

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

Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E
COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2015

**IPNOSI E AUTOIPNOSI
NELLA GESTIONE DI SINTOMI DEPRESSIVI
IN PAZIENTI IN DIALISI**

Candidato:

Dr.ssa Ramona Borla

Relatore:

Dr.ssa Laura Papi

INDICE

Introduzione

La sofferenza in Dialisi

L'autoipnosi come strumento di resilienza

Capitolo 1

Pag 7

Progettazione

1.1 Il campione

1.2 Modalità di ricerca

1.3 Beck Depression Inventory (BDI)

Capitolo 2

Pag 10

L'analisi dei dati

2.1 Stato iniziale del gruppo

2.2 Confronto prima e dopo fra Gruppo di Ricerca e Gruppo di Controllo

2.3 Dati soggetto per soggetto Gruppo di Ricerca

2.4 Dati soggetto per soggetto Gruppo di Controllo

Capitolo 3

Pag 15

Presentazione dei risultati

Conclusioni

Pag 17

Bibliografia

Pag 20

INTRODUZIONE

La sofferenza in dialisi

La dialisi lascia il suo segno indelebile, *‘di un qualcosa che ti consuma prima il cervello e poi piano piano il fisico.’*(Bruno et al.,2011)

L'insufficienza renale cronica è una malattia di grande impatto sulla persona e sui suoi famigliari. Diversi studi riportano cambiamenti drastici nella qualità di vita dei pazienti che si ritrovano a dover ridefinire tutta la loro vita. I pazienti percepiscono trasformazioni del loro corpo e dell'integrità corporea. (Calvey et al, 2011)

Le normali abitudini della persona vengono ad essere rivoluzionate dal tempo occupato durante la settimana per eseguire la dialisi, dal disagio e dal disturbo provocati dal trattamento, dalle drastiche limitazioni nelle abitudini alimentari, dal frequente meccanismo psicologico di rifiuto della malattia.

Tali cambiamenti richiedono al paziente e alla famiglia molte risorse fisiche, psicologiche e organizzative. (Russo et al., 2010)

L'inizio della dialisi porta con se inevitabilmente la necessità di ridefinire il proprio ruolo sociale, familiare, lavorativo.

Questo forte cambiamento, associato alla dipendenza che si viene a creare nei confronti della 'macchina' per la dialisi, può favorire la comparsa di problemi psicologici. A causa delle conseguenze del trattamento i pazienti possono diventare dipendenti dai loro familiari e non essere più in grado di vivere da soli. (Porter et al., 2011)

Emergono vissuti negativi legati alla cronicità della malattia, alle limitazioni che si vengono a creare nelle normali attività della vita quotidiana, nel mangiare e nel bere, unite al timore di non farcela.

Tutti questi vissuti compaiono precocemente e nella maggior parte dei pazienti e in misura diversa invalidano lo stato di benessere generale dell'individuo.

Se non affrontati tendono a produrre un disagio psicologico costante che si traduce in un aumento della sofferenza espresso a più livelli.

I pazienti in dialisi hanno un rischio elevato di sviluppare disturbi della sfera emozionale a causa della malattia. (Kojima, 2012)

Il malato vive in una costante e indelebile condizione di stress, che rende difficile mantenere reazioni positive e costruttive. (Russo et al., 2010)

La depressione è la comorbidità psichiatrica più frequente e colpisce circa il 25% dei pazienti con insufficienza renale. (Ver Halen et al 2012)

La depressione si manifesta sia come risposta alla diagnosi e al trattamento , sia come conseguenza dell'esperienza di perdita in termini di salute, stile di vita, stato sociale ed economico. (Amira, 2011)

L'autoipnosi come strumento di resilienza

L'ipnosi è sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto medico-paziente durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici. (Granone)

L'ipnosi non è solo transfert, non è solo psicoterapia, non è solo risposta psichica, ma è anche risposta somatica, viscerale, organica; è, in sostanza, una risposta psicosomatica dove la mente e il corpo interagiscono l'uno sull'altro aiutandosi e compensandosi a vicenda, è un insieme di fenomeni neurologici, biochimici, elettrici, psicologici, sociali. (Guantieri).

Queste definizioni mettono in evidenza come l'ipnosi sia uno stato di coscienza del tutto naturale e fisiologico al pari dello stato di veglia, di sonno, di sogno e come questi ha le sue caratteristiche neurofisiologiche specifiche che lo caratterizzano.

Lo stato ipnotico è pertanto un modo di essere dell'organismo e, come tale, fa parte del corredo di ogni essere umano.

Diversi possono essere i livelli di intensità raggiunti e diverse le strade per raggiungerli.

Tale stato della mente può prodursi **spontaneamente** (per esempio quando guidando ci immergiamo totalmente nei nostri pensieri e non conserviamo memoria del tragitto fatto).

Può essere **eteroindotto**, cioè indotto da un operatore esterno attraverso stimoli visivi, uditivi o tattili.

Può essere **autoindotto**, appresa la tecnica siamo in grado di entrare/uscire da quello stato in totale autonomia.

Definito lo stato ipnotico è importante sottolineare che lo stesso non è terapeutico di per sé. Il suo valore e la sua importanza risiedono nelle vie d'accesso che esso apre, vie che raggiungono la personalità psichica più profonda agendo anche a livello somatico e viscerale.

Lo psicoterapeuta insieme al paziente può sfruttare le molteplici possibilità offerte dallo stato ipnotico grazie all'utilizzo di diverse tecniche, che variano a secondo degli obiettivi da raggiungere. Tecniche mirate a mobilitare le risorse dell'individuo affinché la persona possa impadronirsi delle proprie potenzialità ed esprimerle nella risoluzione di svariati problemi.

Tecniche mirate alla liberazione di emozioni e affetti repressi. Tecniche dirette alla presa di coscienza di problematiche profonde.

Capitolo 1

Progettazione

L'idea da cui nasce questa ricerca è verificare se l'autoipnosi può risultare un valido strumento di aiuto, in pazienti in dialisi, per attivare resilienza. Da quanto emerso sopra la sofferenza, che tali individui si trovano ad affrontare quotidianamente, è di notevole impatto sul loro benessere psico-fisico generale e può alla lunga sfociare in un vero e proprio disturbo psichiatrico. Fornirli di uno strumento capace di attivare le loro risorse più profonde potrebbe risultare di grande aiuto per la gestione e la prevenzione dello stress al quale sono sottoposti nonché per diminuire i possibili sintomi depressivi associati.

Per verificare questa ipotesi ho scelto di utilizzare il Beck Depression Inventory (BDI) in quanto come già emerso la depressione è la comorbidità psichiatrica più frequente nei pazienti con insufficienza renale. (Ver Halen et al 2012)

1.1 Il Campione

Per raggiungere gli obiettivi del mio lavoro ho creato un campione di 10 soggetti in cura presso un reparto di dialisi.

Il campione è eterogeneo e di età compresa tra i 40 e i 70 anni.

Lo stesso, dopo esser stata fotografata la situazione iniziale attraverso l'utilizzo del Beck Depression inventory, è stato suddiviso in due.

Cinque soggetti sono stati inseriti nel Gruppo di Ricerca e cinque soggetti nel Gruppo di Controllo.

1.2 Modalità di ricerca

Come già detto sopra nella fase iniziale della ricerca è stato somministrato a tutti i dieci soggetti il Beck Depression Inventory (BDI) per poter avere un punto di partenza chiaro ed omogeneo.

In seguito si sono creati due gruppi, uno di controllo e uno di ricerca, per poter verificare l'impatto dell'intervento effettuato come unica variabile significativa intervenuta nei due gruppi.

Ad entrambi i gruppi è stato ri-somministrato a distanza di cinque settimane il Beck Depression inventory per andare a verificare possibili cambiamenti.

Durante questo lasso di tempo al gruppo di controllo non è stato effettuato nessun tipo di intervento.

Il gruppo di ricerca si è invece sottoposto a quattro sedute con cadenza settimanale.

Il primo incontro è stato dedicato al creare una relazione terapeuta-paziente attraverso la raccolta della storia di vita di ognuno di loro. Visto lo scopo della ricerca a tutti i soggetti ho domandato di fornirmi le informazioni che più reputavano rilevanti per farsi conoscere. Non avendo scopi psicoterapeutici mi sono limitata alla raccolta del racconto spontaneo portato dal paziente senza alcun tipo di approfondimento.

Il secondo incontro è stato dedicato all'induzione della trance ipnotica mirata a un rinforzo dell'Io e a fornire un ancoraggio che gli permettesse di ritrovare quello stato in autonomia.

A tutti i partecipanti è stato domandato di farne un utilizzo costante durante il tempo che sarebbe intercorso tra una seduta e l'altra.

Le ultime due sedute sono state dedicate alla verifica nonché al rinforzo dell'ancoraggio e dell'utilizzo dello strumento appreso.

Nell'ultima seduta si è anche somministrato, come chiusura del percorso, nuovamente il Beck Depression inventory.

1.3 Beck Depression Inventory (BDI).

La prima versione del BDI (Beck et al., 1961) fu sviluppata dall'osservazione clinica di pazienti depressi. Si tratta di un breve questionario di auto-somministrazione, formato da 21 items che riportano sintomi cognitivi, affettivi, somatici e vegetativi riscontrati in pazienti depressi. Il questionario riporta gruppi di dichiarazioni, fra le quali il soggetto sceglie quella che descrive meglio il modo in cui si è sentito durante le ultime quattro settimane (punteggio da 0 a 3): le dichiarazioni riguardano l'umore, la soddisfazione personale, la visione del futuro, la colpa, l'auto-denigrazione, l'immagine corporea, gli impulsi suicidi, i sintomi vegetativi, la libido.

L'assunto di base è che il numero, la frequenza e l'intensità dei sintomi siano direttamente correlati con la profondità della depressione. La teoria interpretativa è che i disturbi depressivi siano la conseguenza di una strutturazione cognitiva che induce il soggetto a vedere se stesso ed il suo futuro in una luce negativa.

Un'analisi fattoriale condotta su un ampio numero di pazienti depressi (Weckowicz T. E., Muir W., Cropley A. J., 1967) ha rivelato tre fattori principali: '*Guilty depression*' (sentimenti di

colpa, senso di fallimento, auto-accuse, auto-punizione), *'Retarded depression'* (disturbi dell'umore, stanchezza, mancanza di soddisfazione, inibizione al lavoro), e *'Somatic disturbance'* (perdita dell'appetito e perdita di peso).

Il BDI è stato usato estesamente sia in studi su campioni clinici che non clinici, che ne supportano l'attendibilità (fra .81 e .88) e la validità come strumento di misura della disforia in campioni non clinici (Kendall et al., 1987).

Capitolo 2

L'analisi dei dati

In questa sezione vengono analizzati i dati emersi dalla somministrazione del BDI prima e dopo l'utilizzo dell'ipnosi.

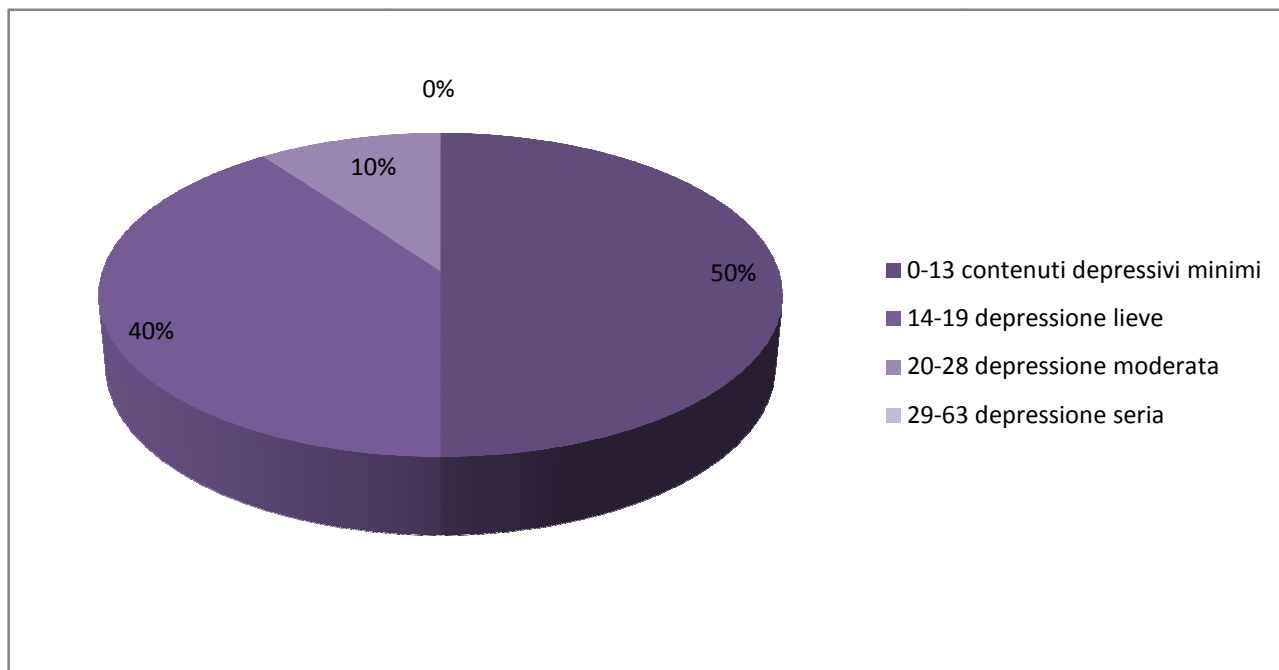
Ho effettuato un'analisi fra Gruppo di Controllo e Gruppo di Ricerca e un'analisi soggetto per soggetto.

2.1 Stato iniziale del gruppo

I dati che seguono ci mostrano la distribuzione dei dieci soggetti analizzati alla prima somministrazione del test BDI. Nel 50% dei casi sono stati rilevati contenuti depressivi minimi, nel 40% sintomi di depressione lieve, nel 10% sintomi di depressione moderata, nessun soggetto ha presentato sintomi di depressione seria.

Scoring	stato del paziente	%
0-13	contenuti depressivi minimi	50%
14-19	depressione lieve	40%
20-28	depressione moderata	10%
29-63	depressione seria	0%

paziente	1° test	range
paziente A	4	0-13
paziente B	18	14-19
paziente C	18	14-19
paziente D	6	0-13
paziente E	3	0-13
paziente F	9	0-13
paziente G	18	14-19
paziente H	19	14-19
paziente I	10	0-13
paziente L	26	20-28

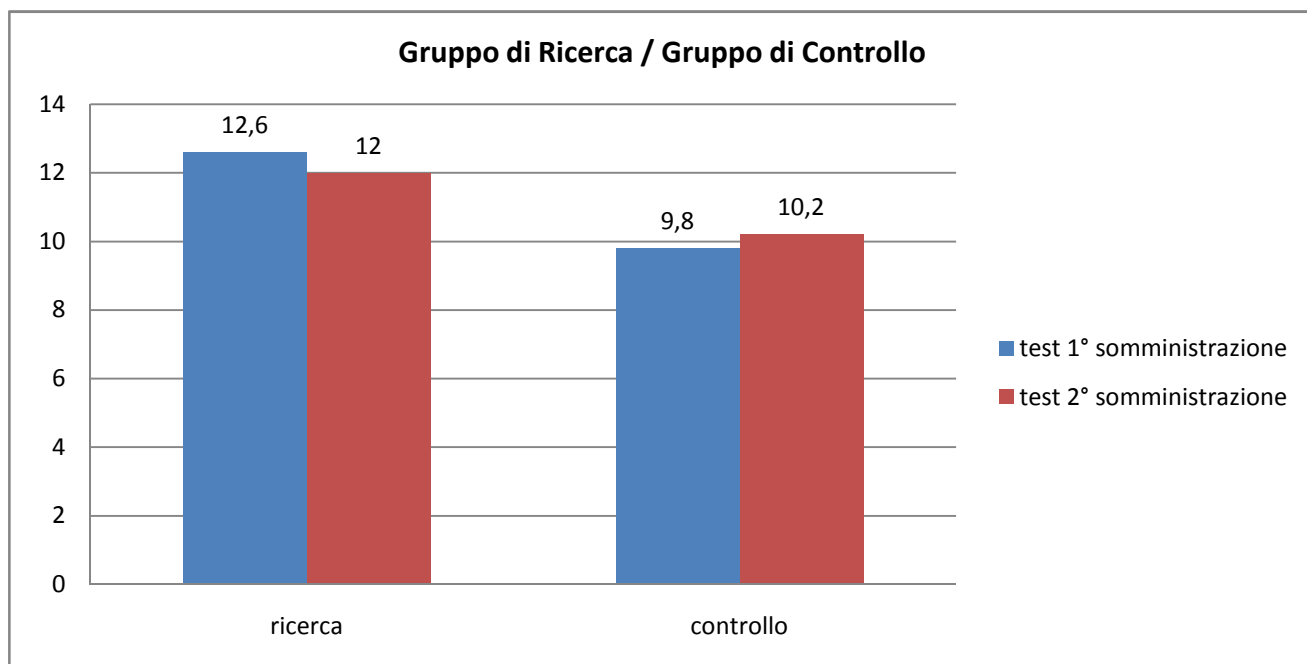


2.2 Confronto prima e dopo fra Gruppo di Ricerca e Gruppo di Controllo

Di seguito i dati che ci mostrano le variazioni avvenute nelle due somministrazioni del test BDI all'interno di ogni gruppo e nel confronto tra i due.

Come si può vedere nel Gruppo di Ricerca c'è stato un abbassamento dei sintomi depressivi rilevati. Al contrario nel Gruppo di Controllo si è verificato un lieve aumento degli stessi.

test	ricerca	controllo
test 1° somministrazione	12,6	9,8
test 2° somministrazione	12	10,2



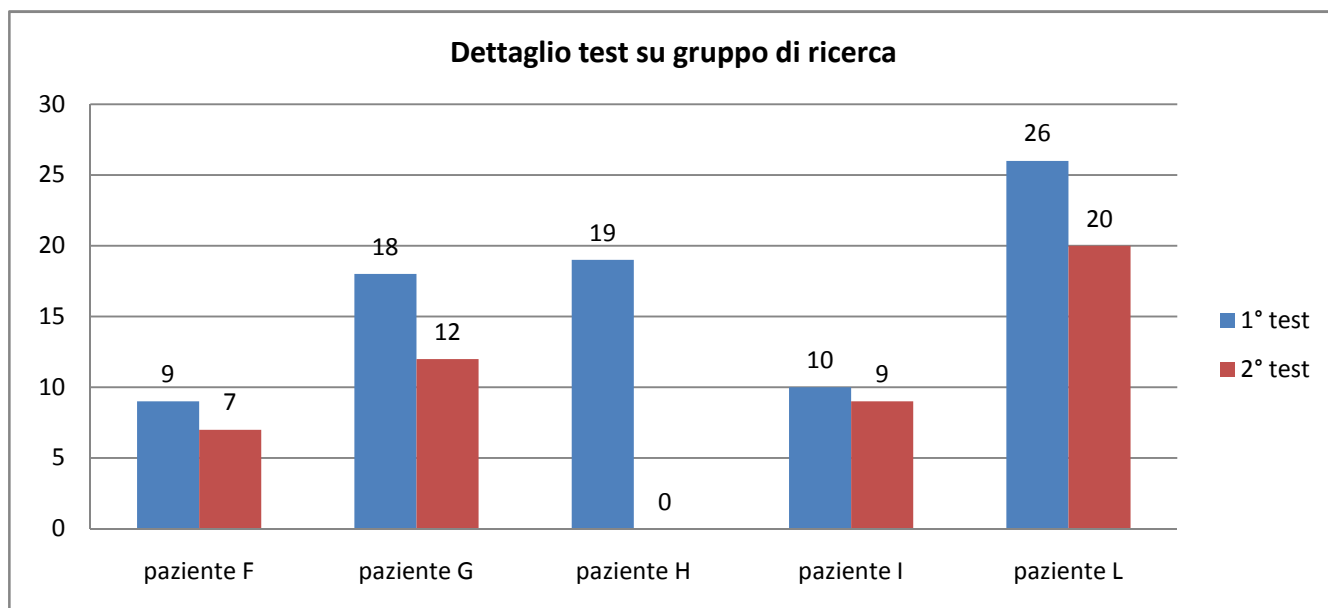
2.3 Dati soggetto per soggetto Gruppo di Ricerca

I dati sottostanti analizzano il prima e il dopo ricerca soggetto per soggetto. Come si può vedere tutti i partecipanti hanno avuto una riduzione dei sintomi depressivi. Da evidenziare anche come le variazioni più significative siano intervenute nei soggetti che presentavano alla prima somministrazione del test un maggior numero di sintomi depressivi.

Il paziente G è passato da una situazione di depressione lieve a quella di contenuti depressivi minimi. Similmente il paziente L si è di molto avvicinato da un quadro di depressione moderata a uno di depressione lieve.

Necessiterebbe una lettura a parte, che esula però dagli obiettivi di ricerca, il paziente H al quale non è stato possibile effettuare la seconda somministrazione del test e di conseguenza verificarne gli esiti.

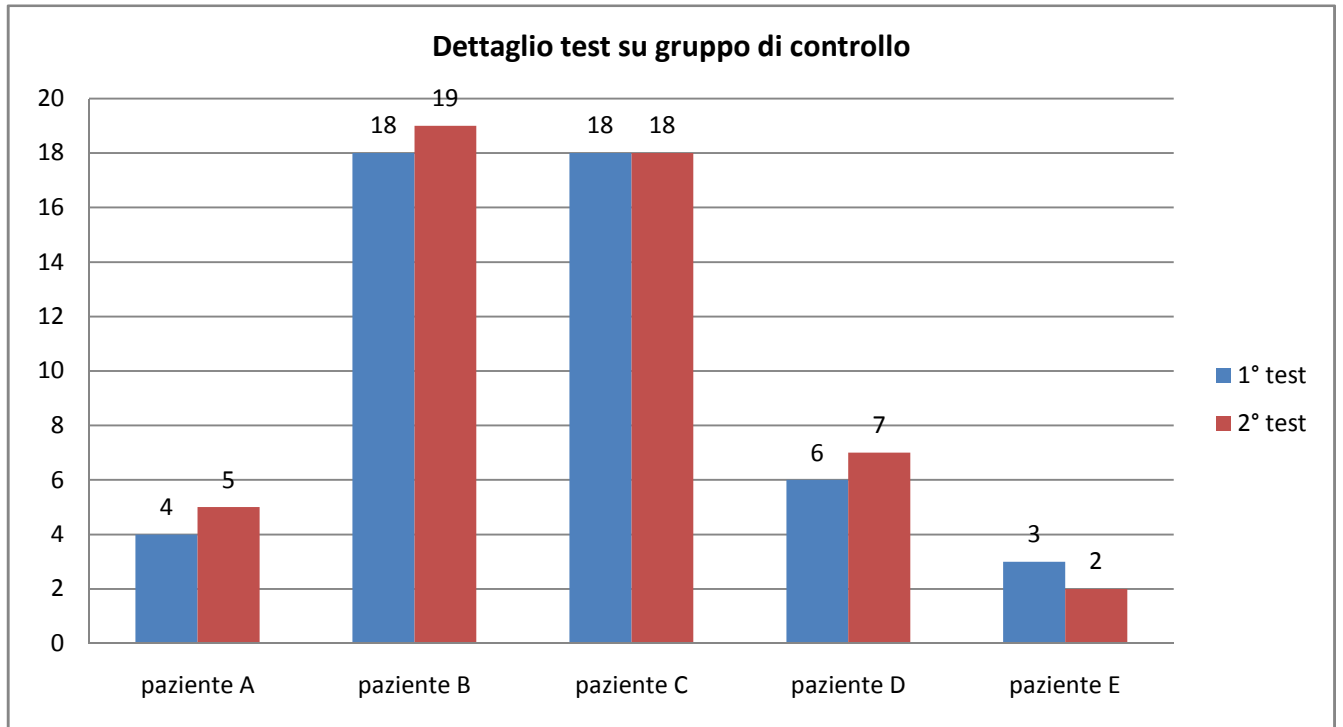
paziente	1° test	2° test
paziente F	9	7
paziente G	18	12
paziente H	19	0
paziente I	10	9
paziente L	26	20



2.4 Dati soggetto per soggetto Gruppo di Controllo

Qui possiamo vedere i dati relativi al Campione di Controllo. I risultati nelle due somministrazioni sono pressoché invariati con una leggera tendenza al peggioramento dei sintomi depressivi.

paziente	1° test	2° test
paziente A	4	5
paziente B	18	19
paziente C	18	18
paziente D	6	7
paziente E	3	2



Capitolo 3

Presentazione dei risultati

Dall'analisi dei dati presentata nel capitolo precedente si può affermare che la tecnica dell'autoipnosi può essere un utile strumento di resilienza.

La situazione iniziale ci evidenziava che i dieci soggetti analizzati, alla prima somministrazione del test BDI, mostravano nel 50% dei casi contenuti depressivi minimi, nel 40% sintomi di depressione lieve, nel 10% sintomi di depressione moderata e nessuno sintomi di depressione seria.

In seguito ai quattro incontri effettuati, in cui ai pazienti è stato dato un ancoraggio e insegnato ad utilizzare autonomamente lo stato di trance ipnotica, i dati ci hanno mostrato delle variazioni positive avvenute nel Gruppo di Ricerca.

Nell'arco di cinque settimane lo stesso ha evidenziato un abbassamento dei sintomi depressivi rilevati.

Al contrario nel Gruppo di Controllo a distanza di cinque settimane la situazione risultava pressochè invariata con, anzi, un lieve aumento dei sintomi depressivi.

Nel dettaglio si è visto che tutti i soggetti facenti parte del Gruppo di Ricerca hanno avuto una riduzione dei sintomi depressivi. In particolare le variazioni più significative sono state registrate nei soggetti che presentavano alla prima somministrazione del test BDI un punteggio più alto.

In un caso (paziente G) si è passati da una situazione di depressione lieve a quella di contenuti depressivi minimi.

In un secondo caso (paziente L) si è verificato un avvicinamento da un quadro di depressione moderata a uno di depressione lieve.

Dall'analisi dei dati del Gruppo di Ricerca si è dovuto escludere il paziente H al quale non è stato possibile effettuare la seconda somministrazione del test e di conseguenza verificarne gli esiti.

Nel confronto di tali evidenze con i risultati ottenuti nei soggetti facenti parte del Campione di Controllo, ai quali è stato unicamente somministrato due volte il test BDI a distanza di cinque settimane l'una dall'altra, verificiamo l'utilità dello strumento. I risultati, nelle due somministrazioni, sono pressoché invariati con una leggera tendenza al peggioramento dei sintomi depressivi.

Pertanto, avendo inserito come unica variabile significativa tra i due Gruppi l'apprendimento dell'utilizzo dell'autoipnosi nella gestione dei vissuti negativi legati al proprio stato di benessere, si può affermare che tale tecnica è risultata utile ed efficace.

Per quanto le variazioni positive risultino di moderata entità dobbiamo considerare il breve lasso di tempo intercorso dall'inizio dell'utilizzo della tecnica di autoipnosi e la verifica dei risultati. Tale ulteriore dato ci permette di ipotizzare che l'utilizzo costante nel tempo dell'ipnosi come strumento di gestione dei contenuti emotivi potrebbe portare ad un'ulteriore diminuzione dei sintomi depressivi e di conseguenza ad un miglioramento generale del benessere soggettivo percepito.

Conclusioni

*‘Ogni persona racchiude dentro di se qualcosa di eccezionale, un elemento in grado di fare la differenza...E la mia voce ti accompagnerà’
(Milton H. Erickson)*

A costo di risultare ridondante desidero iniziare le mie riflessioni sul lavoro svolto riproponendo una citazione che ha rappresentato e rappresenta ora più di prima due ‘verità’ che sento nel profondo. ‘Verità’ che sono state il motore motivazionale che mi ha spinto a scegliere il mio percorso universitario in psicologia, il continuare con una specializzazione in psicoterapia fino ad arrivare alla scelta di avvicinarmi all’ipnosi.

La complessità della mente umana ha da sempre avuto su di me un ascendente particolare, portando con sé la sensazione e la credenza che in quelle vie infinite e ancora per gran parte sconosciute si nasconda un potere per l’appunto ‘eccezionale’.

Altresì e con altrettanta forza ho sempre creduto nella preziosità dell’aiuto (‘...e la mia voce ti accompagnerà.’) che un’altra mente può apportare nella ricerca delle nostre risorse più profonde. Concludere questa ricerca rappresenta in maniera più ampia il giungere al termine del percorso iniziato un anno fa con l’iscrizione al corso base in ipnosi. Pertanto porta con sé tutti i vissuti provati durante questa esperienza e la necessità di ‘analizzare i dati’ e trarne i ‘risultati’.

Primo fra tutti è il sentire che questa ‘fine’ è solo l’inizio di una nuova e affascinante esperienza, tutta da scoprire e approfondire. Oggi con nuove competenze teoriche e pratiche il mio interesse, verso l’ipnosi e le sue potenzialità, è più forte e motivato a proseguire questa strada.

Lo svolgere per la stesura della Tesi questa ricerca è stata un’ottima opportunità per sperimentare nella pratica le nozioni teoriche apprese durante il corso.

Nel complesso è stata un’esperienza molto positiva che mi ha permesso di superare alcune paure e mi ha mostrato alcune insidiosità a cui non avevo prestato la giusta attenzione.

Approcciarsi a una nuova tecnica con la consapevolezza di non padroneggiarla ancora porta con sé, inevitabilmente, paure ed ansie. Quelle inizialmente più presenti erano rappresentate dalla capacità di mantenere una dialettica fluida ed appropriata durante la fase di induzione. Con mio stupore ho potuto sperimentare come il ruolo da me rivestito di fronte ‘ai pazienti’ ha facilitato l’autocontrollo e la gestione delle mie paure. Operazione che nel ruolo di ‘studente’ durante le esercitazioni in aula mi risultava alquanto complicato.

Superato questo primo scoglio mi sono resa conto, toccandole con mano, le insidiosità che si celano nel dopo induzione.

Nel cuore terapeutico della trance ipnotica la consapevolezza, di non possedere ancora con abbastanza intensità le competenze necessarie per muoversi con scioltezza e sicurezza, si è fatta sentire con tutta la sua forza.

Il mio lavoro non prevedeva un intervento terapeutico, per cui nello specifico ho sentito l'insicurezza nel saper dare un ancoraggio efficace insieme al timore di non ottenere alcun risultato positivo dal percorso proposto. Con molta più chiarezza si è evidenziata la necessità e la potenzialità del creare un buon rapporto terapeuta-paziente e di come tale rapporto di fiducia diventi parte integrante dell'ipnosi.

I rimandi positivi e molto generosi, fornitimi spontaneamente da gran parte dei soggetti in merito al percorso fatto insieme uniti all'analisi dei dati effettuata che ha mostrato un, se pur piccolo, cambiamento sono stati per me fonte di grande soddisfazione.

Ritengo che siano un'immagine abbastanza realistica della mia attuale 'Professionalità': da un lato una competenza relazionale già più formata ed acquisita e dall'altro una nuova competenza 'l'ipnosi' presente ed efficace ma ancora neofita e in via di formazione e strutturazione.

Per concludere, sono molto felice di aver scelto di avvicinarmi all'ipnosi e all'altrettanto di essermi indirizzata alla vostra scuola per farlo. Sono soddisfatta della professionalità incontrata e della metodologia di insegnamento proposta, tutti elementi che hanno contribuito a far trasformare un interesse 'l'ipnosi' in passione.

Bibliografia

-Amira O., 2011 *Prevalence of symptoms of depression among patients with chronic kidney disease. Nigerian Journal of Clinical Practice*

-Aaron T. Beck, 1967 *Beck depression inventory*

-Bruno I., Tranchese A., 2011 *Il vissuto della persona in emodialisi. La percezione dello stato di salute e malattia: l'altra faccia della luna. Dialisi: assistenza infermieristica e qualità della vita. IPASVI Roma: Arcobaleno*

-Calvey D. Mee L., 2011 *The lived experience of the person dependent on haemodialysis. Journal of Renal Care*

-DSM IV TR, 2000 *Manuale diagnostico dei disturbi mentali*

-Ercolani A.P., Areni A., Mannetti L., 1990, *La ricerca in psicologia, Carocci*

-Erickson Milton H., Rossi Ernest L. 1982, *Ipnoterapia, Astrolabio*

-Erickson Milton H., 1983, *La mia voce ti accompagnerà, Astrolabio*

-Glen O., Gabbard e altri, 2006, *Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina*

-Granone F. 1983, *Trattato di ipnosi, Boringhieri*

-Nancy Mc Williams, 2012, *La diagnosi psicoanalitica, Astrolabio*

ALLEGATI