegna un metodo sistematico per affrontare i problemi: identificare il problema, generare possibili soluzioni, scegliere quella più pratica e metterla in atto.

Chiara si lamenta di non avere più tempo per sé, perché il dolore le rende tutto più lento. Attraverso il *problem solving*, decide di delegare alcune faccende domestiche ai familiari, liberando così tempo per dedicarsi a ciò che la fa sentire bene.

7. **Mindfulness e accettazione**

Invece di lottare contro il dolore, il terapeuta insegna a «osservare» il dolore senza giudicarlo. La mindfulness si basa sull'idea che accettare il dolore, senza aggiungere pensieri di frustrazione o paura, possa ridurne l'impatto emotivo.

Le tecniche cognitive comportamentali offrono strumenti concreti per affrontare il dolore cronico, trasformandolo da nemico insuperabile a elemento gestibile della vita quotidiana. Non eliminano il dolore, ma insegnano alle persone come viverlo in modo diverso, restituendo loro il controllo e la speranza. Con il giusto approccio, è possibile vivere una vita piena e significativa, nonostante il dolore.

Personalizzare l'approccio in base ai bisogni specifici del paziente è essenziale per ottenere risultati ottimali.

L'ipnosi e il controllo del dolore

L'ipnosi rappresenta un potente strumento per la gestione del dolore, sia acuto che cronico, con un corpus di evidenze scientifiche che ne supporta l'efficacia. Sin dall'Ottocento, è stata utilizzata come anestetico e oggi è riconosciuta da istituzioni internazionali per il suo ruolo nel trattamento del dolore.

È importante sapere che nel XIX secolo c'erano chirurghi che operavano senza anestesia chimica, ma solo con l'ipnosi. Uno dei più famosi è stato James Esdaile, un chirurgo scozzese che lavorava per la Compagnia delle Indie Orientali. Lui documentò centinaia di operazioni eseguite in India utilizzando solo l'ipnosi come anestesia. Non stiamo parlando di piccoli interventi, ma di operazioni complesse e invasive, come amputazioni o la rimozione di tumori. Esdaile metteva i pazienti in uno stato di trance profonda e, secondo i suoi resoconti, non solo sentivano meno dolore durante l'intervento, ma sopravvivevano più spesso rispetto a chi veniva operato senza alcun tipo di anestesia. Lui attribuiva questo successo al fatto che il corpo, senza il trauma del dolore acuto, reagiva meglio. Uno dei suoi casi più incredibili fu quello

di un uomo a cui rimosse una massa tumorale scrotale enorme: l'uomo era sveglio e collaborativo, ma non mostrava segni di sofferenza.

Mentre Esdaile sperimentava in India, in Europa James Braid, considerato il padre dell'ipnosi moderna, studiava gli effetti della suggestione ipnotica sul dolore. Lui osservò che, concentrandosi e rilassandosi sotto ipnosi, i pazienti riuscivano a ridurre significativamente la loro sofferenza. Uno dei suoi casi più noti riguarda un uomo con una terribile nevralgia facciale. Dopo una sessione ipnotica, il dolore scomparve quasi immediatamente e il sollievo durò nel tempo.

Ma la cosa ancora più sorprendente è che, in un'epoca in cui il dolore chirurgico era considerato inevitabile, c'erano operazioni eseguite senza anestesia chimica grazie all'ipnosi. Nel 1842, un chirurgo francese, Jules Cloquet, fece una mastectomia a una donna ipnotizzata. Lei rimase completamente immobile durante l'intervento e, una volta «risvegliata», non ricordava nulla. Questo fece scalpore: alcuni medici erano affascinati, mentre altri parlavano di isteria collettiva, pensando che l'effetto non fosse davvero legato all'ipnosi.

Prima ancora di Braid ed Esdaile, c'era stato Franz Anton Mesmer, con il suo «magnetismo animale». Lui trattava pazienti con dolore cronico facendo passaggi magnetici con le mani sul corpo. Oggi sappiamo che il suo metodo non aveva basi scientifiche solide, ma alcuni pazienti riportavano comunque un sollievo significativo.

Col tempo, però, l'ipnosi perse importanza come anestetico. Nel 1846 si cominciò a usare l'etere e nel 1847 arrivò il cloroformio: due scoperte che cambiarono per sempre la chirurgia. In più, nessuno capiva bene come funzionasse l'ipnosi, e questo contribuì a farla cadere in secondo piano. Molti critici dicevano che il suo effetto dipendeva troppo dalla suggestionabilità del paziente, quindi non poteva essere considerata una vera alternativa agli anestetici chimici.

Eppure, quello che questi pionieri dimostrarono è incredibile: la mente umana può modulare la percezione del dolore in modi che ancora oggi ci sorprendono. Anche se oggi usiamo altri metodi per l'anestesia, l'ipnosi è ancora studiata e applicata nella gestione del dolore cronico e in psicoterapia. Questi casi restano un capitolo affascinante nella storia della medicina e dimostrano quanto sia potente la connessione tra mente e corpo.

Negli Stati Uniti, dal 1994, la IASP (International Association for the Study of Pain) ha incluso l'ipnosi nei curricula dei professionisti della terapia del dolore.

Nel 1996, il National Institute of Health ha definito l'ipnosi uno strumento affidabile per alleviare il dolore da cancro e altre condizioni croniche.

L'ipnoanalgesia si riferisce alla riduzione del dolore tramite suggestioni ipnotiche e può diminuire l'intensità del dolore (analgesia parziale), cambiare l'esperienza del dolore (ad esempio, trasformarlo in calore o sensazione di formicolio) o favorire l'accettazione del dolore, aiutando i pazienti a convivere con esso.

Marco è un uomo di 45 anni che soffre di emicranie croniche da più di un decennio. Ogni settimana, il dolore si ripresenta come un nemico implacabile,

costringendolo a ritirarsi in una stanza al buio. Nessun farmaco sembra davvero efficace e lui ha ormai perso la speranza di guarire. Su consiglio di un amico, decide di provare una seduta di ipnosi. Durante la sessione, il terapeuta lo guida in uno stato di rilassamento profondo, suggerendogli di immaginare il dolore come un oggetto, una sfera luminosa che può allontanare lentamente, spingendola verso l'orizzonte. Marco, inizialmente scettico, si accorge che la sua percezione del dolore cambia: la fitta lancinante si trasforma in una sensazione più tollerabile, simile a un calore diffuso.

Questo effetto è dovuto all'ipnoanalgesia, una delle applicazioni più straordinarie dell'ipnosi nella gestione del dolore.

L'ipnosi non elimina la causa fisica del dolore ma agisce sulla sua percezione, lavorando sulla relazione tra corpo e mente e insegnando al paziente a modificare l'esperienza sensoriale ed emotiva.

L'ipnosi ha diversi meccanismi d'azione quando si tratta di ridurre il dolore. Uno dei principali è la defocalizzazione dell'attenzione: invece di concentrarsi sul dolore, la mente viene guidata verso immagini piacevoli o parti del corpo che non stanno soffrendo. Per esempio, chi ha dolore lombare potrebbe essere invitato a immaginare di camminare su una spiaggia calda, sentendo la sabbia sotto i piedi. Questo semplice spostamento dell'attenzione aiuta a ridurre l'intensità del dolore percepito.

Un altro aspetto importante è la riduzione dell'ansia. L'ipnosi induce uno stato di rilassamento profondo, calmando quelle aree del cervello che elaborano la paura e lo stress. Per chi ha una malattia cronica, il dolore spesso si accompagna all'ansia per il futuro, ma grazie all'ipnosi il corpo e la mente possono rilassarsi, portando beneficio sia a livello fisico che emotivo.

C'è poi il decondizionamento, che è particolarmente utile per chi associa determinate situazioni al dolore. Pensiamo a chi soffre di fibromialgia e teme il dolore ogni volta che si siede alla scrivania. L'ipnosi aiuta a interrompere questa associazione automatica, rieducando il cervello a non aspettarsi necessariamente dolore in quel contesto.

Un'altra strategia efficace è la trasformazione del dolore, dove si utilizzano immagini metaforiche. Chi soffre di emicrania, ad esempio, può essere invitato a immaginare il dolore come una nuvola grigia che si dissolve lentamente nel cielo. Questo aiuta a ridurre la percezione del dolore e a renderlo meno opprimente.

Esiste anche la possibilità di creare una vera e propria anestesia locale o globale. Chi ha un dolore acuto, come un mal di schiena forte, può essere guidato a immaginare che la zona dolorante diventi insensibile, come se fosse stata «addormentata» da un anestetico. Con la pratica, questa tecnica può aiutare a riprendere le attività quotidiane con meno sofferenza.

Per chi convive con dolori cronici difficili da eliminare, l'ipnosi insegna anche una strategia di accettazione del dolore. Invece di lottare contro la sofferenza, si impara a osservarla in modo distaccato, come un'onda che arriva e poi passa. Questo cambia il modo in cui il dolore viene vissuto, rendendolo meno invalidante.

L'ipnosi si è dimostrata utile in tante condizioni di dolore cronico e acuto. Per chi soffre di emicranie, ad esempio, non sempre elimina il dolore, ma spesso lo trasforma in una sensazione più sopportabile, permettendo di continuare la giornata. Anche nel dolore oncologico, può essere una risorsa preziosa, riducendo la sofferenza fisica e portando una maggiore serenità emotiva.

È stata utilizzata con successo anche nel dolore neuropatico, come quello da arto fantasma, aiutando a ridurre la sensazione di dolore pulsante e a ritrovare un senso di controllo. Anche nel dolore muscolo-scheletrico, molte persone hanno scoperto di riuscire a riprendere attività che avevano abbandonato, semplicemente perché il dolore, pur non sparendo del tutto, diventava più gestibile.

Anche quando non elimina completamente il dolore, l'ipnosi offre comunque vantaggi significativi. Molti notano un miglioramento del sonno, perché il rilassamento profondo aiuta a dormire meglio. Altri riferiscono una riduzione dello stress, come se avessero una pausa dalla tensione costante causata dal dolore. Ma forse la cosa più importante è il maggiore senso di controllo: chi soffre di dolore cronico spesso si sente in balia della propria condizione, mentre con l'ipnosi si acquisisce uno strumento concreto per affrontarla, invece di subirla passivamente.

Non tutti i pazienti, però, rispondono allo stesso modo all'ipnosi. La suggestionabilità individuale gioca un ruolo importante: pazienti più aperti e predisposti tendono a ottenere risultati migliori. Tuttavia, anche nei casi meno responsivi, l'ipnosi offre benefici emotivi e psicologici che migliorano la qualità della vita.

L'ipnosi è più di una tecnica, è una strada che insegna a trasformare il dolore in un'esperienza più tollerabile.

VIDEO SULL'IPNOSI E IL DOLORE CRONICO



La vittoria di Monica: una spina trasformata in forza

Dopo diversi interventi Monica si era quasi arresa all'idea di dover convivere con un dolore al ginocchio molto limitante. Per lei era come una spina. Ma Monica ha trovato il modo di rimuoverla grazie all'ipnosi. Attraverso questa pratica, ha imparato a gestire il dolore e ridurne l'intensità riappropriandosi della sua vita.

Ipnosi, analgesia e anestesia

L'ipnosi si è dimostrata un metodo straordinario per indurre analgesia (riduzione del dolore) o anestesia (eliminazione completa del dolore) in contesti medici, odontoiatrici e psicoterapeutici.

Depressione

Attivazione comportamentale

Il modello cognitivo comportamentale della depressione e i trattamenti *evidence-based* si concentrano in particolare sull'Attivazione Comportamentale (AC) o *Behavioural Activation* (BA). Questo approccio terapeutico, considerato uno dei trattamenti più efficaci per il disturbo depressivo, è in uso da decenni sia come intervento autonomo sia come parte integrante della terapia cognitiva.

La AC è una tecnica psicoterapeutica che mira a incrementare la consapevolezza sull'esistenza di attività piacevoli e significative in cui farsi coinvolgere per favorire interazioni positive con l'ambiente circostante. Questo orientamento si rivolge principalmente al trattamento della depressione clinica, ma negli ultimi anni è stato utilizzato con successo anche per altre condizioni psicologiche in cui vi è una riduzione di attività gratificanti e orientate a uno specifico scopo.

Le radici della AC hanno origine dagli studi sul comportamentismo di B.F. Skinner (1904-1990), che enfatizzava il modo in cui gli individui rispondono agli stimoli ambientali.

Alcuni suoi allievi, come Charles Ferster e Peter Lewinsohn, applicarono questi principi alla comprensione della depressione. Il secondo, in particolare, sviluppò un modello comportamentale della depressione in cui si identificava la mancanza di rinforzi positivi stabili come fattore chiave nel mantenimento della patologia. Secondo questo modello, il trattamento consiste nel pianificare con il paziente attività che

favoriscano l'accesso a esperienze gratificanti, ristabilendo, così, un ciclo positivo di comportamenti rinforzati dall'ambiente.

Negli ultimi 40 anni, la AC si è sviluppata in quattro versioni principali, tutte sostenute da solide evidenze empiriche.

1. Peter Lewinsohn (1979): il primo a formalizzare il trattamento comportamentale della depressione, integrando tecniche di pianificazione delle attività con un focus sui rinforzi positivi.
2. Aaron Beck (Beck et al., 1979): pioniere della Terapia Cognitiva, la incluse nel suo modello, utilizzando esercizi comportamentali per modificare credenze irrazionali. Tuttavia, in questo contesto, l'obiettivo principale rimaneva cognitivo e l'origine comportamentale delle tecniche fu in parte trascurata.
3. Martell, Addis e Jacobson (2001): nel manuale *Depression in Context: Strategies for Guided Action*, rilanciarono le tecniche comportamentali come trattamento autonomo, riabilitando l'idea che la AC fosse efficace quanto i trattamenti cognitivi. Introdussero anche strategie per superare i comportamenti evitanti, ritenuti centrali nella depressione.
4. Lejuez et al. (2001): svilupparono un modello di AC breve e accessibile, che si concentra sull'attivazione immediata attraverso attività significative.

Negli anni '70 e '80, Lewinsohn combinò la AC con altre tecniche, come il training sulle abilità sociali e la ristrutturazione cognitiva, creando un trattamento integrato per la depressione. Pubblicò anche manuali di auto aiuto, come *Control Your Depression* (Lewinsohn et al., 1978), per rendere accessibili queste strategie a un pubblico più ampio. Allo stesso tempo, terapeuti come Beck ed Ellis la incorporarono nei loro modelli cognitivi, ma spesso la utilizzarono come strumento per modificare credenze e schemi mentali, distanziandosi dalle sue origini puramente comportamentali.

La svolta arrivò nel 1996, quando Neil S. Jacobson et al. dimostrarono che la AC, da sola, era altrettanto efficace quanto la Terapia Cognitiva completa, che includeva anche la ristrutturazione di schemi e credenze di base. Questo risultato fu confermato anche a due anni di follow-up, suggerendo che la pianificazione delle attività e la AC non necessitavano di interventi cognitivi aggiuntivi per ottenere benefici significativi.

I contributi di Charles Bohris Ferster, allievo di Skinner, influenzarono profondamente le versioni moderne della AC. Ferster identificò l'evitamento come un comportamento centrale nella depressione, in cui la persona cerca di sfuggire a emozioni o situazioni avverse, riducendo così le opportunità di ricevere rinforzi positivi. Martell, Addis e Jacobson incorporarono tecniche per riconoscere e superare questi comportamenti evitanti, contribuendo a rendere la AC un trattamento più completo e mirato.

La AC rappresenta un trattamento efficace e accessibile per la depressione, basato su solide fondamenta comportamentali. Le sue varie evoluzioni ne hanno arricchito l'approccio senza snaturarne i principi. Al centro rimane l'obiettivo di

aiutare i pazienti a riscoprire attività gratificanti e a ristabilire un legame positivo con il loro ambiente, interrompendo i cicli di inattività e isolamento tipici della depressione. Oggi, la AC è riconosciuta non solo come un trattamento autonomo per la depressione, ma anche come un metodo versatile per affrontare una vasta gamma di problematiche psicologiche.

I rinforzi e l'analisi funzionale nell'Attivazione Comportamentale

Evidenza scientifica: l'APA riconosce la Behavioral Activation come uno degli interventi supportati empiricamente per la depressione, inserendola tra i trattamenti basati sull'evidenza nelle sue linee guida.

Nel documento «Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts» (2019), l'APA raccomanda la Behavioral Activation come trattamento efficace, con un livello di evidenza elevato per gli adulti.

L'approccio è indicato anche in contesti di depressione comorbida (ad esempio, con ansia o problemi somatici).

Un rinforzo positivo si verifica quando la conseguenza di un comportamento aumenta la probabilità che quel comportamento venga ripetuto in futuro. Per esempio, se qualcuno partecipa a un'attività sociale e si sente apprezzato, quella sensazione piacevole lo incoraggerà a partecipare ad attività simili in futuro. L'AC lavora proprio su questo principio: aiutare le persone a riprendere contatto con fonti stabili di rinforzo positivo che nella depressione, spesso, vengono meno.

La loro perdita è una caratteristica centrale della depressione clinica. Quando non si riescono a trovare gratificazioni o ricompense nelle proprie azioni, i comportamenti positivi tendono a estinguersi. Questo porta non solo a un calo delle attività, ma anche a un'insorgenza di emozioni dolorose, come tristezza e senso di vuoto.

La AC, quindi, non si limita a incoraggiare le persone a intraprendere attività piacevoli, ma lavora su tre aspetti fondamentali per identificare e costruire esperienze di rinforzo positivo:

1. **specificità individuale:** ogni persona trova rinforzanti cose diverse. Per esempio, un'attività gratificante per qualcuno potrebbe non esserlo per un altro. È fondamentale scoprire cosa sia effettivamente rinforzante per ogni singolo individuo;
2. **disponibilità ambientale:** non tutte le attività rinforzanti sono accessibili a tutti. Se il rinforzo positivo desiderato non è disponibile nel contesto sociale della persona, è necessario modificare l'ambiente o identificare alternative;
3. **competenze personali:** non basta che un rinforzo sia accessibile, bisogna anche possedere le abilità per ottenerlo. Ad esempio, partecipare a una festa può esse-

re un'esperienza gratificante, ma solo se la persona ha abilità sociali adeguate. Quando queste competenze sono carenti, la AC include training specifici, come il *social skills training* o il training assertivo, per aiutare i pazienti a sviluppare le capacità necessarie.

Il rinforzo negativo, invece, si verifica quando un comportamento riduce o elimina uno stimolo negativo, aumentando così la probabilità che quel comportamento venga ripetuto. Un esempio comune è l'uso di farmaci per alleviare il dolore fisico o l'inattività per evitare il disagio emotivo. Sebbene questi comportamenti forniscano un sollievo temporaneo, contribuiscono al mantenimento della depressione, limitando ulteriormente il contatto con esperienze positive.

L'evitamento esperienziale è un tipo specifico di rinforzo negativo. Consiste nell'evitare situazioni o emozioni percepite come spiacevoli, il che spesso si traduce in una riduzione delle attività quotidiane. Per esempio, una persona depressa potrebbe trascorrere molto tempo a letto. Questo comportamento può essere rinforzato negativamente, in quanto rimanere a letto permette di evitare la fatica di alzarsi o il disagio di affrontare situazioni sociali che potrebbero causare vergogna. Tuttavia, a lungo termine, questo evitamento riduce ulteriormente il contatto con potenziali fonti di rinforzo positivo, aggravando la depressione.

Un elemento importante della AC è capire se l'inattività della persona sia dovuta principalmente alla perdita di rinforzi positivi o all'evitamento di emozioni negative. Questa distinzione guida il terapeuta nella pianificazione delle attività. Non basta incoraggiare il paziente a fare di più, ma bisogna anche affrontare i meccanismi di evitamento che bloccano l'accesso a esperienze gratificanti.

Un aspetto cruciale della AC è la comprensione della storia personale del paziente, in particolare i pattern di rinforzo che hanno influenzato i suoi comportamenti nel passato. Non ci impegniamo in un comportamento con l'obiettivo consapevole di ottenere un rinforzo, ma perché quel comportamento è stato associato a specifici risultati positivi o negativi in passato. Questo significa che la depressione non è solo il risultato di eventi attuali, ma anche di una storia di esperienze che hanno plasmato il modo in cui una persona risponde all'ambiente.

Conoscere questa storia consente al terapeuta di identificare le relazioni funzionali tra comportamenti e contesti, aiutando il paziente a ricostruire un repertorio di azioni rinforzanti e a ridurre i comportamenti evitanti. Questo approccio, descritto da Jonathan W. Kanter, Andrew M. Busch e Laura C. Rusch (2009), rende la AC un trattamento altamente personalizzato e basato su una comprensione profonda delle dinamiche individuali.

La AC, quindi, è un approccio che non si limita a incoraggiare l'attività, ma mira a trasformare il rapporto della persona con il proprio ambiente. Si concentra su ciò che motiva il comportamento umano, valorizzando l'individualità del paziente e

affrontando le barriere che ostacolano il cambiamento, come l'evitamento esperienziale. Grazie a un lavoro mirato sul rinforzo positivo e negativo, e alla comprensione della storia personale, rappresenta uno strumento potente ed efficace per aiutare le persone a uscire dal ciclo della depressione e a ristabilire un contatto positivo con la propria vita.

La AC si fonda sui principi chiave della teoria comportamentale per comprendere e modificare i comportamenti che contribuiscono al mantenimento della depressione. Uno degli strumenti centrali di questo approccio è l'analisi funzionale, utilizzata durante l'assessment per identificare le relazioni tra i comportamenti, il loro contesto e le loro conseguenze. Inoltre, enfatizza l'importanza di comprendere il ruolo dei valori personali nel guidare il cambiamento comportamentale.

Uno dei suoi elementi fondamentali riguarda la comprensione del rinforzo e di come esso influenzi il mantenimento o l'estinzione dei comportamenti. Esistono alcune regole chiave da considerare, ovvero la potenza e la frequenza del rinforzo.

Più un rinforzo è potente, meno deve essere frequente affinché un comportamento venga mantenuto. Tuttavia, comportamenti sostenuti da rinforzi potenti tendono a estinguersi rapidamente quando il rinforzo viene a mancare. Al contrario, comportamenti mantenuti da rinforzi meno potenti o più rari (ad esempio, intermittenti o imprevedibili) si estinguono più lentamente, perché la mancanza di rinforzo diventa evidente solo dopo molte ripetizioni.

Questo principio ha implicazioni significative per il trattamento; per esempio, comportamenti depressivi come l'inattività possono essere mantenuti da rinforzi negativi intermittenti (ad esempio, sollievo temporaneo dal disagio emotivo), rendendo necessario un intervento mirato per interrompere questi schemi.

L'analisi funzionale è uno strumento diagnostico e terapeutico che mira a comprendere il «perché» di un determinato comportamento, andando oltre la sua forma apparente. Si concentra su tre elementi fondamentali, noti come ABC:

A – Antecedente: quali sono le circostanze o i contesti che precedono il comportamento?

- Esempio: il paziente riceve una telefonata che gli genera ansia.

B – Comportamento: qual è il comportamento osservabile?

- Esempio: il paziente evita di rispondere al telefono.

C – Conseguenze: quali sono gli effetti immediati del comportamento?

- Esempio: il paziente prova sollievo dall'ansia (rinforzo negativo).

A differenza dell'ABC cognitivo, in cui il focus è sui pensieri e sulle conseguenze emotive, nell'ABC comportamentale il bersaglio è il comportamento osservabile e le sue relazioni con l'ambiente.

L'analisi funzionale ha tre scopi principali nell'AC:

1. **identificare relazioni funzionali:** comprendere come antecedenti e conseguenze influenzano il comportamento, per decidere dove intervenire;

2. **distinguere tra cause:** valutare quanto l'inattività tipica della depressione sia dovuta alla perdita di rinforzi positivi rispetto a comportamenti evitanti rinforzati negativamente;
3. **guidare l'intervento:** scegliere la strategia più appropriata (ad esempio, aumentare i rinforzi positivi, affrontare l'evitamento, migliorare le abilità sociali).

Secondo Kanter, Busch e Rusch (2009), l'intervento varia a seconda del target identificato nell'analisi funzionale.

- **Intervenire sugli antecedenti:**
 - espandere i contesti in cui il paziente si muove, aumentando la varietà e la ricchezza di situazioni che possono fornire rinforzi positivi;
 - creare nuove opportunità di contatto con esperienze gratificanti.
- **Intervenire sul comportamento:**
 - utilizzare compiti di Attivazione Comportamentale, come la pianificazione di attività graduali e mirate;
 - fornire training sulle competenze, ad esempio per migliorare abilità sociali o assertive.
- **Intervenire sulle conseguenze:**
 - usare tecniche di gestione delle contingenze, premiando comportamenti positivi e riducendo il rinforzo di comportamenti evitanti;
 - incorporare pratiche di mindfulness per aiutare il paziente a tollerare emozioni difficili senza ricorrere all'evitamento;
 - collegare le attività pianificate ai valori personali del paziente, per aumentarne il significato.

Un aspetto cruciale della AC moderna è il lavoro sui valori personali, che rappresentano le linee guida profonde e che danno significato alla vita di una persona. Identificare ciò che è importante per il paziente (ad esempio, relazioni, crescita personale, contributo sociale) permette di pianificare attività che non siano solo piacevoli, ma anche coerenti con i suoi valori.

Questo focus sui valori serve a:

- motivare il cambiamento: le attività pianificate diventano più significative e coinvolgenti;
- colmare il divario tra comportamento attuale e valori: aiutando il paziente a riconnettersi con ciò che è importante per lui, si riduce il senso di vuoto tipico della depressione;
- superare l'evitamento: quando un'attività è allineata ai valori personali, può essere più facile affrontare le emozioni negative che possono emergere.

La AC è un trattamento profondamente radicato nella comprensione funzionale del comportamento umano. Attraverso strumenti come l'analisi funzionale e

un focus sui valori personali, non si limita a «far fare di più» al paziente, ma punta a creare connessioni significative con l'ambiente e con ciò che dà valore alla vita. Questo approccio consente di affrontare i meccanismi alla base della depressione, offrendo strategie mirate e personalizzate per favorire un cambiamento sostenibile e duraturo.

Piacere e valore: una distinzione cruciale

Un aspetto distintivo dell'AC è la differenza tra piacere e valore. Le attività che si cerca di incentivare non sono necessariamente orientate al piacere immediato, ma piuttosto al sistema personale di valori del paziente. Ad esempio, attività che richiedono impegno o che possono sembrare faticose (come completare un progetto di lavoro o prendersi cura della famiglia) possono essere più gratificanti a lungo termine rispetto ad attività puramente edonistiche.

Il terapeuta lavora per aiutare il paziente a riconoscere quali sono i suoi valori più importanti: cosa considera significativo nella vita? Quali obiettivi ha abbandonato a causa della depressione? Come può iniziare a costruire una vita più ricca di scopo e significato? Stabilire un collegamento tra comportamenti attuali e valori a lungo termine rende le attività più motivanti e fornisce una base per il cambiamento.

L'intervento in AC segue un percorso strutturato che include fasi di assessment, monitoraggio e pianificazione.

- **Raccolta dell'anamnesi:** si parte dalla storia personale del paziente, con un'attenzione particolare ai fattori ambientali e relazionali che possono essere collegati al suo stato depressivo. Questo aiuta a costruire una comprensione contestuale della sofferenza.
- **Fornire una spiegazione razionale:** il terapeuta restituisce una lettura della storia personale del paziente, validando le sue emozioni e spiegando come la depressione sia una risposta naturale a determinate difficoltà. L'obiettivo è motivare il paziente, infondendo speranza e ottimismo, e sottolineare l'importanza di riattivarsi attraverso attività significative.
- **Monitoraggio delle attività:** il paziente viene incoraggiato a monitorare le proprie attività quotidiane, utilizzando strumenti come griglie giorno-ora o diari. Questo permette di osservare i pattern di comportamento, identificare le attività ridotte o eccessive e ottenere una panoramica della restrizione comportamentale.
- **Assessment dei valori:** si esplora ciò che è importante per il paziente attraverso riflessioni guidate o strumenti specifici, come il Questionario sui Valori della Vita (QLV). Il paziente valuta diverse aree di importanza (ad esempio, famiglia, lavoro, relazioni) e traduce i valori in obiettivi concreti.
- **Assegnazione di compiti di attivazione:** paziente e terapeuta collaborano per pianificare attività graduali, creando una gerarchia basata sulla difficoltà. Si parte da attività semplici, come prendersi cura dell'igiene personale o domestica,

fino ad arrivare a obiettivi più impegnativi e significativi. Ogni attività viene pianificata nei dettagli, considerando:

- chi, cosa, quando e dove;
 - ostacoli prevedibili e soluzioni;
 - risultati attesi.
- **Verifica degli homework:** a ogni seduta, si riflette sulle attività svolte e si analizzano eventuali ostacoli che hanno impedito il completamento dei compiti. L'insuccesso diventa un'occasione per un'analisi funzionale: si esamina se l'ostacolo è legato agli antecedenti (ad esempio, dimenticanza), a deficit di abilità (ad esempio, problem solving o abilità sociali), o ai conseguenti (ad esempio, rinforzi negativi legati all'evitamento).

Quando la semplice attivazione non è sufficiente, entra in gioco l'analisi funzionale. Come già accennato, questo strumento permette di identificare gli ostacoli che impediscono il cambiamento e di intervenire in modo mirato.

Ad esempio:

- **Antecedenti:** si lavora per modificare il contesto ambientale e sociale del paziente, aumentando le opportunità di contatto con rinforzi positivi.
- **Comportamenti:** si forniscono training per migliorare competenze specifiche, come abilità sociali o capacità di problem solving.
- **Conseguenze:** si identificano rinforzi negativi che mantengono i comportamenti depressivi, come il sollievo emotivo derivante dall'evitamento, e si sviluppano strategie per sostituirli con esperienze più gratificanti.

La verifica regolare dei compiti a casa non serve solo a valutare i progressi, ma anche a riformulare strategie inefficaci. Per esempio, se il paziente non completa un'attività, il terapeuta lo aiuta a identificare le difficoltà specifiche e ad affrontarle in modo collaborativo. Questo processo di adattamento continuo è essenziale per creare fiducia e favorire il successo.

Infine, il lavoro sui valori è un elemento distintivo della AC. Integrare i valori personali nel processo terapeutico aiuta il paziente a vedere le attività non solo come obblighi o compiti, ma come passi verso una vita che rispecchia ciò che è veramente importante per lui. Questo collegamento con i valori rende le attività più motivanti e aumenta il loro potenziale rinforzante, anche quando richiedono sforzo o non offrono un piacere immediato.

La AC è molto più di un incoraggiamento ad «agire di più». È un approccio strutturato che combina analisi comportamentale, lavoro sui valori personali e pianificazione di attività significative che aiutano il paziente a rompere il ciclo della depressione. Grazie a un monitoraggio continuo, a una riflessione sugli ostacoli e a una pianificazione mirata, la AC offre una strategia potente per ricostruire una vita ricca di scopo e significato.