



Scuola post universitaria di ipnosi Clinico Sperimentale
CORSO DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

ANNO 2020

TITOLO

“Uscire dalla porta e rientrare dalla finestra.

Riflessioni, difficoltà e consapevolezza su esperienze di comunicazione ipnotica in sala di cardiologia interventistica.”

Relatore: dott.ssa Milena Muro

Candidato: Massimo Boglione

INDICE

PREMESSA	3
USCIRE DALLA PORTA E RIENTRARE DALLA FINESTRA	6
L'IPNOSI	7
Struttura del fenomeno ipnotico	
La suggestionabilità costituzionale di apparato - LE.CA.MO.I.A.S.CO	
IL MODELLO S.F.E.R.A.	12
Sincronia	
Punti di forza	
Energia	
Ritmo	
Attivazione	
AMBITO LAVORATIVO DI APPLICAZIONE	16
PAROLE, GESTI, PENSIERI, EMOZIONI	18
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA	20
Creare fiducia	
Guidare	
Agency	
ALCUNE ESPERIENZE	26
Cosimo	
Vito	
Viviana	
Pietro	
CONCLUSIONI	32
BIBLIOGRAFIA	34
RINGRAZIAMENTI	35

PREMESSA

Dopo molti anni d'esercizio di una professione, nel nostro caso sanitaria, si corre il rischio di essere assuefatti dalla pratica clinica, dagli eventi, così che tutto quello che ci circonda rischia di diventare la normalità, per quanto possa essere poco piacevole e terribile. Tutto questo è un meccanismo di difesa che mettiamo in uso per difenderci, metterci al riparo e non farci distruggere psicologicamente nel corso degli anni da tutti gli eventi spiacevoli che costellano il nostro lavoro, indossiamo una sorta di armatura che ci protegge mentre andiamo in guerra. Ma può essere anche un'arma a doppio taglio in quanto ci fa perdere la sensibilità, ci impedisce di capire l'altro e i suoi problemi, che così diventano banali; le sue paure, che a noi sembrano quasi ingiustificate e tutto questo non fa altro che allontanarci, così invece di essere di aiuto, possiamo provocare l'effetto opposto. La nostra armatura pone le distanze da ciò che viviamo e lo fa in modo totale.

Dopo l'inizio del corso di ipnosi ho iniziato a portare l'attenzione su cose che prima davo per scontate o di cui ero poco consapevole: ho notato che quasi sempre per noi, le comuni pratiche infermieristiche come le più impegnative procedure diagnostico terapeutiche sono diventate normali, ma per il paziente non lo sono sicuramente.

Entrare in un ambiente ospedaliero, in una fredda sala operatoria, piena di possibili e sconosciuti strumenti di tortura può essere per molti un'esperienza tra le più traumatizzanti. Se a questo si aggiunge un personale che sminuisce, nega o è indifferente alla paura, al dolore, alle domande che arrivano dall'altra parte, per il paziente diventa tutto veramente molto complicato.

A prescindere dal fatto che qualsiasi paziente ha diritto ad avere le migliori prestazioni dal punto di vista medico-chirurgico, l'assistenza infermieristica deve mirare oltre che a soddisfare i bisogni dell'individuo a considerare il paziente da un punto di vista globale, nella sua interezza, come individuo unico ed irripetibile e non come un portatore di patologia d'apparato, come spesso si rischia di fare, specialmente con la settorializzazione che si è venuta a creare con l'ultra specializzazione.

Così appare evidente che il paradigma della medicina riduzionistica e meccanicistica, diventa sempre più stretto. Diventa fondamentale che il paziente diventi il centro della cura, consapevole ed informato su tutto il processo relativo alla sua condizione, in modo che possa attivare in modo ottimale tutte le risorse personali utili ad attivare il processo di guarigione.

E qui entriamo veramente in gioco noi operatori sanitari con le nostre risorse, le nostre modalità di comunicazione, la nostra empatia facendo la differenza sul percorso del paziente.

Ho avuto modo di vedere molte volte dei pazienti più collaboranti, soddisfatti e che reagiscono meglio quando siamo riusciti ad accoglierli, farli sentire partecipi, facendogli sentire che non erano da soli ma noi eravamo comunque lì per loro e con loro piuttosto che ad occuparci passivamente di un pezzo del loro corpo che aveva dei deficit.

La definizione data dall'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità), nella carta di Ottawa, pone l'accento sul concetto di salute come benessere psicosociale: "La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale, un individuo o un

gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

USCIRE DALLA PORTA E RIENTRARE DALLA FINESTRA

Questa è una frase che ho sentito molte volte pronunciare da Milena Muro e l'ho presa in prestito poiché mi ha dato una visuale diversa degli eventi.

Uscire dalla porta e rientrare dalla finestra significa per me avere la possibilità di vedere le cose da più punti di vista, senza fossilizzarsi solo in un'unica direzione ma avere la possibilità, la voglia, l'elasticità di una prospettiva diversa che magari non è la prima che ci è venuta in mente. È un punto di vista totalmente diverso di cui prima non si era neppure consapevoli. Significa vedere e sentire le cose anche dal punto di vista dell'altro.

Ritengo che questo nella comunicazione ipnotica sia un passaggio fondamentale. Ogni giorno, infatti, abbiamo a che fare con pazienti che richiedono non solo delle prestazioni tecniche ma soprattutto di essere accolti come persone con le proprie storie, vissuti, personalità.

Partendo dal presupposto fondamentale dell'accogliere il paziente affinché possa comunque “vincere”, è necessario modificare il proprio modo di vedere, guardando con gli occhi dell'altro, sentendo con le sue orecchie e provando le sue sensazioni evitando giudizi e pregiudizi che non farebbero altro che allontanarlo da noi operatori e riducendo il tutto a una fredda prestazione tecnica che sicuramente avrà risultati globali ben inferiori alle attese.

L'IPNOSI

L'ipnosi è uno stato di coscienza particolare, è un fenomeno psico-fisico determinato dalla realizzazione di un monoideismo plastico. L'ipnotismo è la possibilità da parte di un'ipnotista in una relazione con il soggetto di creare con tecniche adeguate la condizione d'ipnosi, quindi l'ipnotismo si pratica, l'ipnosi si sperimenta. Non si tratta di sonno, magia, situazione dovuta a poteri o fluidi particolari o a succubanza e forzatura della volontà ma di dare la possibilità all'individuo di attivare abilità che possiede e che può gestire grazie all'ipnosi.

Tutti noi possiamo sperimentare, senza accorgerci, durante la giornata, di momenti di trance. Questo succede nella vita di tutti i giorni, ogni volta che la nostra mente è catturata potentemente da un unico stimolo, pensiero o attività che ci fa completamente dimenticare tutto quello che ci sta attorno, perdendo anche completamente ogni percezione, visiva, uditiva o cenestesica. È su questa caratteristica fisiologica che si attiva la condizione ipnotica, quando l'ipnotista con tecniche adeguate produce nel soggetto questi cambiamenti che permettono di realizzare il monoideismo plastico.

I fenomeni ipnotici sono vecchi come l'umanità, ne abbiamo testimonianza nel corso dei secoli presso ogni civiltà. Si trovano testimonianze presso gli antichi Cinesi, nella civiltà Egizia, Ebraica, Greca e Romana.

In alcune popolazioni era utilizzata da maghi, fachiri, indovini, come mezzo per avvicinarsi alla divinità. In molti casi si trattava di autoipnosi per raggiungere stati spirituali che avvicinavano alla divinità.

Nella danza del sole degli indiani Sioux del nord America, gli adepti danzano per ore, girando attorno ad un palo, fissando il sole cocente, (fissazione di un pun-

to), con un'estremità della corda legata a bastoni conficcati nella pelle del torace. Fino a quando la pelle si strappa, liberandoli (anestesia e analgesia).

Molte volte queste popolazioni, pur utilizzando l'ipnosi, ne ignoravano le leggi, attribuendone gli effetti al soprannaturale.

Le induzioni ipnotiche nel corso dei secoli sono state le più svariate. Le antiche popolazioni usavano canti e balli, suono di tamburi e gong, il più delle volte con cadenze ripetitive che potevano durare anche ore, fino a che i soggetti non cadevano in trance.

In Europa a partire dal 1700 fino ai giorni nostri, a partire da Mesmer, Charcot, Bernheim, Janet, Freud, fino a Granone ed Erickson, c'è stata una continua evoluzione di pensiero sulle interpretazioni teoriche e pratiche dei fenomeni ipnotici.

Oggi possiamo dire che:

“L'ipnosi è un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali di un soggetto e che viene indotto da un rapporto con l'ipnotista, ma che può essere autoindotto mediante monoideismi più o meno suggestivi imperanti nella mente del soggetto”, F. Granone

“L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore-soggetto”, F. Granone

Possiamo quindi notare come il fenomeno ipnotico abbia tre punti fondamentali:

1. Stato di coscienza modificato.
2. Sviluppo di monoideismo plastico.
3. Rapporto operatore-paziente.

Per stato di coscienza modificato, s'intende uno stato particolare di coscienza non ordinario, ma comunque fisiologico e dinamico.

Per monoideismo plastico si può definire “ La possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo, con modificazioni: percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.

Il rapporto operatore-paziente risulta fondamentale per l'instaurarsi dello stato ipnotico, e permette la condivisione inconscia dei modelli di pensiero, percezione e linguaggio attivando un dialogo profondo tra i due. Permette di aumentare la fiducia abbassando la critica.

STRUTTURA DEL FENOMENO IPNOTICO:

- Preinduzione.
- Induzione.
- Corpo.
- Deinduzione.
- Coda.

- Preinduzione: è in questa fase che s’instaura con il paziente una relazione cordiale e aperta, si definiscono gli obiettivi comuni, si formula cioè il contratto, avvengono un aumento della fiducia e una riduzione della critica.
- Induzione: in questa fase avviene la destabilizzazione dello stato di coscienza ordinaria al fine di ottenere uno stato di coscienza modificato. Si verifica una progressiva riduzione o modificazione agli stimoli esterni e della consapevolezza. Si realizza con manovre che rendano i legami con l’esterno, sempre meno interessanti, fino all’attivazione di un monoidesmo plastico. Passando quindi da una realtà esteriore a una realtà interiore, attraverso una guida per ottenere così un cambiamento evidente. Si possono applicare le tecniche più svariate, ogni tecnica va bene se l’operatore la sente sua e se il soggetto è adatto ad essa.
- Corpo: è la fase in cui si verifica una dissociazione lieve e transitoria con modificazioni temporali, spaziali, dell’io, e ciò permette la terapia.
- Deinduzione: in questa fase si riporta il paziente al proprio stato di coscienza ordinaria, potenziandone le capacità e l’autonomia attraverso l’ancoraggio.
- Coda: è il piccolo lasso di tempo al termine della deinduzione in cui il soggetto è più sensibile ad un’altra induzione. E’ in questa fase che si può

stimolare il soggetto a provare in autonomia, tramite l'ancoraggio, una nuova induzione.

LA SUGGESTIONABILITA' COSTITUZIONALE D'APPARATO

“L'ideoplasia si può realizzare con un coinvolgimento preferenziale di questo o quell'organo o apparato in rapporto alla specifica predisposizione costituzionale del soggetto: suggestionabilità d'organo” Granone.

Ogni persona ha delle capacità intrinseche e personali di sviluppare o meno un determinato fenomeno ipnotico. Questo è dato dalla meopraxia d'organo.

Il LE.CA.MO.I.A.S.CO, acronimo che indica i seguenti fenomeni ipnotici:

LE.vitazione

CA.talessi

MO.vimenti automatici rotatori

I.nibizione dei movimenti volontari

A.nalgesia

S.anguinamento

CO.ndizionamento

Viene utilizzato per valutare la suggestionabilità d'organo, se vi è la capacità di realizzare un monoideismo plastico, ad esempio se c'è la capacità di realizzare anestesia e analgesia per un intervento chirurgico o per approfondire la trance. L'ultimo fenomeno, il condizionamento, è un segno convenzionale dato dall'ipnotista in modo da reindurre velocemente la trance nel soggetto. Se si vogliono invece potenziare le capacità del soggetto andrà dato l'ancoraggio, in modo che egli possa in autonomia sviluppare il fenomeno.

IL MODELLO SFERA

Il modello SFERA è un metodo di coaching che trae radici dall'esperienza maturata in campo sportivo dallo psicologo Giuseppe Vercelli, con lo scopo di ottenere la massima prestazione ricercando la massima connessione mente-corpo.

Il modello sfera può essere molto utile se applicato all'operatore sanitario per valutare le performance, e i punti deboli al fine di implementare le capacità e variare le modalità di azione.

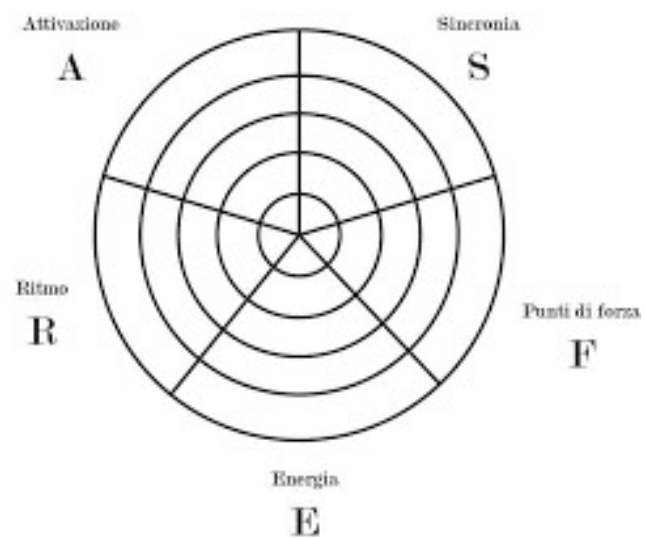
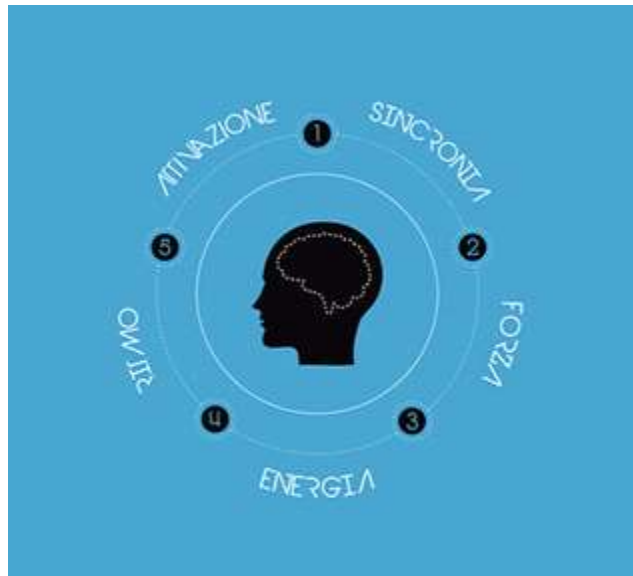
E' utile quindi analizzare e lavorare per ottimizzare questi fattori ogni qual volta ci si appresta a svolgere un compito che richiede un notevole impegno delle nostre risorse psicofisiche. Una prestazione sportiva di buon livello è quindi in quest'ottica completamente paragonabile ad una prestazione sanitaria più o meno impegnativa. I fattori da riconoscere e allenare nella costruzione della massima prestazione sono cinque e compongono, appunto, l'acronimo S.F.E.R.A: la Sincronia, i punti di Forza, l'Energia, il Ritmo, l'Attivazione.

Per questo dopo un'analisi mirata a individuare e valutare quali potevano essere le aree di maggiore capacità e quelle di carenza, ho iniziato innanzitutto ad applicarlo su me stesso, in modo da diventare consapevole dei punti che potevano essere migliorati e implementati.

Secondo il modello SFERA, la prestazione, di qualsiasi tipo, si basa sui seguenti punti:

- *SINCRONIA*
- *PUNTI DI FORZA*
- *ENERGIA*

- *RITMO*
- *ATTIVAZIONE*



SINCRONIA

È la capacità di essere completamente concentrati su ciò che si sta facendo nel momento della prestazione. Concentrati sul momento attuale, consapevoli. Unendo la capacità di immaginare e fare nello stesso tempo.

PUNTI DI FORZA

Capacità e abilità fisiche e tecniche e psicologiche che l'operatore riconosce di possedere ai fini di una prestazione di eccellenza. Sentirsi capaci, sicuri di sé e andare verso un chiaro obiettivo su cui mantenersi focalizzati. Da evitare sono le paure dei fallimenti, di ripetere degli sbagli, la focalizzazione sui problemi e sulle sensazioni che diminuiscono l'autostima.

ENERGIA

È l'uso attivo delle proprie energie che permette di dosare in modo appropriato le proprie risorse fisiche e mentali per raggiungere un buon risultato.

Avere quindi la capacità di essere attivi con equilibrio, dosando nel modo ottimale le energie, con la giusta intensità al fine di giungere ottimamente al termine della prestazione, comunicando in modo chiaro le proprie intenzioni ed emozioni. Atteggiamenti di energia negativi sono l'aggressività, il sentirsi stanchi, svogliati, con atteggiamento passivo, lasciando troppe attività aperte senza concluderle.

RITMO

Il ritmo è ciò che genera il corretto flusso sequenziale degli eventi. S'intende la capacità di avere un movimento fluido ed armonico, leadership, capacità di controllo e di cambiamento.

ATTIVAZIONE

È il motore motivazionale, la massima espressione della propria passione per il raggiungimento dell'obiettivo. Permette di sentirsi motivati rispetto agli obiettivi, di lavorare con entusiasmo e divertimento, trascinando anche il gruppo. E' la spinta che fa sì che si arrivi al traguardo mettendo una marcia in più nel momento del bisogno.

Questo modello è dinamico, quindi suscettibile di variazioni ma in linea di massima dalla mia analisi personale per l'individuazione delle criticità sul piano lavorativo, è risultata una possibilità di miglioramento per quanto concerne il punto ENERGIA. Questo concerne lavorare sulla gestione delle emozioni, sulla capacità di ritrovare la calma, sull'utilizzo ottimale delle energie evitando di controllare troppe situazioni simultaneamente.

AMBITO LAVORATIVO DI APPLICAZIONE

Il mio lavoro si sviluppa presso la struttura semplice di cardiologia interventistica dell'ospedale di Savigliano.

Presso questa struttura afferiscono principalmente pazienti con due tipologie di patologie quelli con problemi di tipo ischemico e quelli con problemi alle vie di conduzione cardiaca. In ogni caso i pazienti possono trovarsi ad affrontare situazioni sia di tipo elettivo sia casi da trattare con urgenza.

Le procedure cui vanno incontro i pazienti sono diverse secondo le caratteristiche cardiologiche.

PAZIENTI ISCHEMICI:

- Coronarografia e angioplastica coronarica elettiva.
- Coronarografia e angioplastica urgente in corso d'infarto miocardico acuto (STEMI).

PAZIENTI CON PATOLOGIE ALLE VIE DI CONDUZIONE:

- Impianto di pace maker definitivi e resincronizzatori cardiaci.
- Impianto di defibrillatori endocavitari o sottocutanei.
- Impianto di dispositivi per monitoraggio cardiaco.
- Impianto di pace maker temporanei urgenti.

Le problematiche maggiori in tutte e due le tipologie di pazienti sono principalmente:

- Forte componente ansiosa dovuta alla condizione patologica riscontrata, alla possibile prognosi, all'ambiente ipertecnologico della sala, a tutte le incognite della procedura in se.
- Possibile difficoltà a mantenere la posizione supina e immobilità anche per più ore.
- Presenza di componente dovuta al dolore, legato alla patologia, o alla procedura (ferita chirurgica per l'impianto di dispositivi).

Riguardo a queste problematiche, ho utilizzato la comunicazione ipnotica al fine di aiutare i pazienti ad affrontare le procedure con una minore componente ansiosa, con maggior rilassamento fisico e mentale che permettesse l'immobilità durante la procedura e dove possibile di ridurre la componente dolore.

PAROLE, GESTI, PENSIERI, EMOZIONI

In ambito di comunicazione possiamo dire che tutto è comunicazione. Il fenomeno comunicativo si attua per mezzo del linguaggio verbale, il paraverbale e il linguaggio corporeo. Appare strano che soltanto il 7% di quello che comunichiamo arrivi dal sistema verbale.

Gran parte di quello che comunichiamo agli altri e viceversa passa attraverso altri canali oltre a quello verbale, quindi lo sguardo, la mimica facciale, la gestualità, il modo di muoversi, il tono di voce, il sorriso.

Risulta quindi fondamentale prendere consapevolezza di queste cose in modo che ci sia coerenza quando comunichiamo con un paziente, in modo che possiamo trasmettere informazioni che non siano accolte in modalità diversa dalla quale vorremo. Viceversa l'osservazione accurata di non solo quello che il paziente ci dice, ma anche di quello che non dice, come si muove, delle sue espressioni, dei modi di porsi può comunicare molte informazioni che altrimenti non potremmo cogliere. Diventa fondamentale, nell'instaurarsi di un rapporto con il paziente, la capacità di ascoltare. Ascoltare non solo con l'udito ma saper ascoltare implica l'utilizzo di tutti i sensi in modo da poter cogliere ogni più piccola sfumatura ci venga presentata.

Diversi studi hanno dimostrato che è sufficiente una frazione di secondo per giudicare, inconsciamente, se la persona che si trova davanti è affidabile, simpatica oppure no. Questo è dovuto all'attività dell'amigdala che facendo parte del sistema limbico, ha delle vie molto più veloci di reazione che del sistema corticale, per far sì di attivare le modalità di attacco/fuga, che sono state tanto utili per l'evoluzione della specie.

Le parole e le modalità corrette di espressione, specialmente da parte degli operatori sanitari implicati in un percorso di cura del paziente, assumono un ruolo fondamentale per alimentare e sostenere quella che penso sia la più importante necessità del paziente, la speranza.

La speranza di non avere dolore in una procedura, la speranza di una diagnosi con prognosi positiva la speranza di poter tornare a una qualità di vita ottimale ecc.

La qualità positiva delle parole rassicuranti, che è stata evidenziata in alcuni studi, può innescare nel cervello dei pazienti delle reazioni chimiche analoghe a quelle dei farmaci. Le parole sono in grado di innescare, temporaneamente, la produzione di dopamina, ossitocina, endorfine e altri neurotrasmettitori endogeni, che si legano agli stessi recettori che sono utilizzati da farmaci ansiolitici, antidolorifici. Non si possono naturalmente sostituire le terapie farmacologiche con le parole, ma se ne può notevolmente potenziare l'effetto, com'è risultato da studi in cui l'effetto della somministrazione di farmaci antidolorifici era potenziato dall'utilizzo di parole e gesti rassicuranti che aumentavano il livello di speranza.

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

La comunicazione ipnotica consta essenzialmente di tre parti fondamentali:

- Creare fiducia.
- Guidare.
- Agency.

CREARE FIDUCIA

Per creare fiducia è fondamentale ACCOGLIERE l'altro, cioè recepire tutto quello che la persona porta con sé, senza mai giudicare o banalizzare. Timori, dubbi, difficoltà vanno accolti in modo che il paziente senta di avere un interlocutore che è consapevole e accetta questi suoi problemi.

Nelle mie esperienze di accoglienza del paziente solitamente cerco di individuare dei cosiddetti punti di contatto comuni con il paziente. Questi possono essere i più svariati come abitare nella stessa zona, conoscere argomenti particolari, avere degli interessi o hobby comuni o semplicemente scambiare qualche battuta scherzosa in dialetto. Questa cosa aiuta molto a instaurare un rapporto di fiducia e instillare nell'altro un senso di sicurezza e protezione di cui, in quel momento ha estrema necessità per riuscire ad abbandonarsi e lasciarsi andare. Un caso significativo è stato quello in cui un'anziana signora del mio stesso paese di origine, sapendo questo e parlando di alcune conoscenze in comune si è completamente rilassata dicendomi che in quel momento non aveva più problemi a eseguire la procedura cui sarebbe stata sottoposta poiché le bastava la mia presenza e questo la faceva stava bene.

Importante è anche chiedere il permesso di poter chiamare il paziente per nome, o come solitamente viene chiamato, chiaramente sempre usando rispetto e utilizzando il Lei. Questa modalità fa sentire il paziente più vicino e accolto in modo molto personalizzato. Ho avuto modo di provare questa esperienza quando a mia volta durante un piccolo intervento, sono stato chiamato per nome, mi ha dato un senso di accoglienza molto alto, personalizzato, la sensazione che per gli operatori c'ero, ero presente.

I CANALI COMUNICATIVI

Per entrare più facilmente in relazione con l'altro è utile riconoscerne il canale comunicativo preferenziale. Per questo motivo è molto utile riuscire, se possibile, a dialogare con i pazienti in ogni occasione, nel momento del ricovero, quando si compila la cartella infermieristica, quando si trasporta il paziente in sala operatoria, ogni momento è buono.

L'utilizzo del canale comunicativo preferenziale del paziente ci agevola nella comunicazione, questo non significa che si possa arrivare comunque all'obiettivo, ma ci sarà un dispendio maggiore di energie.

I canali comunicativi sono: visivo, uditivo e cenestesico.

I sistemi rappresentazionali fanno sì che ognuno di noi percepisca la realtà in modo diverso, pur vivendo le stesse situazioni.

- Modalità visiva. Coloro che utilizzano questa modalità, a livello verbale si servono perlopiù di predicati visivi (vedere, sembrare scorgere, guardare, immagine, buio, luce, chiaro, scuro, ecc.), utilizzano molto le metafore, il tono di voce e il ritmo sono alti, la gestualità è alta, tendendo a descrive-

re quello di cui parla, generalizzando le esperienze e creando connessioni tra le varie materie. La postura è eretta e i movimenti degli occhi e del viso tendono verso l'alto.

- Modalità uditiva. Coloro che utilizzano questo canale usano predicati uditivi (sentire, ascoltare, chiedere, confidare, dialogo, suoni, richiesto, detto, a orecchio, ecc..). Il tono di voce è più basso e modulato, ritmico. La gestualità è orizzontale, i movimenti ritmici, la postura lateralizzata, con la testa inclinata da un lato, e i movimenti degli occhi lateralizzati. Respiro profondo, diaframmatico. Apprende facilmente per ascolto, contestualizza le esperienze e le associa a suoni e discorsi.
- Modalità cenestesica. Coloro che utilizzano questa modalità, a livello verbale si avvalgono di predicati cenestesici (toccare, fare, muovere, morbido, pesante, leggero, calore, freddo, duramente, leggermente, ecc..), ripetono più volte i concetti usando molti esempi. Il tono di voce e il volume sono bassi e con molte pause. La gestualità è bassa, a livello dell'addome, la postura rilassata con le spalle abbassate, la testa e gli occhi rivolti verso il basso. Il respiro addominale. Le sensazioni sono il modello organizzativo prevalente, apprende se prova direttamente.

Ci possono essere soggetti che utilizzano anche due sistemi rappresentazionali insieme, in questo caso si parla di sinestesia.

Una volta individuato il sistema rappresentazionale preferenziale, ci sarà utile utilizzarlo per entrare maggiormente in sintonia con l'interlocutore.

IL CONTRATTO TERAPEUTICO

Consiste nel far coincidere il bisogno del paziente con il nostro obiettivo, in modo da poter andare nella stessa direzione. Nel mio caso i pazienti richiedono spesso una riduzione della componente ansiosa legata alla procedura, che coincide con i nostri obiettivi, in quanto un paziente rilassato sarà più immobile, il respiro più rilassato e meno soggetto a disturbi di tipo doloroso (nel caso specifico inserendo anche suggestioni di analgesia).

RICALCO

Con il ricalco si sottolinea l'esperienza del paziente, utilizzando i suoi sensi e dicendogli quello di cui lui si accorge. Per questo è importante osservare le modalità comportamentali e qualsiasi piccola variazioni di esse. Questo permette di entrare in relazione sia a livello conscio sia a livello inconscio, riducendo le resistenze e permettendo un aumento della fiducia.

Il ricalco può essere verbale, para verbale o non verbale. Verbale riprendendo il discorso del paziente e rimandandoglielo in altra forma. Para verbale ad esempio il tono di voce, la velocità con cui parla, le pause. Non verbale, ricalcando i movimenti del corpo, la gestualità, posizioni, espressioni facciali, il respiro.

Il ricalco può riferirsi a esperienze esterne, come ad esempio i rumori presenti nella sala, alla presenza dei vari operatori, alle luci e gli strumentari presenti. Oppure può essere riferito a esperienze interne come il respiro, il battito cardiaco, la posizione del corpo, la tensione muscolare.

Naturalmente tutto questo deve avvenire nel modo più spontaneo possibile. Senza mai mimare pedestremente o essere invadenti o inopportuni, è sufficien-

te ricalcare parzialmente due o tre parametri per permettere che si entri in sintonia con l'interlocutore e creare un rapporto empatico.

YES SET

Con questo termine inglese, s'intende la capacità di rivolgere delle domande o fare delle osservazioni, anche banali e sicuramente scontate (truismi), al paziente, in modo che egli possa sicuramente rispondere in modo affermativo.

Questa condizione permette di aumentare la fiducia e predisporre il paziente ad accettare successivamente anche delle affermazioni non verificabili, (guida).

GUIDARE

FOCALIZZARE L'ATTENZIONE

La focalizzazione dell'attenzione permette di indirizzare questa in una sola direzione, in modo da escludere qualsiasi altro stimolo che sia presente nell'ambiente esterno o anche interno. E' possibile focalizzare l'attenzione indirizzandola sia internamente (il respiro), sia verso l'esterno (fissazione di un punto).

SUGGERIRE UN CAMBIAMENTO

Suggerire un cambiamento riguardo agli obiettivi che si sono proposti. In ambito ospedaliero questo può voler dire ottenere un rilassamento in certi pazienti, la riduzione dell'ansia, l'analgesia di una parte del corpo.

RATIFICARE IL CAMBIAMENTO

Ratificare s'intende sancire con approvazione. Ogni volta che è suggerito un cambiamento, è fondamentale sottolinearlo, eventualmente anche aggiungendo una verifica fisica se si tratta di un cambiamento fisico. La ratifica è utile al paziente per fargli capire che è in grado di cambiare una situazione e da qui agganziare altre suggestioni che via via andranno poi ratificate.

Le modalità suggestive possono essere le più svariate, ad esempio dissociative, come immaginare una parte del corpo distaccata e insensibile. Dispercezione, immaginando un arto più leggero o pesante, freddo o caldo. Utilizzando metafore, che vanno ad agire direttamente sulla parte inconscia. Il luogo sicuro, che è una condizione personale fisica o esperienziale in grado di generare una situazione di protezione e benessere.

AGENCY

ANCORAGGIO ed EMPOWERMENT

L'ancoraggio è una modalità attraverso la quale si risvegliano le risorse del soggetto in modo che possa riutilizzarle ogni volta, nel momento del bisogno e in autonomia. Si utilizza un gesto, un'azione, una parola, che permetta di essere il protagonista della sua esperienza, aumentando così la propria autostima.

ALCUNE ESPERIENZE

Di seguito sono riportate alcune esperienze di comunicazione ipnotica che ho attuato nello svolgimento della mia pratica quotidiana:

COSIMO

Cosimo, sessantasette anni, è un paziente in attesa d'impianto di defibrillatore. E' affetto da una cardiopatia ischemica nota e un pregresso ictus con deficit dell'emi soma sinistro con contrazione spastica del braccio omolaterale.

La contrazione spastica fa sì che il braccio sinistro rimanga contratto e appoggiato sul torace, posizione che ostacola l'impianto. Sarebbe necessario far distendere il braccio del paziente lungo il fianco.

Osservando l'impossibilità di distendere l'arto rifletto su due episodi: il primo riportato durante le lezioni dalla dott.ssa Muro a proposito di un paziente con il tremore alla mano cui veniva data la consapevolezza della situazione e lo si invitava a tremare ancora di più, in modo che capisse che se poteva tremare maggiormente, aveva il controllo e poteva esserci un cambiamento, cioè controllare il tremore.

Il secondo riguarda un episodio citato dal giovane dottor Erickson. In questo suo racconto l'ipnoterapeuta riporta un'esperienza giovanile nella quale assieme al padre doveva far entrare una mucca nella stalla. Ad Erickson venne un'intuizione e decise di assecondare il volere della vacca anziché opporsi: tirò per la coda la mucca per farla andare indietro e lei avanzò nella stalla.

Ho dunque chiesto al paziente di flettere ancor di più il braccio. Una volta rilassato, il braccio ha iniziato a distendersi, dopo tre tentativi il braccio si è disteso del tutto.

Avendo ottenuto una posizione più consona abbiamo potuto procedere all'intervento.

Ho chiesto al paziente di poterlo chiamare con il suo nome. Spiego a Cosimo che questo intervento richiede immobilità e che la sua collaborazione sarà preziosa.

Lo guido in un rilassamento frazionato partendo dalla percezione delle gambe, schiena e testa appoggiate al materassino.

Lo invito a fissare un punto sopra di lui, cosa che sta già facendo. Cosimo ha iniziato poi a socchiudere gli occhi, gli spiego che una volta che li avrà chiusi, si sentirà ancora più rilassato, li chiude e successivamente li riapre. Gli dico che può aprire gli occhi in quanto ha il controllo della situazione e che potrà decidere di richiuderli.

Lo invito poi a focalizzarsi sul respiro ricalcando i movimenti dell'addome, all'aria che passa nelle narici e gli comunico che niente in quel momento lo potrà disturbare.

Gli suggerisco dunque di recarsi in un luogo confortevole e personale. L'équipe medica può proseguire nell'intervento.

Nel corso dell'intervento si sono verificate alcune problematiche: ho notato che Cosimo a un tratto esprimeva smorfie di dolore, gli ho comunicato di aver visto la sua espressione di dolore e che gli avremmo somministrato altro anestetico mentre lui sarebbe potuto tornare a focalizzarsi sul suo respiro e nel suo luogo intimo e personale.

Si è verificato un episodio di tachicardia ventricolare sostenuta che ho ricalcato comunicandogli che avrebbe potuto sentire battere il cuore velocemente ma

che presto sarebbe regredito. Cosimo non ha dimostrato di aver avuto sentore di questa situazione.

Inoltre il paziente ha riaperto gli occhi varie volte durante l'intervento mantenendo però lo sguardo fisso. Gli ho comunicato che anche con gli occhi aperti poteva mantenere uno stato di piacevole rilassamento.

Al termine dell'intervento il paziente risulta molto tranquillo.

La cosa che mi ha stupito di più è che il suo braccio sinistro non ha mostrato segni di flessione involontaria neppure sei ore dopo l'intervento, situazione notata con sorpresa anche dalla moglie.

Cosimo mi ha in seguito confidato di aver pensato di andare a pesca subacquea, attività che gli piaceva molto prima di avere problemi di salute.

VITO

Vito è un paziente di sessantacinque anni, è ancora attivo dal punto di vista lavorativo e si occupa di autotrasporti. E' in attesa di eseguire un'angioplastica elettiva. Ha già eseguito nei giorni precedenti una procedura senza avere particolari problematiche.

Subito dopo che è stato eseguito l'accesso arterioso radiale sinistro si verifica un forte spasmo arterioso radiale che oltre ad impedire il passaggio dei cateteri attraverso l'arteria provoca nel paziente un evidente dolore e stato di agitazione che lo fa contorcere. Allora indosso il camice piombato anti-rx ed entro in sala.

Mi rivolgo a Vito dicendogli che vedo che accusa un forte dolore e non riesce a stare fermo.

Il paziente risponde che la volta precedente non è stata così, che i medici hanno trovato subito la strada. Ricordandomi che il suo lavoro è quello dell'auto-trasportatore e ricalcando il suo modo di descrivermi il problema dico a Vito che anche se si va nello stesso luogo molte volte il viaggio non sarà mai lo stesso, potrà esserci ogni volta sempre qualcosa di diverso. A quel punto sgrana gli occhi e dice “Sì, è proprio vero!”. Avevo catturato completamente la sua attenzione.

Allora gli propongo se vuole provare qualcosa per gestire il suo dolore (contratto), naturalmente accetta. Lo invito a focalizzare la sua attenzione sul respiro, ricalcando velocemente le percezioni e i movimenti respiratori e nel frattempo l'invito a chiudere e aprire la mano destra contando i movimenti. Dopo pochi minuti gli suggerisco di pensare al suo braccio sinistro, quello con lo spasmo, come se fosse immerso completamente dentro una bacinella di acqua calda, (sperando che la suggestione del calore diminuisca lo spasmo), ripetendo più volte le mie parole. Viene somministrato anche 1 mg di Midazolam. A un certo punto lo spasmo regredisce, scompare completamente il dolore e la procedura può riprendere ed essere portata a termine senza problemi. Penso che la sinergia tra le parole che hanno catturato e distolto l'attenzione sul sintomo, la suggestione data e il farmaco somministrato abbiamo prodotto sicuramente un effetto positivo.

VIVIANA

Viviana è una donna di quarantasette anni che ha avuto un infarto non stemi, per cui dovrà essere sottoposta a coronarografia ed eventuale angioplastica.

Durante la preparazione sul lettino operatorio, noto che è molto tesa e le propongo di aiutarla a rilassarla in modo che possa gestire la sua ansia. Le chiedo

di chiudere gli occhi e di focalizzarsi sul respiro, ricalcando i movimenti respiratori e il fluire dell'aria, ratificandole come il respiro era diventato più lento e profondo. E ora potrà andare con la mente in un posto da lei gradito e rilassante e goderne di tutti gli aspetti, rimanendo sempre per lei la possibilità di sentire e rispondere se le venivano fatte delle domande ma tornando sempre subito dopo a quella condizione (questo perché l'operatore medico di solito chiede sempre qualche informazione al paziente). L'esame procede senza problemi. Al termine invito Viviana ad aprire gli occhi e per prima cosa fa un grande sorriso, ringrazia tutti e mi dice: "Lei è veramente un grande, avevo così tanta ansia, ma con le sue parole mi sono totalmente lasciata andare".

Viviana doveva nei giorni seguenti eseguire una seconda procedura, allora ho pensato e concordato con lei di insegnarle un metodo che potesse aiutarla in autonomia. Abbiamo con tranquillità effettuato una seduta, con rilassamento muscolare, catalessi del braccio e visualizzazioni di luogo sicuro, dando un incoraggiamento per le prossime occasioni. Nella procedura seguente è stata molto brava a gestire la sua situazione e soddisfatta di cosa aveva imparato.

PIETRO

Pietro è un uomo di cinquantacinque anni, dovrà eseguire una coronarografia. Mi dice che ha molta paura di vedere qualsiasi presidio medico chirurgico o anche solamente un semplice ago.

Prima di entrare in sala, gli propongo, quando è disteso sulla barella, un metodo di rilassamento che gli permetta di affrontare in modo ottimale l'intervento.

Procedo dicendogli che mentre è disteso sulla barella e sta sentendo la mia voce può iniziare a fissare un punto nel soffitto (focalizzazione dell'attenzione), descrivo i movimenti delle palpebre, ne ricalco la pesantezza, suggerisco benes-

sere dovuto alla chiusura degli occhi e sfida a riaprirli (non li riapre). Approfondisco con la levitazione del braccio, che riesce molto bene e la visualizzazione del luogo sicuro.

Dopo pochi minuti procedo all'ancoraggio e alla deinduzione. Pietro racconta di essersi trovato molto bene e di essersi rilassato. Chiedo a Pietro di riprovare in autonomia. Lo porto allora con la barella dentro la sala, e gli chiedo di passare nel lettino operatorio ma sempre rimanendo in questo stato particolare di rilassamento. Lo fa senza neanche aprire gli occhi. Viene preparato, praticata l'anestesia locale e non dà cenni di fastidio. Durante l'esame è invitato dal medico a fare dei respiri meno profondi, ma lui non risponde. Al che lo invito a fare dei respiri meno profondi e allora esegue l'ordine. Al termine della procedura lo deinduco dando suggestioni di benessere. Quando si riorienta mi dice di non essersi accorto di nulla e di essere stato a casa sua.

CONCLUSIONI

In questi mesi dopo l'inizio del corso di comunicazione ipnotica ho avuto modo di notare che molte cose sono cambiate, sia in ambito lavorativo sia dal punto di vista strettamente personale. Durante il corso sono state presentate delle modalità di relazione operatore paziente molto profonde, inusuali, alternative per la normale routine quotidiana. Gli studi presentati al corso, le modalità d'intervento e i risultati ottenuti, aprono una gamma di applicazioni della comunicazione ipnotica, veramente sorprendente e molto vasta, che investono una serie di discipline che spazia in tutti i campi della medicina.

Ho avuto modo nella mia realtà operativa, di sperimentare le potenzialità di questa tecnica. Naturalmente a piccoli passi, compiendo errori, rivalutandoli, confrontandomi e ripartendo dall'inizio, con le molte difficoltà che riguardano il padroneggiare una tecnica in via di acquisizione, le problematiche di trovarsi in un ambiente dove a volte le novità possono non essere capite o accettate.

Le esperienze che ho presentato in questa tesi sono solo alcune delle esperienze avute in questo periodo, ma indipendentemente dal grado d'intensità del fenomeno ottenuto ho potuto notare che in tutti i casi, (non solo quelli riportati), i pazienti hanno manifestato un notevole grado soddisfazione. Questo può essere dovuto al raggiungimento degli obiettivi che ci siamo prefissati, (riduzione dell'ansia legata alla procedura, tolleranza ai lunghi tempi delle stesse, riduzione del dolore), o solo al fatto che il paziente si è sentito investito in una relazione di fiducia (rapport). Ha avuto così modo di sentirsi accolto e accompagnato in un cammino che a volte può essere molto disagiata. Sono così riuscito a instaurare una diversa modalità di approccio al paziente, indirizzata maggiormente all'accoglienza dello stesso verificando che si hanno maggiori e più pro-

ficui risultati , accogliendo la modalità comunicativa del paziente e usando metodologie che permettano di guidarlo al raggiungimento degli obiettivi comuni.

Ho avuto modo di constatare nei giorni successivi agli interventi che i pazienti molte volte si sono sentiti così profondamente accolti nella relazione da confidarmi anche vicende personali spesso chiedendo consigli, segno che questa modalità di approccio aumenta la fiducia verso l'operatore identificandolo come riferimento nel percorso di cura. Evidenza che i livelli comunicativi Comunicazione Verbale, Comunicazione Paraverbale e Comunicazione Non Verbale, utilizzati in modo chiaro in una relazione volta al “prendersi cura” risulta vincente per liberare il potenziale e le risorse del paziente assicurando una migliore abilità nell’essere protagonista attivo della propria cura.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Lezioni corso ipnosi CIICS Istituto Franco Granone*, Torino, 2020
- Bandler R., Grinder J., *I modelli della tecnica ipnotica*, Astrolabio Roma, 1984
- Benedetti F., *La speranza è un farmaco*, Mondadori Milano, 2018
- Doidge N., *Il cervello infinito*, Ponte alle Grazie, 2017
- Erickson M.H., *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio Roma, 1983
- Erickson M.H., Rossi E.L, Rossi S.I., *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio Roma, 1979
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Bur, 2019
- Granone F., *Trattato di ipnosi vol 1-2*
- Niese H., *L'uomo che conosceva la medicina*, Ed. Il punto d'incontro, Vicenza 2016
- Pert C.B., *Molecole ed emozioni*, TEA Milano, 2016
- Vercelli G., *Vincere con la mente*, Ponte alle Grazie Milano, 2020

RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento alla Dr. Milena Muro relatrice di questa tesi, per la competenza, la disponibilità e le capacità didattiche dimostrate e a tutti i docenti del corso CIICS edizione 2020 per le coinvolgenti lezioni impartite.

Ringrazio inoltre Mara, Manuela, Rebecca, Noemi e Isacco per essersi prestati con fiducia alle mie prime esperienze sul campo.

