

Centro Italiano di ipnosi Clinica _ Sperimentale

Istituto Franco Granone
Fondatore Prof. F. Granone

Direttore del corso: Prof. A.M.Lapenta

Scuola post universitaria di Ipnosi Clinica e Comunicazione ipnotica

In Che Modo La Comunicazione Ipnotica Può Aiutare Le Donne Ad Affrontare Un Interruzione Di Gravidanza Terapeutica O Volontaria?

Candidato: Bisignano Ilaria

Relatore: Iannini Rocco

co-Relatore: Nicolosi Daniela

Anno 2021

...perché credo nella forza delle donne..
...perché credo nelle relazioni umane...
...perché non si può non comunicare...
...perché accogliere è il primo passo
nella relazione d'aiuto...

A tutte le madri interrotte...

Indice

Premessa	pag.4
Aborto spontaneo	pag.6
Aborto terapeutico	pag 9
Legislazione	pag. 15
La radice del dolore	pag 19
L'ipnosi e la comunicazione ipnotica	pag 23
Ipnotizzabilità	pag 27
La comunicazione ipnotica nella relazione d'aiuto	pag 29
Aborto; esperienze di reparto	pag 32
Cambiare un'esperienza con la comunicazione ipnotica	pag 34
La mia esperienza personale	pag 37
Conclusioni.	pag 39
Bibliografia	pag 40

Premessa

Lo Scritto Che Ho Deciso Di Elaborare Nasce Da Una Profonda Esigenza Personale E Professionale.

Ad oggi lavoro nel reparto di Terapia intensiva dall'inizio della pandemia sars-cov2.

Quando decisi di frequentare il corso CIICS nell'anno 2020 prestavo servizio nell'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia del nosocomio di La Spezia. Fu proprio in questa sede che sentii l'esigenza di ricercare e di acquisire un metodo che mi potesse aiutare ad offrire alle pazienti un sostegno efficace nel affrontare un evento traumatico come un'interruzione di gravidanza, sia esso spontaneo o volontario.

Ho spesso riscontrato molti limiti nella pratica clinica.

Noi operatori sanitari nella maggior parte dei casi ci limitiamo ad alleviare il dolore fisico, a causa del poco tempo a disposizione o del troppo carico di lavoro, ma probabilmente lo stesso limite è causato da una ragione molto più personale e soggettiva; non sentirsi in grado, non avere abbastanza strumenti per poter impostare una relazione di cura, in un momento difficile come quello che molte donne sono costrette ad affrontare. Ci si limita alla somministrazione di antidolorifici, non curandosi della parte psicologica, esperienziale e culturale delle donne che vengono in ospedale ad affrontare un "trattamento" così delicato come l'interruzione di gravidanza.

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale reale o potenziale o descritto in termini di danno". In realtà il dolore non è facilmente

definibile poiché influenzato da molteplici variabili soggettive come la cultura il vissuto personale, lo stato psicologico, mai come in questo caso, così importante.

Penso di fatto che l'ipnosi e la comunicazione ipnotica possano essere un valido strumento per tutti i professionisti sanitari nell'instaurare una valida relazione di cura che metta in relazione psiche e corpo, un trattamento olistico che si faccia carico non solo del dolore fisico, ma anche di quello della mente, offrendo così uno strumento per rafforzare ed integrare la propria consapevolezza di se, scoprendo e rinforzando la relazione d'aiuto.

Aborto spontaneo

Prima di parlare di aborto dovremo definire il significato di gravidanza.

Gravidanza, “condizione (detta anche gestazione) della donna, e in genere delle femmine dei mammiferi, nel periodo che va dall’inizio del concepimento al parto (o comunque all’espulsione del [...] termine fisiologico della durata, nella donna è normalmente intorno ai 270 giorni dalla data di inizio dell’ultima mestruazione regolare. (Definizione enciclopedia Tracanni).

Definizione pressoché corretta, se non che dietro la gravidanza di una Donna è racchiuso un concetto molto più ampio e complesso.

Non essendoci corpo senza mente, questo periodo molto particolare della vita di una donna è arricchito da una condizione psicologica fatto di aspettative, sogni, previsioni, ma anche paure. La gravidanza simboleggia la gioia, la speranza per il futuro, i sogni e le relazioni ancora da realizzare; per molti , il passo successivo nella scala della vita.

Benedek descrive la gravidanza come un evento psicosomatico che comporta modificazioni di natura sia fisiologica che psicologica.

Secondo la Pines (1982), le donne in questa fase del ciclo di vita ridefiniscono la propria identità femminile, rivivono il processo di separazione-individuazione dalla propria madre e sperimentano una identificazione sia con la propria madre che con il feto; le future mamme sono allo stesso tempo figlie delle loro madri e diventeranno madri dei loro figli.

Un nuovo ruolo, che rende più complessa la propria identità, si diventa madri, oltre che essere ancora figlie, compagne e donne.

Vediamo ora la definizione di aborto.

Aborto

L'aborto (dal latino abortus, derivato di aboriri, «**perire**», composto di ab, «**via** da», e oriri, «nascere») è l'interruzione della gravidanza, con la rimozione del feto o dell'embrione dall'utero, l'espulsione del prodotto del concepimento avviene entro la 22a settimana (196° giorno) di età gestazionale (OMS).

Autori anglosassoni abbassano il limite dell'aborto alla 20a settimana, epoca in cui il feto può avere capacità di vita autonoma. (definizione Treccani).

L'aborto può essere spontaneo e volontario; il primo è un evento piuttosto frequente: circa il 15-20% di tutte le gravidanze si interrompono, generalmente nelle prime settimane di gestazione. Solo nel 2% delle donne però si verificano due aborti, e nello 0.5-1% dei casi 3 o più aborti.

Le cause sono innumerevoli, tant'è vero che un elenco esaustivo non esiste e non avrebbe utilità. Nella maggioranza dei casi di aborto spontaneo la causa non è riconoscibile, molto spesso si tratta di episodi sporadici, cioè non legati a fattori presenti in maniera continuativa nella stessa donna, e quindi non necessariamente ripetitivi. In tali casi può esservi una causa genetica e spesso legata all'età materna. E' infatti noto che il rischio di aborto spontaneo cresce con l'aumentare dell'età, potendo raggiungere il 40% di possibilità nelle donne oltre i 40 anni

Le modalità dell'aborto si suddividono in:

- Aborto completo

Quando si verifica spontaneamente l'espulsione totale del materiale abortivo embrione e placenta. Situazione che si verifica più facilmente nei periodi più precoci della gravidanza (5-7 settimane di gravidanza). In questi casi può

verificarsi un episodio di emorragia, di variabile entità, accompagnato a dolore al basso ventre o lombo-sacrale. Entro alcuni giorni emorragia e dolore regrediscono pressoché totalmente, e in occasione di un eventuale controllo medico l'ecografia non evidenzia alcuna immagine riferibile a residui abortivi ancora presenti in utero.

- Aborto incompleto

Quando l'evoluzione della gravidanza si interrompe con la morte del feto, di conseguenza si verifica l'espulsione parziale di materiale abortivo.

Con l'ecografia si evidenzierà la persistenza nell'utero di residui di materiale abortivo (residui embrio-fetali e/o annessiali). Ciò determina una continua perdita di sangue, di entità variabile il più delle volte associata a dolore dovuto alla contrazione dell'utero che cerca di espellere spontaneamente il materiale abortivo. L'intervento chirurgico atto allo svuotamento dell'utero mediante isterosuzione o revisione della cavità uterina, detta anche raschiamento è un atto necessario per porre fine e al dolore e alle continue emorragie.

- Aborto interno

Quando non si ha un'espulsione del materiale fetale/embrionale dopo 24h dalla morte dello stesso. In questo caso solitamente l'arresto dell'evoluzione della gravidanza (cioè la morte del feto) può non comportare sintomi. A volte l'unico segno che fa sospettare l'aborto è la scomparsa dei comuni sintomi della gravidanza, ad esempio la nausea o la tensione del seno. Va detto peraltro che tali segni, pur in una gravidanza in normale evoluzione, non sono sempre così chiaramente presenti in tutte le donne.

Solo più tardivamente, giorni o anche settimane dalla morte dell'embrione compaiono dei sintomi come perdite di sangue e dolore dovuti al tentativo

dell'utero di espellere il materiale abortivo. Anche in questo caso l'intervento d'elezione è l'eliminazione del materiale abortivo tramite isterosuzione.

Aborto terapeutico

L'aborto terapeutico è un'interruzione di gravidanza effettuata tramite interventi medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto affetto da gravi patologie o malformazioni.

Più nel dettaglio;

Se eseguito entro i primi 90 giorni di gestazione previsti dalla norma vigente (legge 194/1978) si parla di un'interruzione **volontaria (I.V.G)** è consentito anche per ragioni differenti la tutela della salute della donna e del feto come ad esempio per ragioni economiche, familiari, sociali ecc..

Si parla invece di interruzione **terapeutica** di gravidanza **(I.T.G)** quando tale procedura avviene dopo i 90 giorni di gestazione (art.6 legge 194). Consentita solo nel caso in cui il proseguo della gravidanza e/o il parto costituiscono un grave ed effettivo pericolo per la vita della donna quindi solo in presenza di accertati processi patologici - tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro - in grado di determinare un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Per poter procedere all'esecuzione dell'aborto terapeutico, è necessario che le condizioni mediche gravi per le quali quest'atto rappresenta l'unica soluzione siano accertate da un medico.

Le principali condizioni mediche riguardanti la madre che possono portare all'esecuzione di un aborto terapeutico sono rappresentate da:

Gravi patologie cardiovascolari;

Gravi patologie renali;

Alcuni tipi di tumore maligno, quali ad esempio il cancro al seno, il cancro della cervice, il linfoma, la leucemia, il melanoma, il cancro allo stomaco e ai polmoni, soprattutto se hanno metastatizzato raggiungendo la placenta e il feto. Fra le gravi condizioni mediche che possono interessare il feto e indurre il medico ad optare per un aborto terapeutico, ritroviamo invece:

I disordini e le anomalie cromosomiche;

I difetti neurologici;

Le malformazioni;

I disordini metabolici.

Infine, si segnala che l'aborto terapeutico può essere praticato anche in presenza di gravidanze multifetali che possono provocare la morte o lo sviluppo ritardato dei feti.

Procedura

La procedura per l'interruzione di gravidanza avviene essenzialmente mediante due trattamenti: farmacologico oppure chirurgico.

Il ricorso a un tipo di trattamento piuttosto che ad un altro dipende da una serie di diversi fattori, quali:

Lo stato di avanzamento della gravidanza;

La presenza di controindicazioni all'esecuzione di un determinato tipo di aborto, farmacologico o chirurgico che sia;

La presenza di allergie a uno o più dei farmaci che devono essere somministrati durante la procedura per l'interruzione della gravidanza (anestetici per il trattamento chirurgico, abortivi e analoghi prostaglandinici per l'aborto farmacologico).

Chiaramente, il discorso cambia nel caso in cui dovesse presentarsi un'urgenza e la vita della paziente si trovasse in uno stato di imminente pericolo. In una simile situazione, difatti, sarà il medico a decidere il da farsi, procedendo con il ricovero ospedaliero e mettendo in pratica la procedura che più ritiene idonea per salvaguardare la vita della propria paziente.

Aborto Terapeutico di tipo **Farmacologico**

L'aborto terapeutico di tipo farmacologico prevede che l'interruzione della gravidanza venga effettuata attraverso la somministrazione di specifici farmaci.

Trattandosi di un aborto farmacologico a tutti gli effetti, esso deve essere eseguito entro le prime 7-9 settimane, calcolate a partire dal primo giorno dell'ultimo ciclo mestruale. Se la gravidanza è ad uno stadio più avanzato, è necessario procedere con il trattamento chirurgico.

Ad ogni modo, l'aborto terapeutico di tipo farmacologico prevede la somministrazione di:

Un farmaco abortivo, ossia della cosiddetta pillola abortiva, RU486, contenente il principio attivo mifepristone. Questo principio attivo contrasta l'azione del progesterone - fondamentale nelle prime fasi della gravidanza - e provoca il distacco del sacco embrionale.

Un analogo prostaglandinico. Generalmente, si utilizza il misoprostolo, ma si può ricorrere anche alla somministrazione del gemeprost. Questo farmaco viene somministrato 36-48 ore dopo il farmaco abortivo e ha il compito di indurre le contrazioni per consentire l'espulsione del contenuto dell'utero.

Aborto Terapeutico di tipo Chirurgico

Quando la gravidanza si trova ad uno stadio tale da non permettere il ricorso alla pillola abortiva, oppure quando l'aborto farmacologico non può essere praticato per altri motivi (presenza di allergie o controindicazioni all'uso dei farmaci necessari), è possibile ricorrere alla chirurgia e al cosiddetto svuotamento strumentale dell'utero. Più nel dettaglio, le metodiche utilizzate sono l'aspirazione e il raschiamento.

Se si pratica l'aspirazione, l'aborto terapeutico viene effettuato aspirando il contenuto dell'utero attraverso un'apposita cannula. Il raschiamento, invece, prevede l'utilizzo di uno specifico strumento tagliente a forma di cucchiaio noto come "curette" o "curetta", grazie al quale è possibile raschiare delicatamente il rivestimento dell'utero al fine di rimuovere il prodotto del concepimento.

Indipendentemente dal tipo di aborto terapeutico effettuato - farmacologico o chirurgico - l'esito viene confermato 14-15 giorni dopo il trattamento mediante l'esecuzione di un'ecografia e/o specifiche analisi del sangue.

La procedura adottata invece per eseguire l'aborto terapeutico dopo di 90 giorni di gestazione è simile ad un induzione di travaglio di parto.

Altro protocollo attualmente possibile ora in Italia, consiste nella somministrazione da una a 3 compresse di Mifegyne (più conosciuta come RU 486) seguita a distanza di 72 ore dalla somministrazione di prostaglandine (Cytotec o Misoone) per via sub-linguale, ogni 3 ore per un massimo di 5 volte. In alcune regioni d'Italia, dopo la prima assunzione di Mifepristone in regime di Day Hospital, la donna può tornare a casa in attesa del secondo rientro nella struttura ospedaliera, questa volta in regime di ricovero. In altre regioni, è obbligatorio il ricovero fin dalla prima assunzione del farmaco e se la donna non desidera permanere in ospedale deve firmare che rifiuta il ricovero.

Nel reparto di ostetricia e ginecologia dell'Asl5 di La Spezia il protocollo è il seguente; Somministrazione una compressa di Mifepristone 600 mg, il giorno prima dell'interruzione di gravidanza, a distanza di 24 ore si inizia con la somministrazione per via vaginale di prostaglandine; 3cp di misoprostolo la prima volta, poi due compresse ogni 3 ore per un massimo di 5 volte.

Dopo la somministrazione di un protocollo piuttosto che un altro si attende l'inizio del travaglio di parto, naturalmente non sarà mai come un travaglio che insorge alla 40esima settimana di gravidanza, tuttavia considerando il dolore provocato dalle contrazioni uterine e lo stato psicologico particolare in cui avviene l'intero processo, è doveroso porre particolare attenzione ad un'adeguata copertura analgesica.

Al momento della fase espulsiva, se la donna lo desidera e se nella struttura è possibile, si può effettuare un'anestesia generale.

Dopo aver prestato assistenza all'espulsione del feto, l'operatore può ritenere opportuno eseguire una revisione della cavità uterina (raschiamento). Un esame ecografico viene eseguito comunque prima della dimissione, che avviene in genere nella prima giornata post abortiva.

Legislazione

L'aborto è un fenomeno sociale fin dalla notte dei tempi;

In antichità le maternità indesiderate erano spesso oggetto di decisioni “estreme”.

Fino al 1975 l'aborto era in Italia ancora una pratica illegale: uno degli ultimi Paesi europei a considerarlo un reato. Ciò non significava, ovviamente, che di aborti non ne avvenissero: anzi, le donne italiane, già svantaggiate da una legislazione punitiva nei confronti della contraccezione, quando dovevano affrontare una gravidanza non voluta si dovevano rivolgere clandestinamente alle famigerate “*mammane*”, che con mezzi assolutamente non idonei e in cambio di un lauto compenso, “risolvevano il problema”, talvolta al prezzo della vita della donna stessa.

Nel Novecento si è affacciata, e poi diffusa, la tesi che lo Stato debba garantire alla donne che si ritrovano in questa situazione di poter decidere (da sole) se interrompere la propria gravidanza.

Solo nel 1975 una sentenza della Corte Costituzionale stabiliva finalmente la «differenza» tra un embrione e un essere umano e sanciva la prevalenza della salute della madre rispetto alla vita del nascituro.

Il 22 maggio 1978 veniva approvata la “storica” legge 194, con la quale si riconosceva il diritto della donna a interrompere, gratuitamente e nelle strutture pubbliche, la gravidanza indesiderata, oltre che a politiche di prevenzione da attuare presso i consultori familiari.

Veniva stabilito altresì la possibilità per il medico e gli operatori sanitari a non operare in caso avessero sollevato obiezione di coscienza.

In Italia, nonostante l'aborto sia legalizzato, la dilagante obiezione di coscienza (solo il 60% degli ospedali con reparto di ostetricia ha un servizio IVG) sta aggravando anno dopo anno il disservizio in molte Regioni, limitando di fatto il diritto alle scelte riproduttive e alla salute di molte donne che vivono nel nostro paese.

ABORTO

UN PO' DI NUMERI

1978

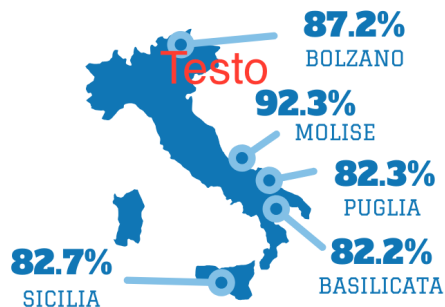


In Italia l'interruzione di gravidanza diventa legale. Nonostante sia un diritto riconosciuto da 40 anni grazie alla legge 194, non è ancora garantito.

7 SU 10

I ginecologi obiettori

Con punte dell'80% e del 90% in 5 tra Regioni e Province autonome. Tra queste...



61

I paesi in cui l'aborto è ammesso entro certi limiti di tempo durante la gravidanza

MALTA E CITTÀ DEL VATICANO
Vietano per legge la pratica

SAN MARINO, LIECHTENSTEIN,
ANDORRA, EIRE, ULSTER

La ammettono pur con severe restrizioni



I motivi che giustificano la legalizzazione dell'aborto si potrebbero riassumere nei seguenti punti:

- il vietarlo non ne impedisce la pratica, la rende invece clandestina, costosa e pericolosa;
- la vita di una madre ha più valore di quella di un feto;
- la maternità deve essere una scelta responsabile e consapevole, e non il frutto, ad esempio, del malfunzionamento di un contraccettivo;
- la vita per un bambino non desiderato, specialmente se gravemente malato, potrebbe non essere la soluzione migliore.

Dall'applicazione della legge 194 secondo la relazione del Parlamento in Italia nell'anno 2018, il numero di IVG risulta essere stato di 76.328 IVG, con una riduzione del 5,5% rispetto al dato del 2017. Il dato è dimezzato rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234.801 casi.

Dal 2009 nel nostro paese è possibile interrompere volontariamente una gravidanza con il metodo farmacologico, grazie all'immissione in commercio per una procedura di mutuo riconoscimento, del mifepristone, o RU486.

Eppure, secondo la relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della legge 194, in Italia solo il 21% delle IVG avviene con la RU486. Questa bassa percentuale è dovuta principalmente alle difficoltà organizzative legate alle modalità di ricovero previste dalle regioni. In quasi tutte le regioni italiane, infatti, per l'aborto medico, che comporta l'assunzione di due farmaci a distanza di 48 ore l'uno dall'altro, è stabilito il ricovero ordinario fino all'avvenuta espulsione del prodotto del concepimento (ossia è previsto un ricovero di almeno tre giorni).

Al contrario, nella stragrande maggioranza degli altri paesi in cui si fa uso della RU486 tale procedura viene espletata in assoluta sicurezza in regime ambulatoriale o a domicilio. Non solo: mentre nel resto d'Europa la pillola abortiva si può assumere entro le 9 settimane, in Italia il limite è fissato a 7.

La radice del dolore

La radice etimologica della parola aborto è nel termine latino abortus, da ab-orior, letteralmente “venir meno nel nascere, non nascere, morire”; con questo termine, che è il contrario di orior, nascere, si intende dunque la fine del percorso vitale del bambino in utero.

Aborto quindi vuol dire morto, non portato a compimento, ne sussegue naturalmente un altro termine; lutto anch'esso derivante dal latino, luctus-lugere ossia piangere, sofferenza per la perdita di una persona cara.

Il Lutto quindi è la parola che descrive al meglio l'esperienza dell'aborto.

Oggi giorno, soprattutto nel mondo occidentale c'è la tendenza a minimizzare il concetto di lutto post-abortivo, soprattutto se la perdita del prodotto del concepimento si manifesta nel primo trimestre di gravidanza. Si ha quindi una morte senza lutto, quindi senza sofferenza, senza lacrime.

In realtà il lutto, accade, anche se l'aborto è stato “deciso” scelto e programmato quindi “non accidentale”.

La scelta dell'aborto, decidere tra la vita o la morte, lo rende un evento luttuoso particolarmente grave sia da condividere che da gestire ed elaborare; nelle donne e nelle coppie che compiono questa scelta si manifesta spesso un doppio lutto; quello della perdita e quello di aver scelto la perdita. Purtroppo questo intimo vissuto è raramente condiviso e condivisibile.

C'è la tendenza a pensare che chi sceglie di abortire abbia una consapevolezza e una sicurezza tale da non provare sentimenti luttuosi e si fatica a comprendere che questa scelta, pur essendo razionale e volontaria, è comunque emotivamente sofferta e può essere vissuta come scelta “indesiderabile”.

Le donne sperimentano per molto tempo un intenso vissuto di colpa, che le accompagna per anni; dopo l'aborto la psiche femminile è maggiormente vulnerabile allo stress psicofisico è stata descritta in molti studi come una vera e

propria sintomatologia da lutto complicato, in cui ai sintomi tipici del lutto si affiancano segni e sintomi di patologie psichiatriche strutturate.

I sintomi più frequenti di questa sindrome sono aspetti depressivi, sintomi tipici del panico, disturbi del comportamento alimentare o disturbi da uso di sostanze.

Molte donne isolano il loro lutto a livello subconscio o inconscio, prendendone le distanze e negando l'effettiva portata della loro sofferenza, allo scopo di auto-curare quel dolore che non sembra condivisibile, non si sentono degne e libere di esprimere la loro sofferenza ed i loro pensieri relativi alla perdita; solo in rari casi provano a farlo, ma trovano interlocutori non sempre adeguati. Nella maggior parte dei casi, le persone non riescono a riconoscere il lutto in un evento “programmato e voluto”, assumendo quindi un atteggiamento distaccato e critico; si chiede alle donne di non pensarci, dicendo che verranno altri figli in momenti più opportuni, che lo fanno tutti e non è la fine del mondo, che avrebbero potuto pensarci prima, e via discorrendo.

In realtà, nel caso del lutto post abortivo, ancor più degli altri lutti e in generale delle situazioni di perdita i requisiti essenziali per poter affrontare e superare in modo efficace l'evento traumatico sono l'accessibilità alle risorse familiari, sociali e istituzionali, risorse queste molto spesso inesistenti o inadeguate, lasciando come unica alternativa possibile il silenzio, alimentando così l'isolamento, il senso di indegnità e di giudizio, ed anche il senso di smarrimento profondo e di fragilità personale tipici della fase iniziale di ogni lutto.

Il lutto post-abortivo è in realtà un lutto plurimo, perché le “perdite” da affrontare sono molteplici, e strettamente concatenate le une alle altre. La donna sperimenta sofferenze diverse su piani diversi, che riguardano l'interruzione della relazione con il bambino, una frattura tra il prima dell'aborto ed il dopo rispetto al suo modo di sentire e percepire la realtà, ma anche di giudicarsi e di valutare le sue relazioni. Insieme all'aborto avviene una “rivoluzione”, fatta di

perdite e di ricostruzioni, di fratture e di riparazioni, che si conclude con il riarrangiamento della propria identità in un'identità nuova, e con l'integrazione dell'aborto nel proprio percorso di vita.

Una donna che interrompe la gravidanza soffre sia per la perdita del bambino che per la perdita di una parte della propria immagine come persona e nei diversi ruoli di figlia, donna, compagna, cittadina, appartenente ad una comunità religiosa etc. La “perdita” di queste identità precedenti senza un corretto adeguamento è spesso responsabile di una cattiva elaborazione del lutto e espone le donne a rischio di lutto complicato, soprattutto sul versante depressivo e di condotte autolesive spesso associato a sintomi somatici.

A livello sociale, familiare, culturale e religioso il tema dell'aborto si accompagna ad una fitta rete di opinioni, giudizi, pregiudizi, assolutismi; una decisione presa sull'onda della vergogna, della colpa o della paura, privata della necessaria consapevolezza e obiettività costituisce un fattore predisponente per il lutto complicato in questi casi prevalgono i vissuti depressivi e la cosiddetta “sindrome dell'if only”: “se solo avessi aspettato, se solo mi fossi rivolta a quella comunità, se solo avessi saputo, se solo avessi avuto coraggio...”. Molte donne, quando scoprono di dover affrontare questa scelta riportano un senso di panico e di allarme misto a vergogna e a timore di avere fallito totalmente come persone, e rischiano di decidere in modo “dissociato”, mettendo una sorta di pilota automatico, guidate più dalla paura che da una consapevole libertà. L'iter decisionale, unito al sistema di credenze e di valori della donna e del suo nucleo sociale costituiscono due imprescindibili premesse per una buona elaborazione del lutto.

La donna ha bisogno di riconoscere la perdita, di elaborarla, di comunicarla per poter affrontare ed elaborare un lutto di un figlio mai nato, esternando tutte le emozioni che spesso lo accompagnano. Bisognerebbe quindi offrire uno spazio e un tempo per pensare, per comunicare, per **accogliere**.

La comunicazione e la gestione da parte degli operatori sanitari è spesso insensibile, c'è la tendenza a “fuggire” dal dolore sia fisicamente che mentalmente, creando quindi un distacco fisico ed emotivo rispetto al caso che ci si trova davanti, riducendo i nostri interventi solo ad una assistenza prettamente fisica, senza dedicare una sola parola né alla morte del feto, né al dolore della madre - genitori, lasciando quindi una sensazione di abbandono, di trascuratezza, di cattiva assistenza.

Il più delle volte questo avviene poiché manca una adeguata formazione dell'equipe rispetto alle strategie di comunicazione. Un benessere ed una adeguata educazione psicologica dello staff (condividendo, elaborando discutendo dei vari casi che ci si trova ad affrontare in reparto), permetterebbe un'erogazione di assistenza con più empatia e sensibilità.

L'ipnosi e la comunicazione ipnotica

Ancora oggi la parola ipnosi nella maggior parte delle persone crea un'immagine di magia, di esoterismo, di show, un'immagine di succubanza di volontà, in definitiva un qualcosa da temere, di cui non fidarsi troppo.

In realtà il fenomeno ipnotico è legato più ad uno stato; come quello di veglia, di sonno, cioè una condizione di coscienza fisiologica, e non patologica come all'inizio sosteneva Charcot.

Si potrebbe quindi pensare che come lo stato di sonno o di veglia anche quello ipnotico sia una condizione che potrebbe manifestarsi in maniera del tutto naturale e autonoma come le prime due.

In realtà bisognerebbe fare una distinzione tra l'induzione del fenomeno e il fenomeno ipnotico, il quale necessita di un rapporto, - *transfert* - in altre parole il fenomeno ipnotico necessita di un rapporto, di una relazione medico- paziente.

Altro concetto cardine necessario al manifestarsi del fenomeno ipnotico secondo Franco Granone è il Monoidismo plastico; la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, talmente potente e carica emozionalmente che si riverbera sul piano psicosomatico, quindi che si manifesta, diventa plastica, fattiva, capace di portare modificazioni nell'organismo, modificazioni muscolari nervose, viscerali, percettive, ma anche più profonde come modificazioni endocrine ed addirittura immunitarie.

Potremmo citare un semplice esperimento di manifestazione del monoidismo plastico. Bisogna innanzitutto procurarsi un filo dove ad una delle estremità appendiamo una graffetta, o delle perline, insomma un piccolo peso che funga da pendolo. Impugnare il filo tra il pollice e l'indice lasciando cadere l'estremità più pesante su un piano, dove bisogna appoggiare il gomito ben fermo, il mio pendolo deve essere perpendicolare al tavolo. Ora mentalmente far oscillare il pendolo avanti e indietro senza fare nessun movimento con le dita, cercando di rimanere perfettamente immobili, si noterà che il pendolo inizierà effettivamente a muoversi avanti e indietro. Provare ora mentalmente a muovere

il nostro oggetto disegnando un cerchio con un movimento rotatorio antiorario, ora in senso orario.

Ricordo ancora benissimo la sensazione di stupore ed incredulità, quando feci per la prima volta esperienza del Monoideismo Plastico con questo facile esperimento, il primo giorno del corso CIICS 2020. Ne rimasi totalmente affascinata.

Quindi se l'ipnosi è un particolare, ma normale stato psicofisiologico di un soggetto, che tramite l'ipnotismo (tramite tecniche, metodiche e conoscenze che l'operatore impiega per realizzare l'ipnosi) sperimenta uno stato ipnotico realizzando un monoteismo plastico cos'è la Comunicazione Ipnotica?

Potremmo iniziare col definire il concetto di comunicazione.

Deriva dal **latino** *cum* = Con, e *munire* = legare, costruire e dal latino *communico* = mettere in comune, far partecipe.

Secondo la teoria classica la Comunicazione è la trasmissione di un messaggio da un emittente ed un ricevente e viceversa.

Nel 1967 Paul Watzlawick dopo importanti ricerche stila dei punti essenziali, sempre presenti in ogni tipo di comunicazione umana.

I 5 principali assiomi della comunicazione sono;

Non si può non comunicare: Quindi secondo questo principio, qualsiasi comportamento, sguardo, atteggiamento del corpo, modo di vestire, tono della voce ecc.. comunica qualcosa a chi ti circonda.

Secondo il secondo assioma si distinguono due livelli di comunicazione; il primo è dei **contenuti** ossia cosa stai comunicando, il secondo è di **relazione** ossia che tipo di relazione vuoi instaurare con l'altro.

Il terzo assioma spiega che il modo di **interpretare la comunicazione dipende da come viene punteggiata o ordinata la sequenza della comunicazione fatta.**

Ad esempio; Mario ha un atteggiamento remissivo perché la madre lo sta riprendendo.

La madre di Mario la sta riprendendo per il suo atteggiamento.

Il quarto assioma distingue la comunicazione tra **numerica e analogica;** **La Numerica** essenzialmente riguarda l'uso di parole racchiuse in una precisa ed organizzata sintassi logica.

L'analogica si basa su analogie tra la comunicazione e l'oggetto della comunicazione, ne fa parte tutta la comunicazione non verbale. Ad esempio la postura, con braccia conserte rispecchia un'atteggiamento di chiusura.

Il quinto e ultimo assioma della comunicazione spiega in che modo i due interlocutori interagiscono, principalmente in due diversi tipi;

Simmetrica e complementare.

Si ha una comunicazione **simmetrica** quando la comunicazione avviene tra gli interlocutori sullo stesso livello, ad esempio quando parliamo con i nostri amici, colleghi, quindi senza nessuna prevaricazione dell'emittente sul destinatario.

Al contrario si parla di comunicazione complementare quando l'emittente e il destinatario non si sentono sullo stesso livello, ma uno prevarica sull'altro, un esempio è la relazione tra dipendente e superiore.

La comunicazione ipnotica avviene sin dal momento del primo incontro con il paziente sia esso in reparto, nel nostro studio, nella sala della premedicazione della sala operatoria eccetera, permane per tutto il periodo della relazione terapeutica. Requisito essenziale rispetto alla comunicazione normale è la

consapevolezza che l'operatore ha di saper sfruttare il bagaglio , di tecniche e di conoscenze ,dei meccanismi neurolinguistici propri di alcune funzioni della mente umana.

L'obiettivo clinico è quello aiutare il paziente nel suo percorso diagnostico terapeutico, aiutandolo quindi ad entrare in uno stato modificato di coscienza dove attraverso la realizzazione di un Monoteismo Plastico riesca ad influire e modificare le proprie condizioni psico_ fisiche.

Ipnottizzabilità

Se il grado di ipnotizzabilità è influenzato da numerose variabili, i risultati andrebbero quindi qualificati e quantificati in termini soggettivi e non oggettivi.

Mi spiego meglio; La capacità ipnotica di un individuo è una caratteristica soggettiva ed intrinseca, traducendosi nella capacità di eseguire istruzioni ipnotiche, raggiungendo così il controllo di funzioni che normalmente non sono comandate né dalla coscienza e né dalla volontà ordinaria (es: analgesia).

Questo processo è influenzato anche da altri fattori quali; dal tipo di rapporto instaurato con l'ipnotizzatore, dal grado di fiducia ottenuto, dalle abilità tecniche del professionista, dalle aspettative, dalle motivazioni, dai pregiudizi, ma anche dall'età e dal livello di intelligenza.

Una distinzione è stata fatta anche tra il sesso maschile e femminile; sembra che per quest'ultimo sia molto più facile entrare in uno stato ipnotico soprattutto le donne adolescenti o in gravide poiché più fantasiose.

Anche l'età influisce; il livello di ipnotizzabilità aumenta con la maturità per poi diminuire in età senile.

I soggetti più indicati ad un rapporto ipnotico e dai quali si ottengono i maggiori risultati terapeutici, sono quelli caratterizzati da un'intelligenza superiore che gli permette di dominare la propria volontà e di essere consapevoli di ciò che fanno. Inoltre, a parità di quoziente intellettivo, le persone con maggiori qualità immaginative, fantastiche, intuitive ed artistiche hanno maggiori capacità di

sviluppare ipnosi, a differenza di persone con maggiori qualità critiche e di giudizio che risultano avere minori capacità ipnotiche (Lapenta, 1986).

Collocati tra i soggetti non ipotizzabili ci sono; gli oligofrenici, gli psicotici gravi, i senili gravi, tutti individui la cui capacità di concentrazione, di fissazione e di elaborazione psichica e di giudizio è estremamente instabile. L'incapacità a stringere legami, a creare relazioni rendono quindi l'ipnosi poco fattiva.

Tra gli individui cosiddetti non ipnotizzabili e quelli, altamente ipnotizzabili esistono vari gradi di capacità di sviluppare uno stato ipnotico attraverso delle scale di ipnotizzabilità.

Nella letteratura mondiale molti studiosi hanno provato ad elaborare delle scale pressoché attendibili atte a documentare i vari livelli di risposta ad un ipnosi.

Tra le più utili e rapida ricordiamo Hypnotic Induction Profile (HIP), un insieme brevi test proposti dal Dottor Herbert Spiegel nel 1970.

Il test è composto da quattro parti principali:

- ~ la fase di preinduzione (punti A/D) che valuta la deviazione dello sguardo verso l'alto (up ganze UG) e l'eye roll (ER)
- ~ la fase d'induzione in cui vengono suggerite indicazioni per la levitazione del braccio (punto E)
- ~ la fase di post induzione dove è richiesto dopo l'apertura degli occhi ri eseguire una levitazione (Punti JF)
- ~ la fase post ipnotica in cui si rileva l'esperienza del soggetto.

Ad ogni di questi punti viene assegnato un punteggio in base al tempo di esecuzione, al modo di attuazione, alla ripetizione dei tentativi e ad altri diversi criteri. Maggiore è il punteggio ottenuto dal soggetto, maggiore è la sua capacità di entrare in trance ipnotica.

Uno dei limiti principali delle scale di ipnotizzabilità riguarda la loro natura standardizzata che impedisce o comunque limita la valutazione delle caratteristiche individuali del soggetto.

La comunicazione ipnotica nella relazione d'aiuto.

La relazione d'aiuto e' un tipo di relazione particolare di relazione umana.

Così' e' definita da Carl Rogers, nel 1951, fondatore della psicologia umanistica e del counselling: “ una relazione di cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturita' ed il raggiungimento di un modo di agire piu' adeguato ed integrato”.

Possiamo quindi affermare che la relazione d'aiuto e' un processo attraverso il quale un soggetto “conduttore” promuove la riscoperta o la valorizzazione di risorse personali di un soggetto, aumentandone la loro espressione.

L'abilita' quindi del “conduttore”, nel nostro caso dell'operatore sanitario (infermiere), consiste nell'essere capace di creare o ricreare le condizioni favorevoli che permettono a questa forza, a queste capacita' intrinseche di ogni individuo, di manifestarsi, di realizzarsi.

La condizione cardine che permettere l'instaurazione di una relazione d'aiuto e' la creazione di un rapporto di fiducia tra operatore e paziente, permettendo a quest'ultimo di abbandonarsi e lasciarsi guidare la professionista.

Lo scrittore statunitense Daniel Goleman nel suo manoscritto “*Intelligenza emotiva*” pubblicato nel 1995 introduce il concetto di umanizzazione ed intelligenza emotiva nella pratica medica. In altre parole sosteneva che avere medici ed infermieri capaci di instaurare un rapporto di fiducia attraverso empatia, accettazione dell'altro, ascolto acritico ecc.. portava numerosi vantaggi. Ad esempio in ambito chirurgico, dopo aver sperimentato questo tipo di approccio, si e' notato una rapida ripresa del paziente nel post operatorio. La Comunicazione ipnotica e' un valore aggiunto nella relazione d' aiuto.

L' infermiere o l'operatore sanitario adeguatamente formato e' in grado di portare la relazione d'aiuto ad un livello piu' profondo trasformando il paziente da oggetto portatore di bisogni a soggetto capace di auto cura.

La comunicazione ipnotica inizia sin da primo momento di incontro con il paziente e dura per tutta la durata del rapporto terapeutico. Il saper sfruttare, da parte dell'opratore le conoscenze dei meccanismi neurolinguistici che sono coinvolti in alcune funzioni della mente umana, la differenza con la comunicazione normale.

L'obiettivo clinico della comunicazione ipnotica e' di aiutare il paziente ad entrare in uno stato modificato di coscienza, fisiologico e dinamico cosi' da riuscire a modificare la percezione e la rappresentazione che ha del mondo, generando un cambiamento sia fisico che mentale, attraverso la realizzazione di monoideismi plastici.

Potremmo identificare una sequenza di azioni da mettere in campo per instaurare una Comunicazione ipnotica

Il primo step e' l'**accoglienza**; creare da subito un rapporto di fiducia con il paziente, attraverso l'ascolto acritico, identificando insieme i bisogni e gli obiettivi da raggiungere (patto terapeutico).

La tecnica del **ricalco** e dello **yes set**, (cercare sempre di esprimere ovvietà' in modo che il paziente risponda sempre **si** ,es: vedo che hai la testa appoggiata, e le tua gambe sono leggermente divaricate ecc..), ci permettera' di aumentare la fiducia nei nostri confronti abbassando cosi' la critica. Si e' notato che, motivare le richieste fatte al paziente usando le parole perché, cosi', ecc.. le resistenze, diminuiscano, aumentando la fiducia nel percorso intrapreso.

Il passo successivo e' la focalizzazione dell'attenzione.

Utilizzando i sensi, possiamo portare la concentrazione del paziente dall'esterno, utilizzando rumori di sottofondo, odori particolari ecc all'interno, sottolineando il battito cardiaco, o il rumore del respiro **e mentre** l'attenzione

si sposta dall'esterno, all'interno iniziamo a suggerire cambiamenti, a dare la possibilità di sperimentare sentire o immaginare qualcosa di **nuovo** e **diverso**. Ad ogni cambiamento realizzato, deve corrispondere una **ratifica**; ossia rendo consapevole il paziente della modificazione che ha ottenuto, incoraggiandolo con le parole bravo, molto bene ecc..

La realizzazione di un **monoideismo plastico** e il suo **ricalco** rendono il paziente consapevole delle sue capacità aumentando la fiducia.

Una volta raggiunto l'obbiettivo nel contratto terapeutico (cambiamento) si dà al paziente la possibilità di essere autonomo, nel recuperare e riprodurre le sensazioni psico fisiche e le modificazioni ottenute attraverso l'**ancoraggio**; utilizzando suggestioni post ipnotiche si suggerisce al paziente un gesto, un movimento particolare (ad esempio, l'unione tra indice e pollice), che lo riporti a sperimentare le stesse sensazioni e modificazioni.

L'ultima è la fase di riorientamento, nel **qui ed ora**, termine dell'esperienza.

Prima di concludere la relazione con il paziente sarebbe utile verificare, attraverso l'ancoraggio se il paziente, è in grado di sperimentare l'autoipnosi.

Aborto; esperienze di reparto

Molte volte durante il mio percorso professionale, ho dovuto gestire situazioni difficili con pazienti stomizzati, amputati, pazienti oncologici ecc..

Ho sempre cercato di accogliere l'altro, di comprenderlo e di sostenerlo, di informarlo adeguatamente circa il suo percorso di cura, ho sempre cercato di parlare con un vocabolario comprensibile, assumendo un atteggiamento empatico.

Tutto questo e' stato sufficiente a svolgere la mia professione, sino a quando ho preso servizio nel reparto di Ginecologia e Ostetricia, (prima del corso CIICS) Qui tutto e' cambiato.

Ricordo la prima volta che ho assistito una Madre a dare alla luce il suo feto morto.

Era una ragazza di 27 anni, alla 22esima settimana di gravidanza; poche settimane prima aveva scoperto di avere un tumore di 5 cm di diametro all'utero, le avevano fatto una biopsia per stadare la massa. Da quel giorno, uno stillicidio di liquido amniotico, determino' irrimediabilmente la sofferenza quindi la morte del feto.

Durante l'induzione del parto continuava a piangere mano nella mano con il suo compagno, era un pianto composto, discreto, timido ma trafittivo. Nel momento dell'espulsione non voleva ne spingere, ne aprire le gambe; era come se avesse voluto trattenerlo a se' quel bambino, si rifiutava di lasciarlo andare.

La mia reazione il quel caso fu di pura assistenza infermieristica tecnica, mi sentivo pietrificata, un robot, non sono riuscita a dire nulla, non ho nemmeno provato a consolarla, sono rimasta letteralmente senza parole, pensavo che qualsiasi cosa avessi detto sarebbe stata banale rispetto al dolore di quella donna, di quella Madre. Mi sentii inadeguata, mi mancava qualcosa, ero

arrabbiata con me stessa, avrei voluto aiutarla, ma non sapevo come fare, non avevo gli strumenti per farlo, o meglio non avevo gli strumenti per proteggere me stessa da quel dolore.

Quel giorno tutti gli operatori sanitari che passarono dalla sua camera si trasformarono in robot. Facemmo tutti finta che in quella camera ci fosse **solo** un utero che stava dando alla luce **solo** un feto morto. Nessuna mamma, nessun papa', nessun futuro insieme, pianificato, desiderato, sognato, tutto svanito nel nulla.

Alcuni criticarono il suo eccesso nel manifestare dolore, piangeva troppo!

L'ostetrica che prese il corpicino in mano lo avvolse di fretta nella traversa e lo porto' via quasi a nascondere il corpo del reato, un' opera senza autore corpo senza nome, quasi fosse una vergogna, una cosa a cui non dare troppo peso, da dimenticare, come non fosse mai successo.

Il dolore del corpo fa paura, ma quello dell'anima ancor di piu', perche' puo' essere contagioso; se non abbiamo strumenti adatti a trattarlo rischiamo di essere innondati e sommersi, uscendone sconfitti.

Strada facendo ho capito che per superare un dolore pero', lo devi attraversare, ci devi fare i conti, ti ci devi immergere, ti devi sporcare, solo dopo averlo visto in faccia e averci parlato, potrai lasciarlo andare.

Non lo dimenticherai, anche se non lo sentirai, ma fara' parte di te, di ogni singola cellula del tuo corpo, fara' parte della tua esperienza.

Cambiare un'esperienza con la comunicazione ipnotica

Se allora avessi avuto le conoscenze che il corso CIICS mi ha fornito, come avrei potuto cambiare la mia esperienza e l'esperienza di tante donne che ogni giorno accedono agli ambulatori di Ginecologia e Ostetricia, che chiedono di poter eseguire un'interruzione di gravidanza volontaria o terapeutica.

Abbiamo detto che la Comunicazione ipnotica ha inizio nel primo momento d'incontro con la paziente, entrare in empatia con l'assistita, accogliendo il suo sentire e l'esperienza che stava vivendo, senza **giudicare**.

Al contrario ho notato, che la maggior parte degli operatori sanitari, alza muri nei confronti di queste donne, in particolare nei confronti di quelle che decidono di interrompere la gravidanza volontariamente; tant'è vero che molti operatori sanitari fanno appello all'obiezione di coscienza.

Ci limitiamo per lo più ad erogare un'assistenza prettamente **tecnica, apatica, critica**.

Certo l'aborto è un tema molto delicato, giusto o sbagliato che sia non sta a noi giudicare, noi siamo chiamati ad assistere quelle donne, donne che nella maggior parte dei casi prendono una decisione che inciderà per sempre una cicatrice sulla loro anima, donne che nella maggior parte dei casi sono state abbandonate; dal compagno, dalla società, donne che per mantenersi il posto di lavoro sono costrette a rinunciare alla maternità, donne che hanno subito violenze, non sono fisiche ma anche psicologiche.

Daniela Nicolosi scrive: "esiste un tipo di violenza molto sottile, fatta di "Parole" affilate come una lama..

È poco differente dal dolore fisico

Tant'è che a volte la violenza fisica viene intesa come una liberazione dalla sofferenza dove altrimenti rimarresti imprigionata dalla mente.

Sono ferite che vengono inflitte giorno dopo giorno, da quelle parole che ti limitano a livello mentale e che rendono impossibile e sbagliato il tuo modo di crescere ed essere.

Ti impedisce di emanciparti e di scegliere liberamente per te.

Ci è stato insegnato che il valore di una donna risiede nella bellezza ma anche che deve essere silenziosa e affidabile, e che deve sacrificarsi per il bene degli altri, che in cambio di tutto questo l'uomo si prenderà cura di lei.

In alcune relazioni squilibrate, impari, a volte anche violente ed abusanti, la donna viene considerata come un bene materiale. Intrappolate in questo dolore, ci si trova addirittura spinte a desiderare un partner ideale, che non esiste, e che ci salvi dalla condizione di insoddisfazione e sofferenza.

Come se fossimo una proprietà privata, un possesso, un'esclusività".

In virtù delle parole citate poc'anzi, per instaurare una buona empatia con le pazienti bisognerebbe quindi come prima cosa, abbassare la **Nostra di critica**, spogliandoci di tutti i pregiudizi dettati dalla la nostra cultura, il nostro vissuto, il nostro essere.

Potremo quindi affermare, che la comunicazione ipnotica inizia ancor prima dell'incontro con la paziente?

Lavorare su se stessi è il primo mattone da mettere per creare una base solida su cui costruire una buona relazione empatica.

La mia esperienza personale

Mi sono iscritta al corso CIICS nell'anno 2020, lavoravo nel reparto di ginecologia e ostetricia dell' ASL5 di La spezia.

Fine Febbraio dello stesso anno scpio` la pandemia di COVID-19, a Marzo fui trasferita nel reparto di Anestesia e Rianimazione, per ovvi motivi abbandonai il corso; fu molto impegnativo per me gestire il trauma della pandemia, una societa' totalmente stravolta, associata al cambiamento di reparto, un ambiente anch'esso molto impegnativo, sia per la complessita' del paziente, ma anche per le condizioni in cui fummo costretti a lavorare. Occhiali, visiera, tre paia di guanti, due camici ecc... era un abbigliamento a cui non eravamo abituati. Frequentai solo la prima lezione, ma ne rimasi affascinata. Decisi quindi di iscrivermi nuovamente quest'anno.

Purtroppo durante questa primavera mia madre, tetraplegica, ebbe gravi problemi di salute costringendomi ad astenermi dal lavoro per un lungo periodo.

Ebbe un versamento pleurico, con tendenza a riformarsi. In pochi mesi fu sottoposta a varie toracentesi oltre che a sottoporsi obbligatoriamente a NIV. Per me questa fu un'occasione per sperimentare la comunicazione ipnotica aiutandola in questo lungo percorso; i risultati che abbiamo ottenuto sono stati sorprendenti. E' riuscita rapidamente ad adattarsi e a tollerare la NIV inizialmente insopportabile, sia per l'invadente flusso d'aria che entrava repentinamente nelle sue vie aeree, ma anche il dolore provocato dalla maschera che era ben adesso sul viso e che le lasciava evidenti segni sul volto. Anche in occasione dell'esecuzione delle varie toracentesi siamo riuscite ad ottenere buoni risultati, soprattutto nel mantenere una posizione per lei dolorosa.

Conclusioni

Mi sono iscritta al corso di comunicazione ipnotica CIICS, con l'idea di acquisire nuove conoscenze, nuove modalita' di comunicazioni che mi avrebbero aiutato a gestire in maniera piu` efficace la relazione con i pazienti. In realta` la prima ad aver beneficiato di queste conoscenze sono stata io; la mia persona.

La comunicazione ipnotica agisce in prima istanza su noi stessi; professionisti, ma prima di tutto persone, individui con un bagaglio di vissuti, di cultura, di emozioni, insegnandoci che esiste un buon equilibrio tra noi il nostro pensiero e l'altro.

Non di rado succede di sentirci schiacciati, travolti, invasi dal dolore altrui, penso ai reparti di oncoematologia pediatrica, reparti di ostetricia e ginecologia, rianimazioni, pronto soccorso, reparti dove la pressione psicologica ed emotiva e' alta.

L'uso sapiente delle parole puo' cambiare radicalmente la relazione d'aiuto sia per i pazienti ma anche per noi professionisti.

Studiando, ho riscoperto una nuova versione di me stessa, la comunicazione ipnotica fa parte del mio essere, non solo nell'ambiente lavorativo.

Ho avuto l'occasione di aiutare due ragazze in strada che stavano avendo un attacco di panico. L'essere riuscita ad risolvergli la crisi, e' stato per me un rinforzo positivo, una sorta di ratifica.

Penso che ci sia ancora troppa "ignoranza" tra i colleghi rispetto all'ipnosi e alla comunicazione ipnotica, troppi pregiudizi, dovrebbero a mio avviso promuovere progetti di formazione ed informazione in tutti gli ospedali ed ambulatori, per tutti i professionisti sanitari.

Bibliografia

- Luigi Anolli, *Fondamenti di psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Tullio De Mauro, *Minisemantica dei linguaggi non verbali e delle lingue*, Laterza, Roma - Bari, 1982.
- Redigolo D, Kaldor K., Illica Magrini R. *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Rosini Editrice, Firenze. 1994
- Muro M. Dispense su “Comunicazione ipnotica nelle procedure diagnostico/terapeutiche”. Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica. C.I.I.C.S. Anno 2021.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio, 1971, pp 40- 107
- F. Granone, *Trattato di ipnosi*, stampato da CIICS con liberatoria UTET, Torino, 2009. G. Mari,
- *Cure and Care Coaching – la comunicazione che cura*, Palestra della scrittura, Milano 2016.
- E. Casiglia, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*, CLEUP, Padova, 2015.
- FALLACI O. *Lettera a un bambino mai nato*. Rizzoli editore, Milano. (1975)
- AMMANNITI M. *La gravidanza tra fantasia e realtà. Il pensiero scientifico*, Roma. (1995)
- APOLONE G., MOSCONI P., WARE JE. “Questionario sullo stato di salute SF-36:
• manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati.” Guerini e associati, Milano. (1997)
- BENVENUTI P., ROSSI MONTI M., PAZZAGLI A. *Maternità come crisi*. Il Pensiero Scientifico, Roma. (1981)

- 19. CANTELMINI C. et AL. Maternità interrotte. Le conseguenze psichiche dell'interruzione volontaria di gravidanza. San Paolo Edizioni. (2011)
- 20. CASADEI D. Paura della morte e trasformazione nella gravidanza. Donna & Donna 24, 27. (1998)
- D.Nicolosi tesi CIICS “la comunicazione ipnotica nelle sale di ginecologia e ostetricia dell'ospedale Cardinal Massaia di Asti. 2018.
- IL DONO. Quello che resta. Parlare dell'aborto partendo dall'aborto. Vita Nuova. (2007)
- ZINAMAN MJ., CLEGG DE., BROWN CC., O'CONNOR J., SELEVAN SG. “Estimates of human fertility and pregnancy loss.” Fertility and Sterility 65: 503–509. (1996)
- Rivaldi C. La morte perinatale : il ruolo terapeutico del personale medico paramedico nel sostegno dei familiari.
- Rivaldi C. Lutto perinatale formazione degli operatori <http://www.ciaolapo.it> 2015.
- Enciclopedia Treccani on line <http://treccani.it>
- D.Goleman; “Intelligenza emotiva” anno (1995).
- Carl. r Rogers. e M. Bonacci “ Un Modo di Essere” Giunti 2012.
- Carl R Rogers. “Potere personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario” Novembre 1978.
- State of Mind, ID Articolo: 151837 - Pubblicato il: 13 febbraio 2018 di Marianna Palermo .
- Protocollo I.V. G e I.T.G Asl5 la spezia, Reparto di Ginecologia e Ostetricia.