

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.**

**Corso Base di
“Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica”**

**UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE
IPNOTICA NEL L'AMBULATORIO DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA :
ESPERIENZA PERSONALE**

RELATORE

Dr. Rocco Iannini

CANDIDATO

Elisabetta Bianchi

INDICE

Introduzione.....	p. 4
Monoideismo plastico.....	p. 7
Monoideismo plastico nei bambini.....	p. 9
Sviluppo delle competenze sonore del bambino come mezzo interattivo.....	p. 16
Esperienza personale.....	p. 21
Sintesi e conclusioni	p. 30
Bibliografia.....	p. 35

1. Introduzione

Franco Granone definì l'ipnosi come la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore.

L'ipnosi è nata con l'uomo.

Probabilmente la specie umana ha iniziato ad ipnotizzare sin da quando ha cominciato a intagliare la pietra. Gli antichi egiziani la usavano nella pratica medica per procurare un'anestesia.

In realtà come spesso si crede l'ipnosi non è una disciplina occulta, né un fluido magnetico e per praticarla non bisogna essere dotati di poteri speciali: è un fenomeno molto naturale e quotidiano.

La parola "ipnosi" deriva dal greco *hypnos*, che significa "sonno" ma, durante una seduta di ipnositerapia, al contrario di quello che generalmente si pensa, il paziente non perde il controllo di sé e non è inconsapevole di quel che avviene intorno a lui, anzi rimane cosciente ed è possibile parlargli.

L'ipnosi va distinta dalla semplice trance, intesa come dissociazione dell'Io con perdita dell'unitarietà delle funzioni dello stesso e sua regressione ad funzionamento primordiale senza però un monoideismo plastico.

La trance ipnotica, come la trance quotidiana, è sempre dinamica e si arricchisce con la presenza di immagini mentali che possono essere rappresentazioni figurative o visualizzazioni e che possono anche appartenere al bagaglio esperienziale del soggetto, oltre che stimulate dall'operatore (1).

Con l'ipnosi raggiungiamo l'emisfero destro (l'inconscio) per mezzo di parole (l'uso del conscio), creando una relazione significativa fra gli stati presenti in entrambi gli emisferi quindi tutto parte dal linguaggio e dai suoi significati (1).

Si può dire che l'ipnosi è “Una regressione dell'Io al servizio dell'Io” Questo stato di trance rende l'individuo particolarmente ricettivo nei confronti delle immagini che l'analista gli presenta.

Sviluppando la creatività dell'individuo, si utilizzano quelle risorse dell'intelligenza che non seguono il ragionamento lineare di causa-effetto della nostra logica.

Attraverso questo apprendimento avviene una sorta di rimodellamento del cervello, favorito dallo stato di trance, che consente un abbassamento della critica razionale, permettendoci di sviluppare dei cambiamenti legati sempre però alla volontà del paziente.

In questo stato prevalgono le funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico intellettive.

L'ipnosi è anche l'estensione e l'utilizzazione ragionata e guidata (attraverso precise regole di comunicazione) dei diversi livelli di vigilanza dinamici (o diversi stati di coscienza che abbiamo nel corso delle attività quotidiane) che M. Erickson definiva come "trance quotidiana".

2. Monoideismo plastico

La trance ipnotica, come la trance quotidiana, è sempre dinamica e si arricchisce con la presenza di immagini mentali che possono essere rappresentazioni figurative o dinamiche.

Per monoideismo plastico si intende la focalizzazione dell'energia mentale su un'unica immagine che si concretizza in una manifestazione fisica osservabile, misurabile e ripetibile.

Questo è dovuto alla enorme capacità della mente di creare delle immagini che quando occupano totalmente il pensiero si traducono fisicamente in azione (Monoideismo plastico: esercizio ASIECI).

L'aspetto di personalità che sembra più importante per la capacità di andare in trance è l'assorbimento, cioè la capacità di rimanere fortemente concentrati su qualcosa; questo tratto va di pari passo con un'immaginazione fervida e vivida, con una spiccata attenzione per i propri processi interiori e con la capacità di lasciarsi fortemente coinvolgere ed affascinare. La correlazione tra ipnotizzabilità e assorbimento non sembra essere influenzata molto dai diversi contesti;

mentre individui che possiedono in misura blanda quest'aspetto sono più sensibili ai cambiamenti di situazione o circostanza.

3. Monoideismo plastico nei bambini

I bambini, in genere hanno una forte capacità immaginifica pertanto da questo punto di vista sono già pronti e dotati di una capacità dissociativa che consente loro di rendere plastica quell'idea che possono facilmente immaginare.

Si è visto che, anche in presenza di soggetti ipnotisti alle prime armi, l'utilizzo di un semplice linguaggio ipnotico durante l'interazione insegnante-bambino sia utile a facilitare l'apprendimento e sviluppare una maggiore ritenzione mnestica nei bambini in età prescolare (4).

L'uomo comunica con il resto del mondo grazie ad una serie di apparati percettivi costituiti dagli occhi e dalle orecchie, ma anche dalla bocca utile a sentire il gusto, dalla pelle per il tatto e dall'olfatto. Le informazioni che giungono a ciascuno di noi subiscono una serie di distorsioni, che nei bambini sono ancora meno enfatizzate proprio a causa della loro ancora scarsa capacità di essere molto strutturati, pertanto, fortemente influenzabili dalla loro scarsa esperienza pregressa.

L'utilizzo di tutti i 5 sensi, compresi il gusto e l'olfatto che rimanda ad aspetti ancestrali che caratterizzano il nostro cervello, ci permette un maggiore apprendimento poiché fissa e/o richiama alla nostra memoria un numero maggior di esperienze.

L'utilizzo di quelli che in PNL si chiamano predicati sensorialmente basati, cioè parole che indicano un processo (come verbi, avverbi, aggettivi) che servono per descrivere un qualcosa e che ci permettono di esprimerci meglio e far sì che gli altri ci comprendano meglio e siano maggiormente coinvolti grazie al modo in cui ci esprimiamo. L'utilizzo infatti, dei predicati sensorialmente basati permette al nostro interlocutore di evocare immagini, suoni e più in generale ricordi vari che rimandano all'esperienza soggettiva dell'altro ed allo stesso tempo gli consentono di aiutarlo ad entrare in uno stato di coscienza diversa. Tale caratteristica, come già accennato, fa parte dei bambini che proprio per la loro forte capacità immaginifica e scarso senso critico, si fanno coinvolgere in maniera totale o quasi, dai racconti a loro proposti.

A tal proposito è interessante una ricerca effettuata con un target di bambini in età prescolare, che dimostra come anche nella quotidianità e

in presenza di soggetti ipnotisti alle prime armi, sia stato sufficientemente semplice adottare un linguaggio ipnotico(utilizzando il Monoideismo plastico) durante l'interazione insegnante-bambino utile a produrre un maggiore apprendimento e sviluppare una maggiore ritenzione mnestica nei bambini in età prescolare, come si era detto in precedenza.

Sono stati studiati due gruppi di bambini di pari numero ed età , nel primo gruppo l'insegnante che seguiva i bambini utilizzava dei termini che rimandavano ai 5 sensi classificati come V (Vista o sistema Visivo), A (udito o sistema Auditivo) e K (Sistema cenestesico che comprende il tatto, l'olfatto e il gusto) e che hanno permesso di agganciare e/o stimolare il bimbo durante l'interazione con l'insegnante. Mentre nell'altro gruppo veniva utilizzato il sistema tradizionale che non prevedeva i potenziali sensorialmente basati ed il linguaggio ipnotico.

Attraverso lo studio della memoria si può verificare nei bambini l'apprendimento e le associazioni. Diversi studi sono stati fatti sulla memoria dagli anni 60 in poi, soprattutto nel quadro dell'approccio teorico HIP (*Human Information Processing*), che studia la mente come uno strumento per elaborare informazioni, mettendo in evidenza le diverse

capacità mnemoniche che l'uomo possiede: sensoriale, a breve termine ed a lungo termine.

Si è visto che lo sviluppo della memoria nei bambini in età prescolare a 5 anni si ha soprattutto attraverso la rievocazione.

La rapida espansione del vocabolario dal 2 anno di vita in poi, mostra che i bambini sono in grado di ritenere anche materiale astratto: memoria e sviluppo linguistico e concettuale si intrecciano inscindibilmente. Gli studiosi dell'HIP attribuiscono questo incremento a 2 fattori: aumento della capacità strutturale e miglioramento funzionale. Un bambino già a 3 anni può essere un valido testimone (es. cause di divorzio) ma 6 anni è il limite minimo ormai considerato accettabile e 10 anni l'età giusta.

L'ipotesi di ricerca dello studio sopracitato, partiva dal presupposto che nell'interazione dell'insegnante col bambino attraverso l'uso di predicati sensorialmente basati, il bimbo possa apprendere e ritenere in memoria l'informazione, utilizzando anche l'oggetto transazionale, che aiuta il bambino ad entrare in contatto con la realtà permettendogli di adattarsi ai cambiamenti e di superare le difficoltà ogni bambino crea quindi il proprio oggetto (4).

Winnicott ha introdotto i termini di oggetti transizionale e di fenomeni transizionale per designare l'area intermedia di esperienza, tra il dito e l'orsacchiotto, tra l'erotismo orale e il vero rapporto oggettuale. Quindi questi oggetti che non sono parte del suo corpo e che non sono ancora pienamente riconosciuti come appartenenti alla realtà esterna rientrano nell'area intermedia dei fenomeni transizionale. Questi sono chiamati da Winnicott fenomeni transizionale e l'oggetto soffice o di altro tipo che è stato trovato e usato dal bambino diventa un oggetto transizionale, il cui uso diventa di importanza vitale per il bambino al momento di andare a dormire, e che rappresenta una difesa contro l'angoscia di tipo depressivo. Questo oggetto diventa sempre più importante.

Winnicott suggerisce che il modello di fenomeno transizionale incomincia a mostrarsi all'incirca tra i quattro mesi, i sei, gli otto e i dodici mesi. I modelli stabiliti nella prima infanzia possono persistere nella seconda fase dello sviluppo.. La loro necessità di essere agganciati anche in una seconda fase dello sviluppo, all'oggetto transizionale, ha permesso, attraverso l'utilizzo dei predicati sensorialmente basati, l'interazione coi bimbi che era finalizzata a produrre nel bambino un Monoideismo che diventasse plastico e che permettesse allo stesso di

ritenere l'informazione in memoria per un tempo maggiore rispetto ai bimbi appartenenti all'altro gruppo in cui insegnante e assistente interagivano liberamente e senza focalizzarsi sull'utilizzo dei predicati.

Nella prima fase dello studio è stato richiesto ai bambini di entrambi i gruppi di disegnare una casa e in un secondo momento, dopo aver controllato i disegni, veniva richiesto al bimbo di raffigurare se stesso qualora non fosse stato presente nel disegno.

Nella seconda fase ad entrambi i gruppi è stato chiesto di scegliere un oggetto transizionale (e.p.) da raffigurare nella casa. Al termine della seconda fase veniva richiesto ad entrambi i gruppi A e B di descrivere la figura dell'e.p. e le insegnanti interagivano coi bambini ma solo l'insegnante del gruppo A, adeguatamente formata, durante l'interazione utilizzava predicati sensorialmente basati, al fine di produrre un "monoideismo" riferito all'oggetto transizionale (Elemento Positivo) che man mano diventava plastico. L'insegnante del gruppo A lavorava sul monoideismo relativo all'E.P. scelto dapprima da ciascun maschio e successivamente dalle femmine. Durante l'interazione sull'E.P. l'insegnante dapprima si accertava che fosse presente l'E.P. e successivamente interagiva col bimbo stimolando la percezione dello stesso basandosi sui predicati sensorialmente basati.

Nella terza fase , dopo 15 giorni veniva richiesto ad entrambi i gruppi A e B di disegnare la casa e solo i bimbi del gruppo A (in cui le insegnanti avevano lavorato sul monoideismo rendendolo plastico), rappresentavano anche l'e.p., dimostrando la ritenzione in memoria dell'informazione, a differenza del gruppo B dove solo un bambino aveva rappresentato l'e.p.

Dall'analisi dei dati emerge in maniera chiara come i bambini di 5 anni del gruppo, che hanno beneficiato dell' interazione con l'insegnante che ha utilizzato predicati sensorialmente basati e l'utilizzo del linguaggio ipnotico, hanno manifestato una maggiore ritenzione dell'informazione legata all 'oggetto transizionale (4).

4. Sviluppo delle competenze sonore del bambino come mezzo interattivo

La percezione sonora nel feto si sviluppa già dal 6/7 mese di vita intrauterina.

Già dalla 31 settimana è' in grado di discriminare la voce della mamma preferendola a quella di una donna estranea, inoltre è' capace di ascoltare e di discriminare i suoni (5).

Si è' visto a livello cerebrale un'organizzazione delle funzioni linguistiche distribuita in particolare modo nell'emisfero sinistro in linea con la futura lateralizzazione dell'età adulta (6).

Alla nascita il bambino riconosce la voce della madre attraverso una particolare prosodia, ossia all'intonazione ed allo schema ritmico (7).

La misurazione delle caratteristiche del pianto di neonati di diverse madrelingue, ha evidenziato che la melodia di questo varia in funzione della madrelingua di appartenenza.

Si definisce baby-talk o motherese il linguaggio che universalmente gli adulti usano per parlare con i lattanti. Esso è caratterizzato da un modo cantilenante, con ripetizioni, tonalità scura, ritmo lento e multimodalità

cioè utilizzo delle espressioni del volto e gestualità del corpo per accompagnare i contenuti sonori.

Il baby-talk viene utilizzato fino al secondo , terzo anno di vita modificandosi di volta in volta a seconda dell'età del bambino e dei contenuti della comunicazione (8).

Ma è' soprattutto il significato emotivo del marmese che è' stato oggetto di particolare attenzione dai ricercatori del campo.

Il baby-talk permetterebbe lo sviluppo di una modalità relazionale funzionale tra bambino e adulto che porta ad una adeguata lettura delle emozioni e consente di comprendere gli stati mentali e di sviluppare una intelligenza sociale adeguata.

Per molti bambini, soprattutto quelli che hanno vissuto esperienze di ospedalizzazione, la visita dal pediatra è un momento di forte disagio emotivo che viene manifestato con pianto, ansia, rifiuto di farsi visitare. Il fattore principale del disagio provato dal bambino è sicuramente dovuto all'associazione camice bianco e invasività.

Dai primi giorni di vita il nascituro viene a contatto con il camice bianco: puericultrici, pediatri, medici vaccinatori e se a questo si aggiunge anche qualche visita in ospedaliera (<http://www.educabimbi.it/bambino-in-ospedale/>) il bambino ha tutte le ragioni di essere ostile verso il camice bianco. Si sottolinea inoltre che le visite pediatriche, soprattutto le vaccinazioni, debbono per forza di cose essere invasive, nel senso che il bambino, durante la visita subisce una violazione della sua privacy.

Risulta allora importante preparare il bambino alla visita e attuare degli accorgimenti che possano attenuare le ansie e le paure dei piccoli.

Fondamentale a questo proposito è il comportamento dei genitori e le strategie che attueranno per preparare il piccolo alla visita .

È' opportuno parlargliene in modo positivo e descrivere il medico come una persona buona che non gli farà del male. E 'assolutamente sbagliato, invece, utilizzare il medico come spauracchio (es.: fai il bravo altrimenti il dottore ti fa la puntura).

Una buona idea è quella di regalare al bambino “ la valigetta del dottore” con tutto l'occorrente medico e giocare al dottore simulando la visita proprio prima di andare dal pediatra.

Gli accorgimenti che possono essere d'aiuto dipendono molto anche dalla sensibilità e disponibilità del pediatra. Si può quindi chiedere al medico, per esempio, di togliersi il camice prima della visita o di visitare il bambino, per quanto possibile, in braccio al genitore (<http://www.educabimbi.it/genitori-primi-passi/>).

Il medico invece, può rendere più agevole la visita scaldando tra le mani lo stetoscopio per evitare un brusco impatto sul bambino, lasciare che sia la madre a poggiarlo sulla bilancia durante le visite di controllo di crescita ed eventualmente , alla fine della visita regalare al bambino un piccolo oggettino.

Anche un'atteggiamento corporeo accogliente ed un tono della voce rassicurante possono favorire la buona riuscita della visita, come il racconto di ciò il medico sta facendo.

Importante è l'ambiente che accoglie il bambino , pareti chiare con colori tenui, arredi colorati e disegni alle pareti con immagini che rievocano il mondo ed i sogni infantili ,sono sicuramente di grande aiuto per far sentire accolto e sicuro il piccolo.

Tutte queste indicazioni possono rendere la visita di controllo dal pediatra un momento sereno per i bambini e genitori e facilitare il lavoro

del medico permettendo di poter effettuare la visita medica con scrupolo ed arrivare ad una diagnosi corretta ed eventuale terapia adeguata.

Infatti la difficoltà dell'esecuzione della visita può determinare una sua incompletezza a discapito di una diagnosi corretta .

Si deduce pertanto, quanto sia importante la presenza del genitore ed il suo atteggiamento positivo e collaborativo con il medico.

Infatti perché il confronto con il pediatra sia davvero utile, è necessario che il genitore sappia raccontare ,fare domande, esprimere le proprie esigenze sul ciò che preoccupa della salute del piccolo e successivamente ascoltare il parere del pediatra .

L'obiettivo ultimo del medico , oltre a risolvere il problema prettamente sanitario, è quello di mettere a disposizione dei genitori la sua esperienza e la sua competenza per renderli sempre più sicuri ed autonomi nell'accudimento del piccolo e più capaci di capire quando chiedere aiuto nei momenti di reale difficoltà (9).

5. Esperienza personale

Io sono una pediatra di libera scelta e pertanto mi occupo della salute psicofisica dei bambini, che sono iscritti negli elenchi dell'ambito territoriale che mi viene assegnato dalla Asl, per le loro cure.

Negli ultimi anni mi vengono assegnati, dal sistema sanitario nazionale degli incarichi di titolarità temporanea, cioè mi vengono attribuiti i bambini appartenenti agli elenchi dei colleghi pediatri di libera scelta, che vanno in pensione e che pertanto lasciano senza copertura sanitaria.

Questo comporta che mi occupo temporaneamente ed in genere almeno un anno, della salute di questi bambini.

Pertanto per le famiglie di questi bambini io vengo assegnata d'ufficio senza possibilità di scelta da parte loro ne io posso decidere chi voglio o no seguire dal punto di vista sanitario.

Si tratta della classica scatola chiusa , prendere o lasciare .

Alla base di un rapporto medico paziente ci dovrebbe essere la conoscenza e la successiva scelta per fiducia ,in questo caso io devo

lavorare guadagnandomi molto rapidamente la fiducia preceduta da una conoscenza altrettanto veloce.

La stessa tempistica è d'obbligo nel meritarmi la fiducia del bambino, che deve accettare di farsi visitare da un medico che improvvisamente è cambiato, che non si trova in un ambiente ospedaliero dove tale modalità è la prassi, ma da un medico che è diventato improvvisamente il suo dottore di riferimento ,con molta probabilità anche cambiando i connotati di genere ,colore di capelli , altezza, timbro di voce , modi di fare, nonché il nome ed in genere che lo accoglie in un ambiente completamente nuovo e spesso poco accogliente. Infatti per questi incarichi temporanei viene assegnata una sede di lavoro di proprietà dell'Asl che spesso coincide con i locali della guardia medica locale , riconosciuti dai bambini come luogo dove vengono fatte le vaccinazioni e/o terapie invasive per urgenze mediche .

In genere i piccoli pazienti , abbattuti i muri della diffidenza , usano avvicinarsi al loro medico pediatra che li conosce dalla nascita, utilizzando un approccio ed un linguaggio confidenziale.

Utilizzano spontaneamente un modo non referenziale ,chiamandoci per nome ed usando il tu". Ci fanno domande dirette e sono molto curiosi

del perché siamo vestiti o pettinati in un certo modo anziché in un altro e chiedono giustificazioni se scorgono un po' di malumore , tristezza in noi o se gli dedichiamo meno tempo del previsto .

Ci portano i loro disegni , i loro giochi più cari, amano raccontarci episodi per loro importanti della giornata trascorsa o avvenimenti ritenuti fondamentali, pensieri positivi ma anche preoccupazioni. Non si pongono il problema se il loro linguaggio è adeguato, parlano spontaneamente come ad un amico che vedono saltuariamente e spesso aspettano con gioia le nostre visite.

Tutto questo avviene se il loro istinto li assicura che noi non gli facciamo del male.

E ' facile, pertanto, immaginare cosa succede nella loro mente quando improvvisamente il loro dottore/amico di fiducia cambia senza una giustificazione valida , se non quella che improvvisamente, il loro dottore amico è diventato vecchio per visitarli.

Se prima entravano trotterellando dentro lo studio ,cercando i gesti abituali , i rumori conosciuti, il tocco e la voce familiare, improvvisamente ai loro occhi e' tutto nuovo, sconosciuto, insicuro.

Non possono neanche avere certezze dai loro genitori ,i loro punti di riferimento, perché anche per questi, il dottore e' sconosciuto, da

valutare molto rapidamente e con altrettanta rapidità capire se meriterà la loro fiducia per il bene dei suoi figli.

Immaginabili, poi, possono essere i termini di paragone che verranno usati dopo la prima visita, una volta tornati a casa.

Si capisce allora chiaramente quanto la prima impressione sia fondamentale, le prime parole, il tono della voce usato, la sicurezza e serenità che si percepiscono siano fondamentali la prima volta che avviene l'incontro. Sembra quasi di assistere ad un primo incontro al buio.

Le classiche formule standard utilizzate per tranquillizzare il piccolo, che nel frattempo avrà sicuramente cercato di eludere la visita scappando o nascondendosi dietro la figura genitoriale non funzionano.

Dire "non ti faccio nulla" o "tranquillo non faccio le punture," non serve a togliere l'ansia del primo incontro, anzi sono così scontate da risultare poco credibili.

Anche per il medico con titolarità temporanea, come è attualmente la mia situazione lavorativa, si presentano le stesse difficoltà di approccio. Infatti durante il primo periodo dell'incarico entri in contatto con persone mai conosciute, nomi nuovi da ricordare rapidamente perché poi ti chiameranno nei giorni successivi al telefono, patologie

sconosciute in quei bambini , terapie precedentemente fatte spesso senza riscontro scritto, urgenze, visite di controllo programmare, problemi irrisolti o parzialmente risolti dal precedente collega.

Pertanto, risulta indispensabile utilizzare un approccio il più possibile rassicurante, che dia fiducia e che permetta al bambino di rispondere positivamente a ciò che richiede una visita medica anche, se pur lievemente invasiva .

Indispensabile, infatti, è l'ascultazione con fonendoscopio del torace , l'utilizzo dell'otoscopio per osservare la membrana timpanica , l'utilizzo del tocco delle mani per visionare un addome, l'ispezione dei genitali e per ultimo, in quanto temuta particolarmente, l'ispezione della faringe coadiuvata dall'uso dell'abbassalingua.

Pertanto risulta indispensabile utilizzare una comunicazione rassicurante ed in grado di attirare l'attenzione del bambino soprattutto di età compresa tra 1 e 3 anni, dove è in fase di maturazione lo sviluppo del se ' e dell'identità e durante il quale la figura genitoriale è' fondamentale come punto di riferimento per approcciarsi con l'estraneo.

La comunicazione di tipo ipnotico come visto in precedenza, è' una tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi

neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente (comunicazione ipnotica a.s.i.e.c.i.). Il principio su cui si basa tale comunicazione è' la consapevolezza del potere che hanno le parole nel creare immagini nella mente in grado portare effetti sul corpo.

Il paziente riesce a concentrarsi su se stesso e sulla esperienza che sta vivendo grazie all'azione che tale comunicazione ha a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che si instaura tra operatore e paziente .

Il linguaggio usato utilizza parole positive, che danno fiducia al paziente di poter essere in grado di affrontare una certa situazione e viene accompagnato da un tono della voce calmo e rassicurante .

Piu' che imposizioni , vengono espresse delle possibilità, il paziente viene accompagnato nel suo percorso dove solo lui è il protagonista .

Pertanto, trovandomi nella simulazione lavorativa descritta sopra e frequentando nel frattempo la scuola di ipnosi di Granone, ho pensato di utilizzare le caratteristiche della comunicazione ipnotica per cercare di risolvere i problemi comunicativi che incontravo alla prima visita nei bambini di età compresa tra 1 e 3 anni, tenendo conto dello sviluppo linguistico e uditivo raggiunto dal bambino per l'età',della sua capacità

immaginativa , del suo bisogno di avere un punto di riferimento rassicurante e dell'importanza dell'oggetto di transizione.

L'approccio standard del bambino di quell'età' durante una visita medica con una figura sanitaria sconosciuta, è caratterizzato dalla diffidenza, dal rifiuto di farsi toccare e dal rifugio verso la figura che lo ha accompagnato per la visita.

Ho pensato allora di utilizzare una tecnica di approccio basata sull'utilizzo sia della figura di fiducia per il bambino che sulla modalità di comunicazione .

Una volta entrato il piccolo nello studio , lo saluto guardandolo negli occhi e lo rassicuro che non verrà' allontanato dalla figura protettrice. Pertanto la mia visita verrà' fatta mantenendo il bambino in braccio al suo al suo accompagnatore e pertanto sarò io ad adeguarmi a tale posizione.

Quindi inizialmente faccio in modo che il piccolo si senta in un ambiente sicuro, come anche la seduta ipnotica prevede.

Successivamente guardando sempre il bambino , per stabilire un rapporto tra me e lui, come la comunicazione i tipo ipnotico prevede, chiedo il motivo della visita . Non accenno nessuna frase standard tipo “ stai tranquillo non ti faccio nulla, non faccio punture, ect.”, ma spiego al

bambino che cosa dovrò fare (come nelle sedute di ipnosi) , chiedendo apparentemente il suo permesso.

A questo punto, entrando nel vivo della visita con bambino quasi sempre piagnucolante, invito il piccolo a focalizzare la sua attenzione alla sua figura protettiva che lo ha accompagnato .

In particolare gli chiedo di abbracciare tale persona e a pensare al suo respiro (l'aria che entra ,l'aria che esce), oppure all'oggetto transizione che ha portato o a qualche oggetto presente nello studio, che ha destato in lui attenzione.

Utilizzo pertanto il concetto di Monoideismo plastico di cui ha parlato Granone per spostare l'attenzione da ciò che sto facendo in quel momento, favorendo la concentrazione del piccolo su qualcosa di interessante per lui è condiviso da entrambi.

Ho notato che anche se l'età non sarebbe favorevole per tali esperimenti, la focalizzazione sul respiro attira l'attenzione del bambino , il quale segue le indicazioni che gli vengono date.

Il tono di voce che utilizzo è basso, il modo è' lento ma determinato, sempre rassicurante e ripetitivo sulla bravura del piccolo (modalità prese dalla comunicazione ipnotica), utilizzando questo approccio riesco a visitare più facilmente il piccolo anche con la strumentazione necessaria.

Le visite successive in genere non hanno più bisogno di un approccio costruito da parte mia, ma avendo raggiunto la fiducia ,è tutto più spontaneo ed immediato .

Anche il rapporto con i genitori risente favorevolmente di questa tecnica esecutiva ,perché vedendo il loro piccolo tranquillo e propenso alla visita, si rilassano diventando anche più collaborativi.

Questo clima sereno che si viene ad instaurare facilita anche l'approfondimento dell'anamnesi , aiuta la rievocazione da parte dei genitori di particolari importanti sulla vita del bambino che avrebbero potuto andare dispersi e la possibilità di formulare domande e esplicitare dubbi.

Inoltre rafforza la fiducia che, come ho già detto, è alla base del rapporto medico / paziente previsto dall'accordo collettivo nazionale per la pediatria di base di cui io faccio parte.

Conclusioni

La P.N.L. o programmazione neuro linguistica si basa sul fondamento che le frasi usate dai soggetti per esprimersi, siano la superficie di una struttura più profonda rappresentata dalla somma di tutte le esperienze fatte dal soggetto nella sua vita.

In questo senso la struttura del linguaggio assume un profondo significato psicologico e terapeutico .In questo modo si tiene conto che una esperienza può essere generalizzata,deformata o cancellata .

Si definisce derivazione il processo che unisce la struttura profonda a quella superficiale.

La derivazione si evince, ascoltando il dialogo con il paziente, dai predicati, avverbi, verbi ed aggettivi usati.

La comunicazione avviene se un messaggio emesso da un emittore passa ad un ricevente

che rimanda una risposta instaurando un feed-back. Anche il silenzio può essere considerato comunicazione e il suo significato dipenderà dal contesto.

Esiste una comunicazione verbale ed una non verbale , la prima sarebbe utilizzata nel 45% dei casi , mentre la seconda nel restante 55%.

I messaggi non verbali possono invalidare quelli verbali.

Anche se in modo semplicistico, viene attribuito all'emisfero destro una dimensione intuitiva e non verbale (emisfero emozionale) , mentre a quello sinistro una dimensione critica/logica e verbale (emisfero razionale).

Il linguaggio figurato, le rime, le metafore, i giochi di parole, la spontaneità del rapporto sono tutti elementi importanti per una buona comunicazione non verbale come anche il carisma, la mimica, la prosodia (musicalità del parlato) e la gestualità.

Molto importante, in una comunicazione efficace, individuare il canale di lettura preferenziale del nostro interlocutore , che potrà essere prevalentemente di tipo visivo, uditivo o cinestetico.

Nei primi anni di vita ci sarebbe uno sviluppo maggiore dell'emisfero destro ed una maggiore sua utilizzazione.

Nei primi due anni di vita, questo emisfero cresce insieme all'aumento delle competenze motorie e sensoriali e le sue connessioni interne

portano alla creazione delle strutture base per attaccamento e la regolazione emozionale.

Il processo di maturazione linguistica, invece, è più complesso e porta ad uno sviluppo più lento dell'emisfero sinistro.

Dopo il primo anno di vita, il corpo calloso che collega i due emisferi, inizia a svilupparsi permettendo così che le capacità semantiche dell'emisfero sinistro si integrino con quelle emozionali del destro.

Pertanto la buona riuscita di un primo approccio con un bambino si basa molto sulla istintività , sul senso di sicurezza che il piccolo percepisce dall' incontro , sul sentirsi a proprio agio vicino alla persona finora sconosciuta .

Importante la capacità rassicurativa ed empatica che la figura adulta riesce a trasmettere al piccolo nel poco tempo a disposizione .

Quindi basandomi su queste conoscenze sia di competenza medica che psicologica, sulla lettura di articoli scientifici al riguardo e sulla frequentazione della scuola di ipnosi , ho ritenuto che potesse essere utile un approccio comunicativo utilizzato nell'ipnosi.

Innanzitutto ho provato ad utilizzare una comunicazione non verbale basata su un atteggiamento di accoglienza e rassicurazione.

Ho utilizzato la figura di accompagnamento del piccolo, come elemento di riferimento per il “luogo sicuro” dove potersi rifugiare durante la visita e mantenendo un tono della voce basso e rassicurante ma deciso nello stesso tempo. Ho dato dei comandi chiari per portare l’attenzione su un elemento e poter così favorire il Monoideismo plastico utile per poter lavorare poi sul bambino in serenità .

Il riscontro è’ stato sicuramente positivo e mi ha permesso di poter lavorare successivamente con più serenità con questi bambini che alle visite successive si sono presentati meno paurosi, più disinvolti nei confronti della figura medica.

Il rapporto di serenità e fiducia che in questo modo si è’ instaurato tra me ed il bambino lo potrei paragonare ad una forma di ancoraggio che permette di affrontare le visite mediche successive senza paura.

Stesse conclusioni si possono fare per il rapporto tra me, medico del piccolo, e i genitori.

In questo caso la fiducia che si riesce ad instaurare è fondamentale per poter seguire nel tempo il benessere psicofisico del bambino ,poiché è necessario che venga accompagnato alla visita medica.

Il genitore che ripone fiducia nel medico riesce meglio a trasmettere la stessa fiducia nel bambino e questo facilita soprattutto l'apprendimento dei consigli terapeutici ed educativi che il pediatra gli proporrà .

Come già detto lo scopo ultimo del lavoro del pediatra è il benessere psicofisico del bambino e la tutela di un ambiente familiare e sociale adeguato . Per ottenere ciò è fondamentale che la figura del medico pediatra sia parte integrante della sua famiglia per poter supportare i genitori nel cammino equilibrato di crescita del piccolo divenendo negli anni un punto di riferimento per lui e per la sua famiglia .

Ritengo pertanto che l'utilizzo della comunicazione di tipo ipnotico possa essere uno valido strumento per il pediatra di libera scelta che può utilizzare quotidianamente, diventando una modalità naturale di comunicazione con i piccoli pazienti.

Bibliografia

1) Angela Pavano . *IPNOSI IN PEDIATRIA L'ipnosi in chirurgia pediatrica*
Approcci metodologici ed esperienze, 2012

2) Monoideismo plastico: esercizio A.S.I.E.C.I.

3) Acta bio medica vol 84 n.2

4) MONOIDEISMO PLASTICO NEI BAMBINI IN ETA
PRESCOLARE. Capacità di apprendimento e ritenzione mnestica
attraverso l uso della PNL

5) Panza C., Flaugnacco E., *Competenze musicali del bambino 0-3 anni.*
Medico e Bambino , Art Spec novembre 571-576 9/2013

6) Mahmoudzadeh M., *Syllabic discrimination in premature human infante prior*
to' complete formazioni of cortical layers. Proc Natl Acad Sci 2013;110:4846-51

7) Lamont AM. *Infant preferenze for familiar andu familiar music: a sociocultural Study*. 2001 SMPC

8) Wermke K. *Melodia as a Primordial Legacy from Eatly Roots of Language*. Behav Brain Sci 2006;24:300

9) Quadrino S., *”Dottore parliamone insieme”* Uppa magazine anno XIX num.101

Siti

1) <http://www.educabimbi.it/>

2) <http://www.educabimbi.it/genitori-primi-passi>

3) <http://asieci.//cms/comunicazione-ipnotica>