

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2018

L'INFLUENZA DELL'EMPATIA
NEL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO IN IPNOSI

Candidato

Rosalia COSTA

Relatore

Dott. Ennio FOPPIANI

*Ai miei nipotini Pietro e Leo,
veri esperti di empatia.*

INDICE

1. Introduzione	3
2. La relazione	7
3. L'empatia	16
4. Esperienze di trattamenti riabilitativi in ipnosi	25
5. Testimonianze di pazienti a seguito di trattamenti riabilitativi in ipnosi	
5.1 Testimonianza n. 1	30
5.1.2 Considerazione sul trattamento effettuato.	33
5.2 Testimonianza n. 2	34
5.2.2 Considerazione sul trattamento effettuato.	40
5.3 Testimonianza n. 3	41
5.3.2 Considerazione sul trattamento effettuato.	45
6. Conclusioni	46
7. Bibliografia	48
8. Ringraziamenti	49

INTRODUZIONE

Credo di aver deciso di fare la fisioterapista fin da ragazzina cioè da quando, cadendo dalla bicicletta, mi fratturai il gomito sinistro. E fu anche in quell'occasione che decisi che tipo di terapeuta sarei stata.

All'inizio della riabilitazione del mio braccio, l'esperienza non fu delle più piacevoli. Oltre al dolore fisico, mi sentivo trattata come fossi entrata in una catena di montaggio, soprattutto per quanto riguardava la relazione, praticamente inesistente. Fortunatamente, negli ultimi giorni, cambiai fisioterapista e così capii che non si trattava solo di tecnica, ma di qualità di rapporto col paziente. Sentendomi accolta e ascoltata mi rilassai e sicuramente ne ebbi beneficio non solo il mio gomito, ma tutta la mia persona.

Allora decisi che non solo avrei fatto quel lavoro, ma che l'avrei svolto in modo da far sentire bene i pazienti. Ero sicura che fosse l'impegno a contare: non solo quello di imparare nuove tecniche riabilitative, ma anche quello di lasciare che il paziente potesse descrivere le sue difficoltà senza timore, sentendosi a proprio agio e rilassato nella relazione, per poter insieme elaborare un progetto di cura.

Sicuramente aver sperimentato in prima persona il ruolo della paziente, mi ha dato la possibilità di imparare il modo migliore per avere un buon approccio terapeutico. Sono passati ormai ventisei anni e penso di aver tenuto fede a questi miei propositi.

Negli anni infatti ho cercato di apprendere vari tipi di tecniche riabilitative per poter offrire maggiore competenza e raffinare qualitativamente il mio lavoro. Mi sono accorta che le migliori risposte terapeutiche sono arrivate dai pazienti con i quali riesco ad instaurare una relazione emotivamente più profonda. Questo mi ha dato la spinta per cercare nuovi strumenti da poter utilizzare nell'ambito relazionale e non solo puramente tecnico.

Quando inizio un percorso terapeutico mi propongo non solo di offrire le mie competenze teoriche e pratiche, ma nel mio “prendermi cura” del paziente, ascolto e accolgo le sue esigenze, i suoi bisogni e i suoi vissuti. Solo creando questo rapporto di fiducia e facendolo sentire parte integrante del suo iter riabilitativo, ho la certezza di un esito positivo.

Non sempre però è facile raggiungere questo risultato. A volte capita di trovarsi con pazienti carichi di tensioni emotive e con difficoltà ad esprimere i propri disagi fisici. E' importante allora saper tollerare la frustrazione e l'ansia di non riuscire ad entrare subito in sintonia con la persona rimanendo nell'ascolto dell'altro. Solo così si possono cogliere segnali ricchi di dati (dalla postura, da gesti, dal tono di voce, dallo sguardo, da frasi dette a metà) che forniscono indicazioni essenziali per intraprendere la relazione e la terapia.

Mi sono resa conto che il modo migliore per creare questo rapporto di fiducia col paziente, in maniera da poter accedere alle sue risorse interiori, è quello di rimanere in uno stato di tranquillità per potergliela trasmettere. Mi è successo molte volte di avere iniziato un trattamento in uno stato di inquietudine e di averlo terminato sentendomi molto meglio sia per essere stata gratificata dai risultati ottenuti con l'utilizzo delle mie tecniche, sia per essere riuscita a entrare in contatto con lui.

L'esperienza dell'ascolto e della presenza rende più nutriente il nostro modo di vivere le relazioni non soltanto professionali, ma anche personali.

La mia continua ricerca per migliorare la mia professionalità mi ha portata a conoscere una nuova disciplina: l'ipnosi.

L'ipnosi può essere considerata una vera e propria terapia con una modalità di trattamento che ha un suo carattere autosufficiente, ma può essere definita come uno strumento di trattamento terapeutico, da utilizzare in sinergia con altri approcci, per aumentarne gli effetti benefici. Per questo motivo viene applicata al trattamento di molti disturbi e quadri clinici.

Sotto ipnosi infatti hanno luogo dei cambiamenti cognitivi, percettivi, fisici e comportamentali che si manifestano generalmente come una maggiore reattività a esperienze suggerite.

Come ho potuto constatare, in questo periodo, nella pratica del mio lavoro, l'utilizzo dell'ipnosi nei trattamenti riabilitativi aumenta la risposta ed accelera i tempi di guarigione dei miei pazienti.

L'ipnosi è un 'esperienza altamente soggettiva perché non esistono due persone che la vivano esattamente allo stesso modo. Accettare l'unicità di ogni singolo paziente con cui si interagisce è una buona regola, ma se si vogliono applicare efficacemente le tecniche ipnotiche è un requisito obbligatorio.

Quello che fin da subito ha suscitato il mio interesse avvicinandomi allo studio dell'ipnosi è nella sua definizione, nella quale è contemplato che, per creare lo stato ipnotico, è necessario proprio il tipo di rapporto empatico che ho sempre cercato nel mio lavoro.

La definizione del dott. Franco Granone, che riporto qui di seguito, mi sembra molto significativa.

“Ipnosi: possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questo e l'ipnotizzatore. L'aspetto caratterizzante è il monoideismo plastico. “ (1)

Con monoideismo plastico s'intende 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.

Attraverso la propria coscienza di sé il soggetto è in grado di gestire la potenzialità della rappresentazione mentale. Perché l'ipnosi possa essere ottenuta è fondamentale un rapporto interpersonale fra operatore e soggetto, caratterizzato da una specifica comunicazione: a tal fine è necessario che l'operatore attivi delle procedure che orientino

(1) GRANONE F. Trattato di Ipnosi. Vol. 1. Ed. UTET

l'attenzione del soggetto sull'obiettivo da raggiungere (tali procedure sono dette "tecniche d'induzione"). Devono inoltre essere presenti nel soggetto specifiche condizioni: attese, atteggiamenti, motivazioni e potenzialità di apprendimento.

Con questo mio lavoro ho cercato di approfondire il tema dell'empatia tra terapeuta e paziente nei trattamenti in ipnosi, verificando quanto questa sia stata influente per il raggiungimento di un buon esito nel processo della riabilitazione terapeutica. Ho appena iniziato questo "cammino" per cui i casi trattati in ipnosi sono ancora in numero limitato (di seguito riporterò alcune testimonianze dirette dei pazienti), ma spero che questo percorso potrà condurmi a migliorare la qualità della mia professione e della mia vita relazionale.

LA RELAZIONE

Lo scopo di questo mio elaborato è quello di sviluppare il concetto di empatia in una relazione terapeutica in ipnosi.

Sicuramente il primo passo da effettuare in una relazione col paziente è quello di instaurare un buon rapporto di fiducia. Solo se si raggiunge questo obiettivo, coinvolgendo il paziente come parte integrante del percorso riabilitativo, si potrà ottenere un'ottima riuscita.

Nel trattamento il terapeuta è impegnato non solo a fornire cure fisiche, ma a rispondere ai bisogni dell'altro con comportamenti ed atteggiamenti adeguati; diventa perciò fondamentale la capacità di osservazione e di ascolto come anche la possibilità di non reprimere le emozioni che vengono suscitate da tale rapporto.

Attraverso l'ascolto, infatti, e la comprensione di ciò che si sta verificando durante la seduta, si costruisce insieme quel rapporto di fiducia che dà qualità alla relazione e fornisce un sostegno completo.

L'attività di ascolto ci permette di ridurre le distanze tra le persone, di accettare le differenze, di risolvere i problemi relazionali. L'ascolto potrebbe essere considerato come un altro senso, perché ci fornisce delle informazioni percettive sulla realtà che ci circonda e sulla realtà degli altri.

Sapere ascoltare significa possedere una dote che stimola non solo l'udito ma anche la nostra intelligenza.

Si cura un corpo abitato e non un insieme di organi malati. Terapeuta e paziente non possono non interagire. La predisposizione relazionale è un elemento importante per una buona comunicazione, ma non è sufficiente: è necessaria una formazione specifica che permette di perfezionare le proprie intuizioni ed apprendere strategie efficaci per relazionarsi al paziente e gestire la risonanza emotiva che deriva dal contatto frequente con il dolore e la sofferenza altrui.

La qualità umana degli operatori fa la differenza. Una medicina centrata sul paziente ha bisogno di una formazione che aiuti a comprendere che la comunicazione e la relazione interpersonale sono parte integrante della cura, che un dialogo aperto e rispettoso ha una valenza terapeutica.

L'incontro crea fiducia, facilita l'alleanza terapeutica ed è un'occasione di scambio che può essere significativo dal punto di vista esistenziale ed umano sia per il paziente che per l'operatore.

Centrarsi sulla persona, infatti, non è solo utile ai pazienti, ma costituisce un beneficio per la qualità e il significato della vita professionale degli operatori ed è un valido antidoto per i pericoli del burn-out.

L'attenzione per i vissuti dell'altro, per le sue emozioni e paure, avvicina alle proprie, e nell'accogliere i sentimenti di entrambi si cresce in consapevolezza e umanità.

La trasmissione di informazioni e la gestione delle emozioni rappresentano un compito cruciale nel rendere il contatto tra terapeuta e paziente un incontro efficace e soddisfacente per entrambi.

Lo sguardo alla persona come organismo globale e non solo come un insieme di organi malati o un caso clinico da trattare, trovano nelle parole che si scambiano con il paziente la giusta strada per la cura.

La comunicazione tra terapeuta e paziente presuppone un processo di contrattazione e negoziazione per trovare un punto comune di accordo. Quando i due soggetti si incontrano partono da due punti di vista profondamente diversi: da una parte il sapere tecnico-scientifico del professionista e dall'altra l'esperienza soggettiva, il vissuto singolare ed unico del malato.

Perché si possa trovare un accordo è necessario che chi cura metta a disposizione della persona che si è affidata alle sue cure le informazioni che possiede, ma che sia anche disponibile a lasciare spazio alle emozioni del paziente.

Il modello di comunicazione centrato sul paziente è il più complesso da realizzare perché richiede più tempo, investimento di energia e capacità di cogliere le singolarità di ogni malato. Per questo sono necessarie sensibilità, competenze e conoscenze specifiche che aiutano a decodificare correttamente i desideri del paziente per sintonizzarsi con il suo modo di vivere la malattia.

L'ascolto attivo e pertanto l'empatia sono il centro di questa strategia comunicativa che si fonda su alcuni punti:

- fiducia nel paziente come soggetto attivo capace di operare scelte adeguate per la sua salute e degno di essere preso in considerazione quando parla dei suoi sintomi in quanto miglior esperto di sé stesso.
- capacità del terapeuta di cogliere il punto di vista del paziente, i suoi bisogni, di riconoscere i suoi vissuti e accettare la persona in tutti i suoi aspetti
- apertura e rispetto verso l'altra persona anche se diversa da noi e con valori e convinzioni differenti in modo da essere autentici nel rapporto, senza però giudicarla e criticarla.
- comunicare con il paziente, accogliere i suoi dubbi, legittimare le sue paure e riconoscere che ogni persona ha tempi diversi per cambiare abitudini.
- empatia cioè sviluppare la comprensione sensibile e profonda dei pensieri e delle emozioni dell'altro sapendo cogliere i suoi sentimenti e vissuti senza confonderli con i nostri.

Alla relazione che si costruisce tra operatore e paziente contribuiscono ovviamente entrambi i protagonisti, per cui una grande responsabilità sulla qualità dell'incontro compete all'operatore che, in quel momento, si trova in posizione di maggiore benessere ed autostima.

Senza ascolto non vi può essere vera empatia. Deve trattarsi di puro e semplice ascolto con l'unico obiettivo d'imparare dall'altro e di comprenderlo predisponendosi all'apertura verso l'interlocutore, fissando la propria attenzione sul valore emotivo che egli dà agli eventi e alla

situazione concreta. Accogliamo ciò che il paziente ha da dirci senza cercare di trovare delle soluzioni al suo posto poiché ogni persona ha dentro di sé le risorse necessarie per far fronte alle proprie difficoltà, anche se il suo modo di procedere non corrisponde al nostro.

E' importante ascoltare gli altri con attenzione. Molte volte lo si fa solo a metà, forse perché crediamo che si tratti di una perdita di tempo o perché pensiamo di conoscere già ciò che la persona dirà. In realtà, più ascolteremo gli altri, più gli altri tenderanno a loro volta ad ascoltarci quando faremo loro delle proposte.

Possiamo ascoltare in modo costruttivo e comprensivo: questo è un ascolto produttivo, che incoraggia l'altro ad esprimersi permettendoci di comprenderlo. Questo tipo di ascolto richiede silenzio interiore, consapevolezza delle proprie emozioni, interesse verso tutto ciò che viene detto, attenzione del non verbale e della sfera emotiva.

In qualunque tipo di rapporto, la radice dell'interesse per l'altro sta nell'entrare in sintonia emozionale, nella capacità quindi di essere empatici.

Questa capacità, che ci consente di sapere come si sente un altro essere umano, entra in gioco in moltissime situazioni, da quelle tipiche della vita professionale, a quelle della vita privata.

A volte le emozioni dell'individuo vengono verbalizzate, ma molto spesso esse vengono espresse attraverso altri segni. La chiave per comprendere i sentimenti altrui sta nella capacità di leggere i messaggi che viaggiano su canali di comunicazione non verbale: il tono di voce, i gesti, le espressioni del volto ed altri.

Imparare a guardare negli occhi, a sentire il timbro, il suono della voce dell'altro, a modulare il proprio, fare attenzione ai movimenti del corpo, se riescono a parlare prima dell'espressione verbale, sentire una mano sulla spalla, uno stare accanto senza dire e fare nulla, tutto questo è già relazione.

Se un paziente ci dice di essere rilassato, ma notiamo un'espressione dolente nel viso, un atteggiamento di rigidità muscolare, è probabile che il suo messaggio sia esattamente l'opposto, ma in quel momento, non ha voglia di comunicarci. A questo punto dobbiamo prestare attenzione anche alle nostre emozioni e non sentirci respinti o coinvolti personalmente. Questo atteggiamento incoraggerà probabilmente l'altro ad aprirsi.

Non sottovalutiamo, perciò, l'importanza di un ascolto efficace così da migliorare i nostri rapporti e capire fin da subito i messaggi significativi che il paziente ci invia. Un buon uditori cerca di concentrarsi sulle idee principali che gli vengono comunicate così da fare più attenzione anche al linguaggio non verbale.

La parte non verbale della comunicazione si traduce in tutti gli aspetti relazionali che accompagnano le parole: la posizione del corpo, l'abbigliamento che si indossa, la gestualità delle mani, la mimica del volto, lo sguardo, il tono e le inflessioni della voce.

Gestualità irrequieta, mimica tesa, sguardo assente o perplesso del paziente spesso tradiscono il suo disappunto o la sua incomprensione. Uno sguardo concentrato e il corpo proteso in avanti sono spesso segnali di alta concentrazione e del desiderio di ascoltare ancora.

L'attenzione al non verbale risulta fondamentale per decodificare il feedback del paziente e per cogliere i vissuti evocati dall'informazione che sta ascoltando. Questi segnali non sono però univoci e devono essere integrati con le parole del paziente. Il linguaggio non verbale infatti può essere ambiguo: distogliere lo sguardo da parte del paziente può essere segno di imbarazzo e tensione oppure di rifiuto del messaggio che sta ascoltando. Le lacrime possono raccontare tristezza o sconforto oppure veicolare rabbia e incredulità. Enfatizzare o trascurare i segnali inviati dall'atteggiamento del malato è inopportuno e rischia di rendere la comunicazione e la raccolta dei feedback parziali.

Anche la comunicazione non verbale del terapeuta è determinante: integra il messaggio veicolato a parole. Se la gestualità, la posizione del

corpo e lo sguardo sono congruenti con quanto detto, il messaggio trasmesso a parole viene potenziato; al contrario, se vi sono tensioni, disagio, allontanamento dello sguardo il messaggio veicolato a parole rischia di essere indebolito, amplificato o reso ambiguo.

Vi sono poi segnali non verbali che connotano la qualità della relazione in termini paritari o gerarchici quale la posizione in cui l'operatore si pone. Per esempio il rimanere seduti mentre il paziente è in piedi o viceversa.

Se però i gesti di distanza e di asimmetria sono da evitare, i segnali di forte avvicinamento, come prendere le mani del malato tra le proprie, sono da utilizzare con cautela: alcune persone li gradiscono perché ne colgono con piacere il valore di sostegno, altri li vivono come invasione ed eccessiva intimità.

E' pertanto essenziale, soprattutto per noi fisioterapisti che operiamo a stretto contatto fisico sul corpo del paziente, essere consapevoli ed attenti alla propria gestualità mentre si comunica.

Per centrare l'obiettivo che il percorso comunicativo si propone è necessario perciò curare la qualità del linguaggio, la tempistica dell'interazione e soprattutto è utile possedere le strategie che permettono d'impostare il dialogo.

In tutte le relazioni ci si sente gratificati se il nostro interlocutore si mostra interessato ai nostri stati d'animo oltre che alle parole che gli rivolgiamo. Quindi anche il paziente sarà compiaciuto se sente che il terapeuta non solo ascolta quello che egli porta come problema, ma lo accoglie anche emotivamente.

Pertanto la relazione terapeutica trae forza dalla fiducia, dalla disponibilità a collaborare per risolvere il problema. Durante il trattamento sono sospesi i giudizi morali, le considerazioni sui valori personali e le valutazioni sui comportamenti. La sofferenza del paziente, le sue problematiche sono al centro della seduta.

Il terapeuta deve sintonizzarsi col linguaggio del paziente e condividere empaticamente le sue emozioni mettendo disposizione la propria competenza per impostare un adeguato piano di trattamento.

Durante il percorso terapeutico-riabilitativo il fisioterapista stimola il paziente a sviluppare quei processi che lo aiutano a dare un senso alla sua malattia. Nello stesso tempo il malato è incoraggiato ad esprimere pensieri e sentimenti sulla sua situazione. Pian piano diventa sempre più consapevole dei cambiamenti che si verificano nel percorso di cura e impara a sfruttarli per ricevere soluzioni più adattative.

Dal mio punto di vista, considero importante esprimere pensieri e sentimenti positivi sui miei pazienti insieme ad un'ampia gamma di qualità. Per esempio cerco di incoraggiarli o di sottolineare le loro abilità, il coraggio, l'impegno e la volontà.

Credo che noi terapeuti siamo investiti di un grande potere che deriva dall'essere messi al corrente degli avvenimenti, della vita, dei pensieri, dei disagi ed emozioni dei nostri pazienti perché, inevitabilmente, durante il trattamento riabilitativo, che si protrae per parecchie sedute, essi ci raccontano la loro storia e noi ne diventiamo i custodi.

La seduta riabilitativa viene così potenziata se noi riusciamo ad entrare nel mondo del nostro paziente.

I nostri pazienti vivono ovviamente la seduta in modo diverso da noi. L'esperienza non è la stessa. E' difficile sapere realmente quello che un altro sente. Naturalmente la conoscenza del passato del paziente (storia clinica) incrementa la nostra capacità di (come dice Irvin D. Yalom) *"guardare dal finestrino del paziente"*. (2)

Quindi è importante conoscere i vissuti perché ci permette di essere empatici in modo più accurato.

La fiducia del paziente nei confronti del terapeuta è fondamentale per imprimere una direzione positiva al lavoro durante la seduta.

(2) YALOM I. Il dono della terapia. Ed. Beat

Nella relazione di cura tra operatore e malato che è connotata da un intenso scambio non solo di gesti tecnici, ma anche di parole e di emozioni, l'attenzione ai vissuti e la comprensione empatica assumono un ruolo di rilievo.

Sapere riconoscere e gestire le emozioni del paziente (ansia, delusione, paura, rabbia, disperazione, alternate magari a momenti di fiducia e speranza) è un compito essenziale per instaurare una relazione di fiducia e per favorire la sua maggiore adesione alla terapia proposta.

L'attenzione alle emozioni del paziente da parte dell'operatore veicola il messaggio che quel che conta è la persona e non il problema; Il modo in cui la persona vede o sente la sua malattia nel momento attuale riveste quindi una notevole importanza, alla pari della descrizione dei sintomi fisici.

La comprensione accogliente può essere molto efficace per mantenere una giusta distanza dal paziente pur accogliendo i suoi bisogni, ma senza esserne sopraffatti. Alcune indicazioni possono rappresentare una bussola per orientarsi al meglio in queste relazioni che portano con sé il rischio della "dipendenza" del paziente al suo fisioterapista.

1. Accoglienza e comprensione empatica dei vissuti del paziente, senza sdrammatizzarli, sminuirli, banalizzarli. Solo così la persona si sentirà riconosciuta e sostenuta e non avrà necessità di amplificare l'intensità del proprio dolore per essere capita.
2. Sostenere e rinforzare un atteggiamento di responsabilità nell'essere parte attiva nella relazione: nella condizione di malattia, più che in qualsiasi altra situazione, è fondamentale non incrementare e potenziare la tendenza alla passività e alla delega del paziente, ma aiutarlo a partecipare nelle scelte che lo riguardano.
3. Educare all'autonomia: valorizzare anche i piccoli miglioramenti che il paziente fa anche in modo autonomo e sostenerlo nel compierne altri.

4. Porre con delicatezza e fermezza i limiti delle richieste di rassicurazione che spesso il paziente ci pone durante il trattamento. E' più opportuno raccogliere la domanda e l'ansia che le sottende, ripetendo in sintesi le informazioni disponibili e procedere con il trattamento.

Affinché tutto questo si possa trasformare in una relazione efficace per il buon esito di un percorso riabilitativo, supportato eventualmente anche dall'utilizzo dell'ipnosi, è necessario che vi sia un ulteriore passaggio. L'empatia rappresenta l'ago della bilancia della relazione.

Il passaggio all'empatia avviene già all'interno della relazione che si è rivelata nel momento dell'incontro e della scoperta dell'esistenza dell'altro. Da questo momento l'io e l'altro hanno iniziato a scambiarsi le parti, ad allontanarsi, non sono più rimasti al loro posto. La relazione è un mezzo per unire le rive opposte di un fiume. La relazione è il ponte che permette di transitare dall'una all'altra. E i due soggetti che si sono incontrati adesso non abitano più ciascuno sulla propria riva. Si muovono avanti e indietro sul ponte. (3)

(3) BOELLA L. Sentire l'altro. Ed. Cortina.

L'EMPATIA

L'empatia è un'alleata formidabile nelle nostre relazioni.

Il tema dell'empatia chiama ad un confronto con l'esperienza vissuta, ad un approfondimento delle emozioni, delle reazioni corporee, degli atti mentali che intervengono nel nostro rapporto con gli altri.

Alcune persone sono più portate di altre ad essere empatiche, ma ciò non significa che l'empatia sia una facoltà esclusiva di pochi, infatti ha radici in tutti noi e spesso la usiamo senza saperlo, perché fa parte del nostro processo di percezione e di interpretazione della realtà, così come gli altri nostri cinque sensi.

Provare empatia vuol dire condividere in modo vicario un'emozione uguale o simile a quella che provano altre persone. E' una capacità complessa che coinvolge processi cognitivi ed affettivi ed è un'esperienza che fa quotidianamente parte della nostra vita relazionale.

Se due interlocutori manifestano empatia, possono entrare in un processo di vera comunicazione, facendo così progredire un lavoro, delle idee, una creazione, un percorso formativo o la comprensione di sé stessi.

Andare in profondità nel pensiero dell'altro è un'operazione che richiede tutta la nostra attenzione e che esige la capacità di astrarci dai problemi personali o dagli aspetti della nostra personalità che possono nuocere ad una corretta interpretazione.

Pertanto abbiamo tutti la possibilità di cogliere l'altro interiormente, usando i segnali inviati dal nostro sistema di neuroni a specchio, ma anche in base a un processo intellettuale che implica la memoria, il riconoscimento, le capacità deduttive e previsionali.

Il sistema dei neuroni a specchio è all'origine dell'empatia. E' stata evidenziata una proprietà dei neuroni a specchio che spiega la ragione fisica per cui entriamo in empatia gli uni con gli altri. Essi gettano un ponte da cervello a cervello mettendoci sulla stessa lunghezza d'onda del nostro

interlocutore. Vengono attivati sia dall'azione che dall'osservazione dell'azione, sono associati ai neuroni motori, il che significa che i nostri muscoli reagiscono alle azioni che vediamo eseguire da altre persone.

La comunicazione avviene tra gli emisferi destri di entrambi gli interlocutori, cioè l'inconscio cognitivo di ogni individuo comunica con l'altro passandogli sensazioni fisiche, emozioni, affetti, sentimenti, immagini, pensieri.

La comprensione dell'altro, che porta a sviluppare l'empatia, non è infatti per nulla un atto a senso unico: essa innesca piuttosto una circolazione di senso, diventa l'apertura di uno spazio più ampio di comprensione della realtà e quindi anche di noi stessi.

Ciò è stato dimostrato dall'attività di tali neuroni che sono coinvolti nei processi cerebrali che usiamo per mimare inconsciamente dei comportamenti.

Lo studio dei neuroni a specchio rappresenta una nuova frontiera degli studi sull'empatia; essi sembrano essere un'importante porta del substrato neuro anatomico coinvolto nelle esperienze di partecipazione emotiva.

I neuroni a specchio, quindi, ci consentono di entrare in empatia con i nostri simili, rendendoci capaci di capire la situazione e le emozioni che sta vivendo un'altra persona.

Nel 1992 il Dr. Giacomo Rizzolati, neuro scienziato italiano e coordinatore di un gruppo di ricercatori dell'Università di Parma, scopre l'esistenza dei neuroni a specchio (durante uno studio della corteccia premotoria del macaco).

Dopo avere scoperto i neuroni a specchio nel cervello dei nostri antenati, sono stati effettuati studi a ricercarne l'esistenza anche negli esseri umani e, grazie ai dati sperimentali ottenuti, è stato dimostrato che un meccanismo specchio è presente anche in noi.

Grazie a questa scoperta, viene dunque messo in luce, un nuovo possibile meccanismo di comprensione: le azioni vengono captate dai sistemi sensoriali e trasferite al sistema motorio dell'osservatore creando una copia motoria del comportamento appena osservato.

I neuroni a specchio sono neuroni motori che si attivano in due momenti:

- a) per eseguire l'azione
- b) in seguito all'osservazione di un'azione simile compiuta da un altro individuo.

Tale sistema ci permette infatti di percepire l'altro su un piano di sostanziale somiglianza e, di conseguenza, interagendo sintonizziamo immediatamente i meccanismi motivazionali ed emozionali.

Dalla neurologia clinica arrivano dati che dimostrano che i centri del cervello umano coinvolti nelle espressioni soggettive delle emozioni sono gli stessi che permettono di riconoscere le emozioni espresse da un'altra persona.

Quando viviamo delle emozioni, la nostra insula si attiva e lo fa anche nel momento in cui vediamo un altro vivere quell'emozione. La capacità di entrare in empatia con l'altro nasce dunque dal comprenderne immediatamente lo stato interno poiché quest'ultimo viene riprodotto in noi stessi.

Ognuno di noi è potenzialmente in grado di percepire il dolore altrui nonostante non viva esattamente ciò che l'altro sta vivendo, ma la partecipazione empatica a questo dolore varia poi da un individuo all'altro anche perché le espressioni di "dolore" dell'altro non sono il "suo dolore".

Si tratta infatti del dolore dell'altro, di un'emozione che il terapeuta non vive in prima persona e che esce dal raggio della sua esperienza. Non sta soffrendo lo stesso dolore dell'altro, sta piuttosto rendendosi conto di tutto ciò in maniera per nulla cerebrale, bensì con l'intensità del suo

sentire, che lo porta a riconoscere la sua emozione ed insieme a scoprirlo come persona.

Condividere le emozioni altrui in relazione al sistema a specchio significa comprendere lo stato d'animo dell'altro, ma non implica necessariamente che avremo un comportamento compassionevole nei suoi confronti. La compassione presuppone l'empatia, ma non è vero il contrario.

E' importante dunque precisare che questa risposta può essere inibita o favorita, l'atteggiamento empatico può essere fortemente influenzato dal ruolo che l'altro riveste per noi e la consapevolezza dell'esistenza di questo spazio empatico condiviso, nel quale comprendiamo potenzialmente quali sono le emozioni che sta vivendo l'altro e viceversa, ci permette di reinterpretare ciò che per noi è responsabilità sociale.

E' evidente che in ogni istante della nostra vita esiste una forma di responsabilità sociale: infatti, ognuno di noi immette nella società una parte di sé, interagendo reciprocamente e manifestando i nostri stati d'animo creiamo un contagio in modo positivo o negativo.

Ma che cos'è dunque l'empatia?

Le definizioni che in letteratura sono state date all'empatia non sempre sono tra di loro concordanti e, talora, hanno considerato le componenti cognitive ed affettive separatamente.

Analizziamo ora l'evoluzione del concetto di empatia.

Ne cominciarono a parlare gli autori romantici tedeschi del XIX sec. quali Herder e Novalis per descrivere l'esperienza di fusione con la natura, ma è il filosofo e psicologo tedesco Theodor Lipps che la definisce come funzione psicologica fondamentale per l'esperienza estetica. Oggi Lipps è ricordato come il padre della prima teoria scientifica sul concetto di "Einführung" ("immedesimazione", "sentire dentro").

Nel pensiero di Lipps, l'empatia è la percezione delle proprie forze vitali, delle proprie energie, in un oggetto sensibile. L'empatia implica, dal suo punto di vista, la solidarietà dell'individuo con l'universo. Lipps inizia poi ad estendere il discorso sull'empatia estetica alla comunicazione intersoggettiva, ossia la comprensione degli stati mentali di altre persone.

La tematica dell'empatia acquisisce in seguito una spiegazione in chiave fenomenologica grazie all'opera di Edith Stein, allieva di Husserl, esposta nella tesi di dottorato in filosofia all'Università di Friburgo, dal titolo "Sul problema dell'empatia". (1916)

Con Husserl l'empatia "viene a costituire la via per mezzo della quale il soggetto sperimenta l'esistenza di soggetti altri, diversi da lui, ma facenti parte del mondo circostante, ed è contemporaneamente portato a superare la visione del suo mondo soggettivo per giungere alla visione del mondo oggettivo".

Edith Stein cercherà di affrontare l'enigma trasformandolo in un "problema", come *"la piccola porta attraverso la quale si gioca una sfida più grande: prendere coscienza dell'alterità incancellabile che vi è tra soggetto e natura e tra soggetti diversi ma, al tempo stesso, individuare le condizioni di possibilità di rapporto e comunicazione tra questi poli"*. (4)

"L'empatia" scrive la Stein "è l'atto paradossale attraverso cui la realtà di altro, di ciò che non siamo, non abbiamo ancora vissuto o che non vivremo mai e che ci sposta altrove, nell'ignoto, diventa elemento dell'esperienza più intima cioè quella del sentire insieme che produce ampliamento ed espansione verso ciò che è oltre, impreveduto". (5)

Il risultato cui la Stein perviene attraverso le sue analisi è questo: l'atto empatico, contrariamente al modo in cui è inteso dagli psicologi che si sono occupati precedentemente dell'empatia, non è una sensazione, né un sentimento, né un atto della percezione interna di sé e tanto meno è riconducibile al ricordo e all'immaginazione, ma è atto concreto e originario, attraverso il quale possiamo cogliere in modo non-originario un vissuto estraneo.

(4) STEIN E. Il problema dell'empatia. Ed. Studium

(5) STEIN E. Il problema dell'empatia. Ed. Studium

Sui temi proposti dalla Stein, in particolare sulla radice biologico-organico dell'esperienza empatica si sta concentrando l'indagine scientifica, dopo l'impulso dato dalla scoperta dei "neuroni a specchio", alla ricerca dei meccanismi neurobiologici di rispecchiamento e risonanza che permettono di accoppiare ciò che vedo e sento nell'altro, rendendo possibile la condivisione di esperienze, credenze e stati interni.

Intorno agli anni '40 lo psicoterapeuta americano Carl Rogers sviluppa una metodologia basata sull'approccio centrato sulla persona ed una condizione fondamentale affinché ciò avvenga presuppone che si crei un rapporto empatico. Rogers sostiene che l'empatia riporta l'essere umano al centro della sua esperienza.

Comunicare l'empatia è molto importante per Rogers, perché genera quel particolare senso di riconoscimento della propria esperienza che fa sentire l'altro alleviato dalla solitudine esistenziale. L'altro può cogliere la dimensione della condivisione dell'esperienza, ciò è di per sé un'esperienza nutriente sia sul livello cognitivo che emotivo.

L'empatia produce dei cambiamenti e porta ad una maggiore auto accettazione. *"L'empatia aiuta il nostro interlocutore a diventare più consapevole delle proprie emozioni"*.⁽⁶⁾

" L'empatia consiste nel cogliere con maggior esattezza possibile i riferimenti interni e le componenti emozionale di un'altra persona e nel comprenderli come se fossimo quella persona. "⁽⁷⁾

Molti altri studiosi sostengono che le caratteristiche individuali possono influenzare la risposta empatica.

L'aver una concezione positiva di sé stessi è alla base dell'attitudine a provare sentimenti positivi e di disponibilità verso le altre persone e, quindi, a empatizzare con i loro vissuti.

La capacità empatica va distinta da altre esperienze affettive che, per certi versi, sono ad esse simili: la simpatia, il disagio personale, il contagio emotivo.

(6) ROGERS C. La terapia centrata sul cliente. Ed. Giunti

(7) ROGERS C. La terapia centrata sul cliente. Ed. Giunti

Nella nostra professione può essere facile, a volte, farci un eccessivo carico delle problematiche emozionali ed esperienziali dei pazienti soprattutto con quelli che stanno vivendo situazioni simili alle nostre o a quelle di persone affettivamente vicine a noi.

Questo può compromettere la riuscita di una buona comunicazione e del trattamento stesso. Il contagio emotivo deve essere mediato da una componente cognitiva che ci permette di discriminare l'esperienza dell'altro alla nostra e quindi di mantenere una differenziazione affinché possiamo operare le scelte più adeguate per i nostri paziente.

Se questo non accade, la relazione di aiuto diventa controproducente perché ostacola la lucidità nelle scelte del terapeuta e non responsabilizza il paziente.

Per evitare il contagio emotivo con il paziente è necessario assumere una disposizione realmente empatica e questo dipende non solo da una sensibilità personale alla relazione, ma anche essere a conoscenza dei procedimenti necessari ad attuarla.

I processi che caratterizzano l'empatia si possono suddividere in quattro fasi:

- *immedesimazione*: consente all'operatore di entrare nella situazione dell'altro;
- *incorporazione*: l'esperienza dell'altro viene incorporata nell'io dell'operatore;
- *risonanza*: l'operatore avverte un'interazione tra i propri sentimenti e l'esperienza dell'altro;
- *distacco*: fine del processo e ritorno nella propria identità.

Come possiamo intuire, l'empatia passa attraverso la comunicazione, la quale, verbale o non verbale che sia, è alla base della comprensione dei sentimenti, dei gesti, delle idee, dei valori altrui. Il terapeuta che riformula ciò che il suo paziente ha appena detto, senza eliminare o aggiungere alcun elemento, mostrerà empatia verbale; un terapeuta che utilizza un buon contatto visivo, un'espressione facciale che

denota attenzione ed interesse, esprime un'empatia non verbale. E ancora, per avere accesso all'empatia, è anche necessario essere aperti e provare un sincero desiderio di capire l'altro.

L'empatia, infatti, ci mette di fronte al vissuto psichico altrui, ci mette in contatto sensibile, ci rende accessibile qualcosa di inaccessibile, a volte di incomprensibile.

L'altro ci sta davanti con le posture del suo corpo, i suoi gesti, il suo volto che possiamo toccare e vedere, ci sta davanti con ciò che di lui è visibile, ma anche con ciò che è invisibile.

L'espressione è il modo speciale, proprio del corpo, di apparire nella sua totalità, la capacità propria del visibile di fare da ponte verso l'invisibile.

Occorre, cioè, che spostiamo il nostro centro di attenzione lontano da noi stessi, per permetterci di vedere ogni situazione relazionale nella sua interezza, ricordandoci però, sempre, di mantenere una netta distinzione tra "lui e me" e codificare gli eventi e i significati che l'altra persona dà a ciò che sta vivendo.

Provare empatia non significa sperimentare esattamente quello che l'altro vive, ma comprendere e condividere l'emozione che lui prova. Il che può tradursi in un vissuto emotivo non necessariamente identico a quello della persona oggetto di empatia, ma anche in un vissuto genericamente più consono allo stato d'animo dell'altro che al proprio.

Bisogna essere in grado di decentrarsi cognitivamente per "mettersi nei panni dell'altro" in modo da potere adeguatamente comprendere il loro modo di valutare e vivere una certa situazione. Empatizzare con qualcuno vuol dire comprendere i suoi pensieri, le sue intenzioni, riconoscere le sue emozioni in modo accurato e riuscire a vedere la situazione che sta vivendo dalla sua prospettiva.

Tutto questo senza preconcetti né giudizi, il che non significa approvare o aderire a ciò che si discosta dai nostri valori, dalle nostre credenze o dalla nostra esperienza: vuol dire semplicemente riconoscere

che chi ci sta di fronte può essere diverso e cercare di comprenderne le ragioni e le sue motivazioni.

E' importante avere la capacità di decodificare la propria esperienza personale e relazionale dalla soggettività che ogni paziente porta nella lettura della sua malattia e del suo disagio. Credere che il nostro punto di vista sia l'unico "vero" porta ad un'incapacità di "mettersi nei panni dell'altro", di capire come vive e come si sente. Ciò impedisce la relazione empatica.

Alla luce di tutto ciò credo sia di fondamentale importanza per noi terapeuti, soprattutto per quanto riguarda un trattamento riabilitativo supportato dall'ipnosi, prendersi del tempo per sintonizzarsi con il nostro paziente. Questo non solo arricchisce la nostra esperienza personale, ma ci consente anche di accettare in modo costruttivo la diversità e di comunicare più efficacemente con l'altro. Credo che essere in grado di saper gestire la propria emozionalità permetta, a noi operatori ipnotici, una collaborazione più profonda e proficua con i nostri pazienti, finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni.

Dalla sperimentazione e verifica del mio lavoro, ho potuto constatare che l'utilizzo delle tecniche di ipnosi clinica favoriscono ed accelerano la comparsa del fenomeno dell'empatia all'interno della seduta riabilitativa. Diventa perciò un valore aggiunto al trattamento e permette di aprire nuovi "ponti terapeutici" tra le parti sane del paziente, tali da consentirgli di superare notevoli ostacoli interiori, per avviare un vero e proprio processo di miglioramento sintomatologico verso la guarigione.

Per ciò che concerne l'approccio terapeutico in generale è decisivo riuscire ad instaurare un clima empatico e di sintonia durante la seduta. Già la prima fase di relazione ci permette di sondare la possibilità di creare una solida alleanza con il paziente, di cui l'esito positivo è un requisito fondamentale per la riuscita della terapia stessa.

ESPERIENZE DI TRATTAMENTI RIABILITATIVI IN IPNOSI

L'inserimento dell'ipnosi nei miei trattamenti riabilitativi è iniziato non appena conclusa la prima sessione del corso. Mi sentivo molto motivata perché avevo riconosciuto alcune modalità che già usavo abitualmente e molto curiosa di verificare quelle imparate durante le lezioni.

Ho intrapreso così questa avventura, proponendo ad alcuni pazienti, quelli con cui già si era stabilito un rapporto più empatico, di provare questo nuovo approccio terapeutico.

Per utilizzare con efficacia l'ipnosi è infatti necessaria sensibilità e disponibilità a comprendere il nostro paziente. Il terapeuta deve trasmettere tranquillità al soggetto con cui opera in modo da creare quella necessaria fiducia per cui questi possa accedere alle sue risorse interiori.

Tale stato viene raggiunto attraverso il "rapport" che si stabilisce tra fisioterapista e paziente, in altri termini un rapporto di fiducia per mezzo del quale il paziente consente al terapeuta d'indurre la trance. In seguito il paziente potrà imparare la tecnica dell'autoipnosi, per indurre sé stesso allo stato d'ipnosi migliorando così le proprie performance.

Nel "rapporto ipnotico", infatti, i due inconsci (paziente e terapeuta) entrano in connessione. Oggi sappiamo di certo che i due cervelli entrano davvero in sintonia grazie alle ricerche sui neuroni a specchio di cui ho già parlato.

Devo dire che non ho riscontrato particolari problemi. I pazienti ai quali ho proposto una seduta in ipnosi hanno accolto subito, con curiosità e disponibilità, questa nuova esperienza. Sono stati sicuramente rassicurati dal fatto che ho spiegato loro che essere in ipnosi non vuol dire perdere il controllo di sé stessi ed essere in balia del terapeuta, ma che la persona rimane vigile e consapevole del proprio stato.

Il paziente è perfettamente presente e consapevole di ciò che sta avvenendo, guida esso stesso e il terapeuta nel corso della seduta indicando via via la strada migliore da seguire. Inoltre, attraverso un senso di rilassamento non perde il controllo, anzi diventa maggiormente capace di mantenere la propria attenzione concentrandosi sugli obiettivi della terapia e sulle indicazioni dell'operatore.

Le applicazioni dell'ipnosi hanno tutte un comune denominatore: servono ad investire le persone di responsabilità ed efficacia. Ciò contraddice in maniera drastica il mito dell'imminente perdita di controllo, che alimenta nelle persone non informate la diffidenza verso l'ipnosi.

Ho anche spiegato che l'ipnosi può essere un utile complemento al trattamento riabilitativo, poiché amplifica la relazione psicosomatica, incoraggiando la guarigione, aumentando il controllo sui processi fisici e aiutando a far fronte meglio a disagio e dolore.

Inoltre, integrare l'ipnosi nel piano di trattamento può permettere di ottenere risultati migliori e più duraturi nel lavoro terapeutico.

La cosa più importante è che, l'uso dell'ipnosi può essere un modo per promuovere l'autosufficienza e l'indipendenza delle persone con cui si lavora, aiutandole a sentirsi più sicure, piene di risorse e padrone della situazione. Difatti si rendono i pazienti responsabili della propria salute con lo scopo di incoraggiarle ad usare le proprie risorse per stare meglio e mettendo in evidenza la loro responsabilità personale. Il che non deve assolutamente equivalere a colpevolizzarli per la loro patologia.

Questo perché l'ipnosi offre l'esperienza diretta di un certo controllo sulle proprie sensazioni interne, siano esse di dolore o di generico malessere.

Grazie all'utilizzo dell'ipnosi, durante i trattamenti, si possono aiutare i pazienti a vincere le proprie resistenze, che possono costringere a rimanere fermi anche si desidera con tutti noi stessi cambiare qualcosa nella nostra vita.

Si può accedere più facilmente a ricordi o pensieri che normalmente sarebbero troppo forti troppo delicati, traendo da essi lo spunto e le risorse per ottenere il cambiamento.

Ho lavorato con pazienti che in una seduta hanno sperimentato sentimenti di gioia e di sollievo, per aver avuto finalmente modo di sentirsi rilassati, positivi e a proprio agio, mentre il loro vissuto abituale era di dolore e di tensione.

Scoprire di avere risorse capaci di modificare le percezioni corporee è stato per alcuni pazienti un'esperienza molto positiva poiché ha dato loro modo di prendersi cura di sé ad un livello nuovo e inaspettato.

L'ipnosi può essere usata per varie finalità ed in contesti diversi ed offre un'ampia gamma di applicazioni terapeutiche.

Sicuramente, nel mio ambito professionale, quella che utilizzo riguarda la gestione del dolore. Come fisioterapista, i pazienti che si rivolgono a me hanno varie patologie che vanno da problemi acuti post-operatori o post-traumatici a altri afflitti da anni da dolori cronici.

La sensibilità al dolore è una capacità neurologica indispensabile alla sopravvivenza. Spesso si tratta di un segnale che ti avvisa che qualcosa non sta funzionando bene nel tuo organismo. Può essere acuto e di breve durata o diventare un problema cronico a lungo termine. Il dolore acuto ha una funzione protettiva poiché ci aiuta ad evitare situazioni potenzialmente dannose e protegge la parte del corpo lesa mentre guarisce.

Diverso è il dolore cronico che persiste più a lungo nel corso naturale della guarigione di un particolare tipo di danno o di malattia. Il dolore molto spesso non agisce solo sul corpo in maniera specifica e chiara, indicando cosa fare per alleviarlo. A volte indirizza l'attenzione su una parte del corpo che in realtà ritrasmette un segnale originato altrove.

Pertanto il dolore cronico non è più un sintomo, ma diventa una vera e propria malattia che richiede un trattamento specifico.

Questo dolore continuo è la causa di molti problemi che rendono difficile la gestione del quotidiano. Alcune recenti ricerche, nel campo delle neuroscienze, segnalano come il dolore cronico possa in qualche modo “stamparsi nel cervello” complicandone la soluzione.

Ho visto molti pazienti correre da un medico all'altro e riempirsi di medicine nel vano tentativo di porre fine alla sofferenza costante che influenzava i loro stati d'animo, i loro pensieri e comportamenti, avendo un impatto negativo anche sul piano relazionale e lavorativo.

Sottovalutare la complessità di questo fenomeno può facilmente compromettere l'efficacia degli interventi peggiorando le cose o, nel migliore dei casi, non ottenendo risultati ottimali.

L'ipnosi clinica può essere d'aiuto, ma deve essere parte di un piano terapeutico più ampio. Poiché il dolore è un fenomeno soggettivo, dobbiamo prestare molta attenzione a come il paziente ce lo descrive, al linguaggio specifico che utilizza essendo queste informazioni preziose per noi terapisti.

Anche per noi operatori ipnotici l'uso del nostro linguaggio è di fondamentale importanza. Il tipo di relazione che si sviluppa, infatti, viene creato attraverso un modo di comunicare coinvolgente. Il nostro linguaggio verbale e corporeo crea così un tipo di comunicazione su misura per l'individuo che si ha di fronte; inoltre si riesce a favorire la vibrazione delle “corde emozionali” del paziente.

Creando una sintonia molto forte tra le due parti si possono più facilmente esplorare le problematiche e trovare le soluzioni adatte al paziente stesso.

Se pensiamo che l'ipnosi è un processo durante il quale il terapeuta suggerisce al paziente un'esperienza sensoriale, percettiva, cognitiva o comportamentale alterata, non c'è da stupirsi se si riesce ad indurre una persona afflitta da un dolore acuto a concentrarsi su una piacevole sensazione di benessere fino a rendere insensibile una certa parte del

corpo. Perché questo avvenga è necessario tenere conto del ruolo di chi opera l'ipnosi, del contesto in cui ciò avviene e delle capacità del paziente.

Strutturare ed impartire suggestioni potenzialmente utili è l'arte di un'efficace seduta ipnotica. Sapere come e quando introdurre idee e possibilità a persone che spesso hanno un disperato bisogno di strumenti efficaci, è un lavoro serio e molto importante.

Le caratteristiche su cui è importante soffermarsi, per formulare una risposta personalizzata, sono molte: il vissuto che ha il paziente rispetto alla possibilità di guarigione; il senso che attribuisce al suo dolore; la capacità di modificare l'esperienza e quali effetti il dolore ha su tutti gli aspetti della sua vita.

Qui di seguito voglio riportare fedelmente le testimonianze di alcuni miei pazienti che, nel corso di questo mio periodo di studio dell'ipnosi, si sono resi disponibili a sperimentare insieme a me questo nuovo approccio terapeutico.

Questo tipo di esperienza è stata molto interessante e coinvolgente da entrambe le parti, sia dal punto di vista umano e relazionale che professionale.

Una delle cose particolari che ho potuto verificare è che lo stato di trance ipnotica non solo coinvolge il paziente, ma in alcuni casi ho provato anch'io, durante la seduta fisioterapica, sensazioni di profondo rilassamento che mi hanno permesso di accedere ad alcune mie risorse personali che raramente avevo potuto sperimentare in altri contesti.

Spero che questa innovazione apportata al mio lavoro possa diventare un valore aggiunto alla mia professione e, di conseguenza, una risorsa più efficace da trasmettere ai miei pazienti.

TESTIMONIANZE DI PAZIENTI A SEGUITO DI TRATTAMENTI RIABILITATIVI IN IPNOSI

Testimonianza n. 1

La mia esperienza di ipnosi merita un pensiero, una riflessione e un resoconto dei fatti. In questa materia infatti è importante partire dai fatti, da situazioni oggettive e non da autosuggestioni e da stati psicologici alterati.

Peraltro, a mio giudizio, è fondamentale in questo contesto lasciarsi andare, valorizzare le sensazioni e gli stati d'animo. Si è trattato di un percorso psicologico importante per me perché ho avuto la possibilità di usare uno strumento che in certe situazioni ha costituito un importante valore aggiunto.

Penso anche che, almeno nel mio caso, sia stato essenziale l'avvio e la relazione di perfetta e totale empatia che si è subito realizzata con Rosi, la mia fisioterapista, la quale, grazie a questo collegamento intimo e intenso, mi ha indotto in uno stato ipnotico da cui poi è derivato il presupposto per uno "sgancio" e una autonomizzazione, svincolato dal collegamento dalla terapeuta stessa.

Ma veniamo ai fatti.

Nel giugno dello scorso anno sono stato sottoposto all'intervento di protesi totale del ginocchio sinistro, a causa di una grave forma di artrosi bilaterale e precoce. Ho sofferto moltissimo nelle ore successive all'intervento e nei giorni seguenti, a causa di un'errata terapia condotta quotidianamente da persone non esperte. Premetto che per anni avevo sperimentato tutte le possibilità del dolore e pensavo di essere pronto a fronteggiare situazioni dolorose. E' stata invece un'esperienza allucinante.

All'inizio di quest'anno, dovendomi preparare per un'analogha operazione all'altro ginocchio, ho pensato di correre ai ripari facendomi

consigliare una nuova terapeuta. E così ho conosciuto Rosi che aveva iniziato da poco una scuola di ipnosi.

Lei mi ha spiegato cosa fosse l'ipnosi, che tutto restava sotto il mio controllo e che non sarei stato in sua balia. Ho quindi pensato di percorrere questo nuovo cammino per più motivi. In primo luogo sono molto curioso rispetto alle novità e a quelle risorse interiori poco conosciute e poco utilizzate. In secondo luogo volevo almeno tentare di possedere uno strumento mentale che mi permettesse di non subire passivamente situazioni gravi e sgradevoli, ma di saper gestire il dolore.

Sono subito entrato in ipnosi.

Mi sentivo fluido, aperto e disponibile, deflorabile psichicamente (ti piace il termine?). E' stato un momento significativo e bello (aggettivo banale che però rende bene l'idea).

Ho imparato a gestire l'autoipnosi. Ho scelto ad impulso la mia scena solare felice, la mia chiave di accesso all'avventura mentale.

Dopo qualche giorno, ero a casa acciaccato a causa dell'operazione. Mi è venuto un dolore forte e localizzato nella parte interna del ginocchio, era come una lama conficcata. Mi sono sdraiato sul letto e, dopo qualche respirazione profonda, sono entrato in autoipnosi. Come al solito io mi trovavo nel sole, seduto su un masso di torrente montano. Avevo i pantaloni corti e le gambe erano mie di quando avevo circa dieci anni. Sulla sinistra, in grigio nero, diciamo in ombra, c'era il mio corpo attuale (65 anni) con la gamba dolorante e gonfia. Sentivo il dolore persistente e ricordo che ho pensato che era mio, ma che riguardava una parte ben delimitata di me, non tutto.

Ad un certo punto, dal lato della gamba dolorante, è uscita una grossa bolla, piena di liquido denso, che nell'uscire era appuntita. Questa grossa goccia è fuoruscita velocemente ed è andata verso l'alto. In quel preciso momento il dolore è sparito. E' stato molto emozionante ed ho subito telefonato a Rosi, la mia fisioterapista.

Successivamente l'autoipnosi è stato uno strumento da me usato abitualmente per rilassarmi o far passare il mal di testa.

Sono passati alcuni mesi e mi sembrava di rivivere. Potevo finalmente camminare e fare una vita normale.

Purtroppo poco dopo, da un'ecografia fatta per altri motivi, mi è stato diagnosticato un tumore al rene di ben dieci centimetri, del tutto asintomatico. Non sto a dilungarmi. Un delirio totale. Catetere, due interventi, perdita di un rene. Ero come congelato nel mio dolore e nel mio terrore. Non sono nemmeno più riuscito a suonare il pianoforte. Neppure pensare all'autoipnosi perché non vi erano le premesse minime di serenità. Il fondo è stato toccato quando è emerso che avevo metastasi diffuse. Dovevo affrontare una prova difficile di un esame medico che richiedeva una concentrazione prolungata. In quel contesto sono scattati in me determinati meccanismi mentali "sani": vivere alla giornata, avere la situazione nelle mie mani, lasciare che le cose negative mi scorrano sopra senza travolgermi. In questo contesto, mentre attendevo l'avvio dell'esame, durato ore, ho trovato le condizioni mentali per tornare all'autoipnosi.

Sono riuscito alla grande e questo mi ha tranquillizzato. Durante tutto l'esame ero in un tubo e dovevo stare immobile. Sono riuscito ad entrare nel mio mondo dorato. Ero, come sempre, seduto sul masso del torrente. L'acqua scorreva argentina. Il sole sfavillava. Io sfavillavo bello e giovane. Le mie gambe dei dieci anni, con le cicatrici delle protesi che però non recavano alcun disturbo. Ero felice alla faccia di tutto quello che mi stava succedendo.

Spero che questa mia testimonianza ti possa interessare e che questa tecnica mi sia ancora utile perché temo che ne avrò molto bisogno.

Un abbraccio

Franco

Considerazione sul trattamento effettuato.

E' stato molto interessante lavorare con il Sig. Franco. Aveva un dolore davvero importante al ginocchio protesizzato. Vedevo davanti a me una persona molto ansiosa ma allo stesso tempo decisa a collaborare ed a fidarsi di me. Mi parlò del suo intervento e di come sentiva, in quel preciso momento, il suo ginocchio. Lo descrisse come "dentro una gabbia", incapace di liberarsi e con un dolore che poteva somigliare ad una lama che si conficcava all'interno della sua articolazione. Mi venne in mente così di usare la gabbia come metafora. Perciò iniziai a chiedere di descrivermi l'immagine di questa gabbia. Mi disse che sembrava una gabbia di quelle dove "svolazzano infelici" gli uccellini che teniamo sul balcone di casa. La lama che si conficcava nel suo ginocchio passava attraverso le sbarre. Provai a dargli delle suggestioni, dicendogli che non era poi così difficile provare a divelgere le sbarre poiché il loro diametro era piccolo e poteva usare la sola forza delle mani per compiere tale operazione. Gli chiesi di portare l'attenzione sulle sbarre della gabbia e di visualizzare le sue mani che riuscivano, senza fatica, a creare uno spazio sufficiente da liberare il suo ginocchio da quella prigione. Dopo alcuni istanti mi disse che quello che poteva vedere all'interno della gabbia era una grossa bolla piena di un liquido denso. Pensai allora di aiutarlo chiedendogli di dotare tale bolla di un paio di ali, in modo che potesse "prendere il volo" e liberarsi per sempre dalla sua prigione. Dopo pochi minuti mi comunicò che il dolore stava diminuendo ma che non riusciva a liberare del tutto la bolla con le ali. Terminammo la seduta con un incoraggiamento e gli proposi di riprovare a casa usando l'autoipnosi. Mi telefonò dopo qualche giorno dicendomi che aveva usato il mio suggerimento e che andava molto meglio. Il resto della sua esperienza è riportato nella sua testimonianza.

Testimonianza n. 2

Torino, 8 maggio 2018.

Cara Rosi,

sono davvero molto felice che il bellissimo lavoro che stiamo facendo insieme possa essere utile ad evidenziare una tua grande potenzialità terapeutica – che è essenzialmente una competenza affettiva personale – e a darle una forma professionalmente spendibile.

E' per me una grande soddisfazione.

Ti ho conosciuta nel modo forse più consueto: all'inizio dell'estate 2017 un ultracinquantenne con lombosciatalgia chiede a conoscenti il riferimento di una brava fisioterapista.

Quando ti ho vista, ho sentito un certo impatto emotivo, che lì per lì non ho saputo qualificare.

Poi abbiamo iniziato a parlare della mia lombosciatalgia, condividendo, di fondo e credo con sollievo reciproco, una visione più olistica del problema. Velocemente siamo passati a considerare quanto quella sciatalgia non potesse essere una localizzazione funzionale di operazioni di controllo di miei aspetti conflittuali...

Con un paio di trattamenti la sintomatologia è stata progressivamente rimessa.

Ma io ho continuato a venire da te.

Se dovessi dirne in due parole la ragione, direi: "perché sente qualche cosa che io vivo esperienzialmente ma che faccio fatica a mentalizzare, a rappresentarmelo. E lo fa nel modo più efficace ed affettivamente saturo: ha delle immagini di questo qualche cosa che io vivo."

Mi occupo da trent'anni di psicoterapia psicoanalitica, e da una decina la insegno anche.

Finite le analisi personali e didattiche, delle quali sono rimasto soddisfatto, mi è sempre rimasta un'insoddisfazione di fondo rispetto alle possibilità che sentivo di poter stare davvero bene.

Passato un po' di tempo, ho provato a fare diverse cose, ma tutte accomunate dall'esigenza di dare una voce, una presenza emozionalmente più comprensibile a qualche cosa che sentivo muoversi e soprattutto funzionare in me.

Sono andato per un periodo da un collega ipnotista, che ritengo molto capace. Credo che ad un certo punto, dopo qualche mese, il lavoro si sia fermato in quanto io non riuscivo a sentirmi sufficientemente partecipe, compartecipe e "interno" al lavoro terapeutico.

Mi sono successivamente rivolto ad una collega – a ragione considerata una brava – che lavora con l'EMDR. Abbiamo fatto davvero un buon lavoro, ma credo che la componente cognitivo-comportamentale dell'EMDR non mi abbia fatto sentire di poter procedere oltre.

In occasione di una lombosciatalgia, ho iniziato a frequentare uno studio di osteopati olistici molto noti, con i quali mi sono trovato molto bene, e che ho frequentato per un paio di anni. Ma la loro pratica – che rispetto ai presupposti di metodo assolutamente condivido – non ti coinvolge attivamente nel processo di cura: rischi di sentirti "oggetto di cura", per quanto di un'ottima cura.

Poi ho incontrato Rosi.

Mi sono chiesto quale tipo di sviluppo avrebbe potuto avere questo mio scritto, ai fini di una qualche utilità per il tuo lavoro conclusivo della scuola di ipnosi.

Ho pensato allora di raccontarti che cosa penso che per me renda massimamente terapeutico il lavoro con te, e la maniera nella quale la penso.

In questo senso, ti chiedo di lasciarmi essere un po' noioso e didascalico.

Mi sono anche immaginato che ci potessero essere delle parole chiave

orientative di quanto segue: ma mi sono poi reso conto che l'unica davvero significativa – implicita – è empatia, è *comunicazione affettiva prevalentemente inconsciache trova una sua possibilità di essere pensata*.

La teoria bioniana del contenimento è importante non solo in sé e nell'ambito clinico, ma anche per le implicazioni sul piano sociale e filosofico poiché è una teoria generale delle relazioni umane. Infatti quando Bion parla di rapporto contenitore-contenuto parla di un modello generale che sta alla base di tutte le relazioni umane. La sua teoria del contenimento vuole essere quindi anche una teoria generale del funzionamento delle relazioni fra la persona e le proprie parti, fra le persone, fra persone e gruppi, e fra gruppi.

La teoria del contenimento è anche una teoria dello sviluppo, che nasce dal contatto emotivo, innanzitutto quello della madre con il lattante e del lattante con la madre.

E' un modello fondamentale delle relazioni umane.

La capacità della madre di accogliere le sensazioni del bambino e di dare loro un significato è chiamato da Bion *réverie*.

Bion indica con questo termine la capacità della madre di ricevere le impressioni emotive e sensoriali del neonato, convogliate in lei per mezzo dell'identificazione proiettiva, di potersene rappresentare e di elaborarle in una forma che la psiche del neonato possa quindi reintroiettare e assimilare.

La teoria bioniana del pensiero ipotizza che l'esperienza non può diventare pensabile, né in modo conscio né in modo inconscio, se non è trasformata in rappresentazioni elementari (gli elementi alfa) per opera di una funzione psichica chiamata dapprima lavoro del sogno alfa e successivamente, com'è più noto, funzione alfa.

Con la reverie la madre mette la propria funzione alfa al servizio di quella, ancora immatura, del bambino. Le inevitabili frustrazioni nel rapporto col seno scatenano nel neonato sensazioni angosciose di morte imminente, che soltanto dopo essere state contenute e metabolizzate nella mente

della madre possono venire assimilate come una tollerabile paura di morire.

Insieme alle proprie esperienze emotive rese pensabili, il bambino introietta così un oggetto accogliente e comprensivo col quale identificarsi, sviluppando via via la sua capacità di pensare.

Non trovando un'adeguata accoglienza che dia senso alle sue proiezioni, per gravi carenze della reverie materna, il bambino rischia invece di reintroiettare un terrore senza nome, non integrabile nella sua personalità in via di sviluppo.

Il modello astratto e unipersonale della funzione alfa acquista, declinandosi nella reverie, uno spessore affettivo e relazionale.

Per Bion, infatti, la reverie consiste in uno stato mentale aperto alla ricezione di tutto ciò che proviene, mediante l'identificazione proiettiva, da un oggetto amato.

Con la reverie la madre provvede al bisogno di amore e di comprensione del bambino, così come un latte provvede al suo nutrimento. Se non fosse associata all'amore per il bambino o per suo padre, sottolinea Bion, la reverie materna non sarebbe davvero tale e non potrebbe espletare il suo effetto per la crescita psichica.

Il riferimento al legame con il padre come terzo sta anche a significare che l'intimità del contatto emotivo nella reverie non equivale ad un'esperienza fusionale che isola la madre dai suoi oggetti interni e al mondo esterno.

Ciò che importa è la qualità di questi legami e la loro maggiore o minore adeguatezza a garantire nella mente della madre uno spazio insaturo, aperto ad accogliere la specificità del neonato e ad offrirgli un riconoscimento simbolico originale, non troppo vincolato alla mentalità del gruppo di appartenenza. (Gaburri e Ambrosiano, 2003)

Il concetto di reverie così inteso viene poi impiegato, già dallo stesso Bion, anche per definire l'assetto mentale dell'operatore in seduta.

Disponendosi all'ascolto con la mente il più possibile sgombra da memorie e desiderio, il terapeuta si rende ricettivo verso le emozioni trasmesse dal paziente mediante l'identificazione proiettiva, in attesa che il lavoro della propria funzione alfa produca in lui rappresentazioni spontanee da cui potranno scaturire forme adeguate di comprensione e interpretazione.

Nella mente del terapeuta in stato di reverie affioreranno, per esempio, immagini visive, ma anche rappresentazioni acustiche o di altri registri sensoriali, più o meno organizzate: da semplici flash istantanei a sequenze narrative di varia durata. (Ferro 2010)

Non tutti i fenomeni descrivibili come reverse sono prodotti della funzione di reverie intesa nel senso bioniano del termine.

L'effettivo funzionamento clinico della reverie si basa dunque su una cooperazione intersoggettiva, conscia ed inconscia, tra terapeuta e paziente.

Questo è quanto io penso che succeda quando tu lavori con me, e che succeda – seppur in maniera differente – in generale quando tu lavori.

Che rende per me il tuo lavoro così prezioso.

Non ho da te solo immagini, ma la tua presenza affettiva in quelle immagini, in quelle scene che mi descrivi e sulle quali lavoriamo insieme.

Non mi trasmetti, appunto, solo un "contenuto" alfabetizzato: restituisci vita emozionale a quei contenuti, grazie alla quale io li posso finalmente *sentire*.

Ti sono davvero molto grato di lavorare con me con la disponibilità a mettere la tua affettività come strumento.

Mi auguro anche che ti succeda quanto succede a me: tanto nella vita professionale quanto in generale, rendere affettivamente caratterizzato il contesto relazionale permette di dare e di ricevere molto di più.

Ho deciso di non rileggere quanto ho scritto.

Grazie, di cuore.

Gianni

Considerazione sul trattamento effettuato.

Questa per me è stata davvero un'esperienza molto particolare. Con il Sig. Gianni si è creato da subito un rapporto molto empatico. Sicuramente la sua professione lo aiuta ad essere così analitico e descrittivo nel raccontarmi i suoi disagi. Ma la cosa che più mi ha stupito è che durante la seduta mi sembrava di entrare, a mia volta, in uno stato di trance e di percepire le sue immagini così nitide da poterle descrivere nei particolari. A volte visualizzavo, nella sua zona lombare, degli alberi con le radici così profonde che trattenevano i suoi tessuti e le sue vertebre e quando rimandavo la descrizione dell'immagine, Gianni mi diceva che si sentiva proprio così ... trattenuto nei movimenti ... come se fosse intrappolato da numerose radici aggrovigliate.

Una volta arrivò in studio con un forte dolore addominale. Dopo averlo indotto cercai di entrare in questo suo malessere ed iniziai a percepire delle immagini particolari e nello stesso tempo divertenti. Nel suo addome si stava svolgendo un rodeo. Insieme cercammo di placare la furia dei tori scatenati. Ad un certo punto Gianni mi disse che tra gli spettatori vi era una strana figura con un cappotto nero... strano tra tutti quei cow boys ... era suo padre ... che veniva a ristabilire l'ordine e a placare l'ira dei tori. Dopo poco il suo dolore addominale svanì e la seduta finì con una bella risata ed un forte abbraccio.

Testimonianza n. 3

Quando Rosi, la mia fisioterapista, mi ha proposto un trattamento in ipnosi, subito sono rimasta un po' perplessa. Già mi immaginavo senza controllo mentre facevo le cose più strane, come si vede a volte in televisione. Poi lei mi ha spiegato che non funzionava così. Mi disse che sarei stata molto rilassata, ma sempre cosciente.

E' da molti anni che conosco Rosi e che ricorro a lei ogni volta che sono bloccata in qualche parte del corpo o dolorante. E ogni volta, devo dire, sono uscita soddisfatta del risultato.

Negli anni poi si è creato fra noi un rapporto di confidenza. A volte sembra che capisca, senza che io lo dica, i problemi che ho. E non solo quelli fisici, intendo.

Prima di lei avevo già avuto a che fare con molte sue colleghe. Purtroppo nella mia vita ho avuto parecchi problemi sia dovuti a traumi (frattura del gomito, del piede, dei legamenti del ginocchio) sia alle conseguenze di una scoliosi forse trattata in modo non idoneo. Quando mi fu riscontrata verso i 10 anni, venni "curata" con un busto rigido che mi creò non pochi problemi personali e anche relazionali.

Mi ricordo ancora, con tenerezza, adolescente insicura che non poteva mai partecipare a corse, giochi di movimento o balli con i compagni di scuola. L'unica volta che ci provai, il mio giovane ballerino, con poca galanteria, mi chiese: ma sei di ferro? Ovviamente fu l'ultima festa a cui partecipai.

Come dicevo, ho purtroppo conosciuto molte fisioterapiste, anche brave direi. Ma nessuna come Rosi.

Nella sua esperienza di lavoro, si è sempre occupata anche di medicina alternativa che integra ai suoi trattamenti di tipo tradizionale.

Per cui nel tempo ho visto cambiare e ampliarsi la sua modalità di intervento, ma la cosa che nel tempo non si è modificata è la grande attenzione che ha per i tuoi problemi e per i tuoi dolori.

Anche il suo atteggiamento poi è importante o almeno per me lo è stato. Dopo un po' di tempo non mi sembrava più di andare da una terapeuta, ma da un'amica che però risolveva i miei problemi e mi faceva stare meglio.

Quindi non mi sono stupita più di tanto alla sua proposta sul trattamento in ipnosi e, curiosa come sono, ho subito accettato di provare anche se non ero proprio convinta che su di me avrebbe funzionato.

Invece non fu per niente difficile. Con la sua voce calma e profonda come sottofondo riuscii quasi subito a rilassarmi. Forse anche i dieci anni di yoga che ho fatto in passato mi hanno in parte aiutata.

Quando mi disse di andare in un luogo dove pensavo che sarei stata bene, la prima cosa che mi venne in mente fu di tornare indietro a quando avevo ancora il mio gatto. Ricordai il momento in cui veniva a dormire vicino a me e mi dava una calma e una gioia incredibili. Mi pareva di sentire il suo calore vicino al corpo e il suo "ronron" che mi conciliava il sonno.

Quella volta la seduta andò bene, ma quando a casa provai a mettere in atto l'autoipnosi una sera che stentavo ad addormentarmi, mi accorsi che non funzionava. Invece di rilassarmi mi veniva una tristezza infinita e non riuscivo a pensare ai momenti belli con mio gatto, ma a quando si era ammalato ed era morto.

Nella seduta successiva chiesi a Rosi di riprovare. Avevo un dolore fortissimo all'anca che nemmeno le infiltrazioni avevano ridotto, se non per pochissimo tempo.

Mi fece coricare sul lettino e lentamente mi portò lontano dal suo studio, dai rumori e, soprattutto dal dolore. Questa volta non scelsi di tornare a qualcosa che mi avrebbe potuto causare tristezza, ma a un momento bello della mia vita che ancora ricordo con gioia.

Quando io e mio marito eravamo giovani, lavoravamo da poco e quindi non avevamo molto denaro, per non passare i weekend a casa, ci portavamo il pranzo al sacco e andavamo a fare dei picnic nei dintorni di Torino. Nel nostro girovagare avevamo trovato una vecchia cascina praticamente diroccata, ma situata in un posto molto bello, vicino al fiume e con molti alberi, anche da frutta, intorno. La eleggemmo a nostra casa di campagna e prendemmo l'abitudine di andarci ogni domenica. Ci portavamo anche la nostra gatta, Ada, che si divertiva moltissimo a rincorrere farfalle e ogni tanto spariva nell'erba alta, forse alla ricerca di qualche topolino.

Quel posto è sempre rimasto nel mio cuore come un luogo dove ho passato molti momenti felici e quindi, quando la voce profonda di Rosi mi chiese di andare in un posto dove sarei stata bene, pensai subito alla cascina di Pianezza.

La seduta andò bene e tornai a casa senza quel dolore fortissimo e, soprattutto con la possibilità di usare l'autoipnosi nei momenti di bisogno.

Purtroppo, e anche per fortuna, ho dovuto già usare questo metodo il mese scorso. Un ascesso sotto i due incisivi inferiori mi faceva vedere i sorci verdi. Presi l'antibiotico, come consigliato dal mio dentista e poi mi recai nel suo studio.

L'ascesso stava regredendo, ma il dentista mi consigliò, per accelerare il processo di guarigione, di effettuare anche una detartrasi. Purtroppo la gengiva era così infiammata che l'anestesia l'avrebbe ulteriormente peggiorata. Decisi di non farla e di provare l'autoipnosi anche se con un po' di ansia. Un conto era farla per dormire quando soffro di insonnia, un conto era correre il rischio di sentire molto male.

Chiesi al dentista qualche minuto per potermi rilassare e me ne andai nella cascina a raccogliere frutta e a giocare con la mia gatta. Il sole era tiepido sulla pelle e non faceva ancora troppo caldo. Nell'aria si sentiva il profumo del tiglio che tanto mi piace. Mi sentii felice e quindi mi sentii pronta per iniziare.

Devo dire che un pochino di male l'ho sentito, ma sopportabile. Probabilmente devo provare ancora molte volte prima di poter usare l'autoipnosi al meglio.

Credo proprio che ritornerò presto da Rosi, sia per la mia schiena, sia per imparare da lei ad usare questo bellissimo metodo. Soprattutto però per ringraziarla di tutto. Spero che questo mio breve scritto possa esserle utile per la sua tesi.

Maria

Considerazione sul trattamento effettuato.

Con questa paziente, che conosco da anni, e con la quale ho instaurato un bel rapporto di fiducia ed empatia, è stato molto semplice riuscire ad entrare nel suo mondo “immaginario” per aiutarla a risolvere un dolore che l’assillava da tanto tempo. Dopo l’induzione le chiesi di entrare nel suo luogo sicuro e da qui fu facile sviluppare una serie di immagini di benessere, che la paziente stessa mi descrisse, dicendomi che sentiva il suo dolore piano piano svanire e di sentire la sua anca così leggera e mobile come lo era stata all’età che stava rivivendo in quel magnifico rifugio. Le chiesi allora di correre su quel prato e di provare a chinarsi a raccogliere dei fiori, di rotolarsi sull’erba e di arrampicarsi sugli alberi a raccogliere la frutta. E facendo tutto questo, le sue anche erano mobili e rilassate da poterle permettere ogni movimento senza alcun dolore. La seduta terminò con soddisfazione da parte di entrambe ed anche in seguito seppi che, non solo i sintomi alla sua anca regredirono notevolmente, ma che riuscì ad usare l’autoipnosi in altre situazioni di difficoltà e di disagio.

CONCLUSIONI

Approfondendo il tema dell'empatia per la redazione di questo mio studio, mi sono resa conto di quanto sia davvero influente riuscire ad ottenere con i pazienti una relazione empatica.

Questo è quello che nel corso della mia attività lavorativa ho sempre cercato di ottenere, pur non avendo mai avuto l'occasione di approfondire l'argomento.

Adesso finalmente ho avuto modo di affrontare e di introiettare questa capacità, che sin dall'inizio della mia scelta lavorativa sentivo necessaria.

Si può essere molto motivati a diventare empatici: il problema, infatti, non è non voler alleviare le altrui sofferenze, ma essere consapevoli delle nostre limitate capacità. Uno dei fattori che ci limita è che la nostra empatia è instabile, magari cerchiamo di essere gentili, pazienti e comprensivi per una parte della giornata, ma alla fine ci stanchiamo e diventiamo facilmente irritabili. Rimanere in uno stato empatico richiede uno sforzo.

Un altro fattore limitante è che, a volte, la nostra empatia, tende ad essere selettiva: ci viene più spontaneo essere gentili e disponibili con persone che conosciamo piuttosto che con pazienti irritati, collerici e che non voglio cooperare.

Inoltre, spesso, si può agire in modo empatico per ottenere una maggiore gratificazione da parte del paziente.

Solo acquisendo maggior competenza, la nostra empatia si manifesterà con sempre minor sforzo: essa diverrà automaticamente più stabile e più completa.

Di conseguenza crescerà in noi la fiducia nella nostra stessa empatia, fino a farla diventare costante, vasta e non dipendente dal nostro ego.

Per poter coltivare appieno queste caratteristiche bisogna iniziare ad addestrarci a pensare come se fossimo noi il paziente, rendendo cioè, quella nostra empatia, più autentica, favorendo un atteggiamento più aperto e rilassato.

Lo scopo della medicina e di tutti gli operatori sanitari è quello di alleviare la sofferenza, che può essere determinata anche dal nostro atteggiamento mentale.

Le nostre vite cambiano in continuazione, una “buona salute” può trasformarsi in ogni istante in “cattiva salute”. Il nostro ruolo di terapeuti è fare del nostro meglio per alleviare la sofferenza, quale che sia il modo in cui si manifesta, fisico o mentale.

Per aiutare davvero la gente a soffrire di meno bisognerà combinare la nostra conoscenza con un atteggiamento empatico, che aiuti il paziente a rilassarsi e ad avere fiducia nella cura e nel suo terapeuta.

Se la nostra terapia ed il nostro comportamento sono così, allora possiamo dire davvero che stiamo facendo tutto il possibile per prenderci cura dell'altro.

E, nella medicina, non può esserci ambizione più alta.

Questo percorso spero sia un incentivo per riprendere, continuare ed approfondire un cammino di apertura e di rinnovamento della mia professione e del mio modo di essere “curante”.

Credo che più siamo consapevoli del nostro modo interiore, più riusciamo a trasmettere empatia ai nostri pazienti, ricordandoci sempre che le persone che si rivolgono a noi sono uniche e dobbiamo essere in grado di creare per loro percorsi terapeutici diversi e non utilizzare tecniche prefabbricate o da consultare in un manuale di terapia.

La vera forza guaritrice è la relazione terapeutica e come già detto, essa è il fulcro principale affinché possa avvenire un cambiamento nel trattamento e nella relazione con il paziente, soprattutto se integrato e supportato dall'ipnosi.

BIBLIOGRAFIA

- CASIGLIA E. AA.VV. *Trattato di ipnosi*. Ed. CLEUP
- GRANONE F. *Trattato di ipnosi. Vol. 1 e Vol. 2*. Ed. UTET.
- YALOM I. *Il dono della terapia*. Ed. Beat
- YALOM I. *Creature di un giorno*. Ed. Beat
- BOELLA L. *Sentire l'altro*. Ed. Raffaello Cortina
- ALBIERO P. – MATRICARDI G. *Che cos'è l'empatia*. Ed. Carocci
- BOURRET M. *La cassetta degli attrezzi dell'empatia*. Ed. Amrita
- PASINI W. *Il corpo in psicoterapia*. Ed. Cortina
- YAPKO M.D. *Le basi dell'ipnosi*. Ed. Astrolabio.
- ANFOSSI M. – VERLATO M.L. – ZUCCONI A. *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*. Ed. La Meridiana.
- BRUGNOLI P. *Tecniche di rilassamento e ipnosi clinica in terapia del dolore e cure pagliative*. Ed. Del Miglio
- RINPOCHE C. N. – SHLIM D.R. *Medicina e compassione*. Ed. Amrita.
- MEARNS D. – THORNE B. *Counseling centrato sulla persona (teoria e pratica)*. Ed. Erickos
- DILTS R. – GRINDER J. – BANDLER R. – BANDLER L. – DELOZIER J. *Programmazione neuro linguistica*. Ed. Astrolabio.
- GOLEMAN D. *Intelligenza emotiva. Che cos'è. Perché può renderci felice*. Ed. Rizzoli.
- BANDLER R. *Usare il cervello per cambiare*. Ed. Astrolabio
- GOLEMAN D. *Focus. Come mantenersi concentrati nell'era della distrazione*. Ed. Bur Rizzoli
- STEIN E. *Il problema dell'empatia*. Ed. Studium
- ROGERS C. *La terapia centrata sul paziente*. Ed. Giunti

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare in primo luogo il Dott. Ennio Foppiani per la sua disponibilità ed i suoi preziosi consigli (anche sulla cucina etnica e sui viaggi).

Grazie a tutti i docenti dell'Istituto Franco Granone per la loro professionalità e per avermi trasmesso la loro passione per l'ipnosi.

Un grazie di cuore a Serena per la pazienza, il sostegno e le competenze tecnologiche indispensabili per la stesura di questo scritto.

Ringrazio la mia amica Giusi per aver condiviso piacevoli serate all'insegna dell'empatia, tra tasti del computer e tazze di caffè.

Un particolare ringraziamento ai miei tre pazienti che, oltre ad avere avuto fiducia in me, hanno collaborato a questa tesi con la loro fondamentale testimonianza.

Un grazie all'amica Marina per i suoi preziosi consigli.