



Fondatore: Prof. Franco GRANONE

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2019

L'ipnosi, il gioco di ruolo e la riabilitazione
psico-fisica della persona con lesione midollare

Candidato

Dott. Gianluca D'Ambrosio

Relatore

Dott. Ennio Foppiani

INDICE

Introduzione

Capitolo 1: Il gioco di ruolo: il suo valore terapeutico e la similitudine con l'ipnosi

Capitolo 2: La riabilitazione psico-fisica della persona con lesione midollare

Capitolo 3: La struttura "personalizzata" dell'induzione ipnotica

Capitolo 4: Descrizione Casi Clinici

Capitolo 5: Conclusione - Punti di riflessione e possibili sviluppi

Bibliografia

INTRODUZIONE

Il gioco di ruolo è un gioco in cui i partecipanti interpretano personaggi all'interno di un ambiente narrativo specifico; in altre parole i giocatori "vivono" un proprio alter ego in un ambiente fantastico.

Lo scopo del gioco di ruolo non è solo portare a termine missioni, sconfiggere mostri, trovare tesori, salvare principesse, ma è l'immedesimazione stessa nel personaggio. E' il gioco dell'immaginazione e del "facciamo finta che..." e se ci pensiamo è un gioco che abbiamo fatto tutti fin da bambini.

Durante il corso di ipnosi mi sono reso conto che numerosi elementi appartenenti all'induzione ipnotica sono uguali agli ingredienti basilari di un gioco di ruolo.

E viceversa ripensando alle sessioni di gioco con i miei amici, le parole pronunciate dal master (narratore) erano in grado di farti percepire l'umidità, il freddo e l'oscurità di una caverna, mentre io, guerriero alle prime armi, sentivo crescere la tensione, un misto di paura ed adrenalina, perché dovevo salvare la dama tenuta prigioniera dal drago che viveva appunto all'interno.

Ora, la professione di fisioterapista ti permette di lavorare a contatto con il corpo delle persone che soffrono e mi sono accorto che si è sempre alla ricerca di qualche tecnica manuale in grado di "risolvere" il problema che affligge il corpo.

Al contrario l'ipnosi ti permette di "lavorare" sul corpo agendo sulla mente e l'obiettivo della mia tesi è incentrato sull'esplorazione di modificazioni corporee indotte da sedute di ipnosi, sfruttando l'elemento chiave del gioco di ruolo, cioè l'immedesimazione.

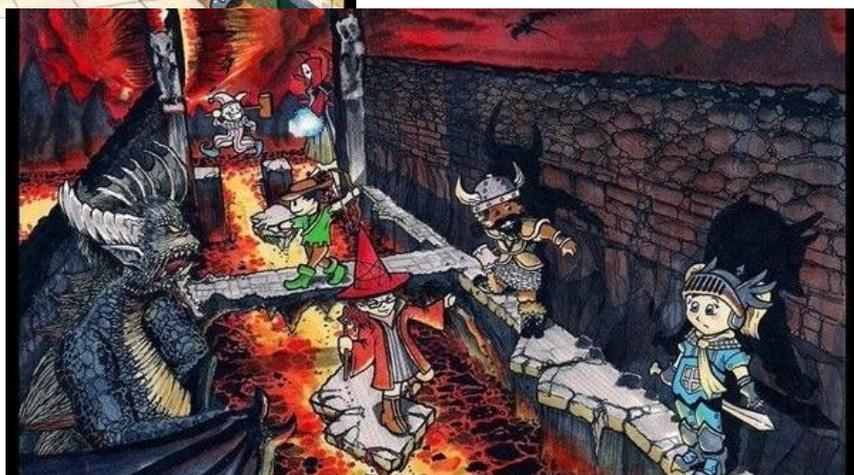
CAPITOLO 1

Il gioco di ruolo: il suo valore terapeutico e la similitudine con l'ipnosi

Tutti hanno giocato ad un gioco di ruolo almeno una volta nella vita.

“Il lupo mangia-frutta”, “la strega tocca-colore”, “guardia e ladri” oppure il semplice “facciamo che tu sei la principessa ed io il pirata...” sono tutti giochi d'infanzia basati sull'interpretazione di personaggi con determinate caratteristiche e peculiarità che rappresentano sì il fulcro e le regole del gioco ma anche il grande divertimento derivato dal fatto che ognuno dei partecipanti era chiamato a far emergere tali caratteristiche nel modo più verosimile possibile.

Così l'immaginazione, quella straordinaria capacità innata che appartiene al proprio bagaglio culturale e psicologico, ci rende capaci di creare un'infinità di giochi attraverso cui si esprime la propria identità: appunto i giochi di ruolo.



Oltre ai giochi di ruolo “d’infanzia”, il termine gioco di ruolo (abbreviato GdR oppure RPG dall’inglese role-playing game) è spesso utilizzato indistintamente per descrivere essenzialmente 4 tipologie di giochi, che si differenziano principalmente per il mezzo utilizzato per la loro gestione:

- Giochi di ruolo da Tavolo, *con carta, penna e dadi* (eventualmente miniature);
- Giochi di ruolo dal Vivo, (abbreviato GRV oppure LARP dall’inglese Live Action Role-Playing) molto vicino ad una recitazione teatrale, i giocatori sono in costume e si svolgono all’interno di ambienti appositamente preparati, proprio come se fossero scenografie;
- Giochi di ruolo Online, versione “a distanza” dei giochi da tavolo, dove i giocatori usano chat ed e-mail per comunicare e costruire la storia;
- Videogiochi di ruolo, derivati anch’essi da quelli da tavolo, possono essere giocati in singolo giocatore oppure prevedendo un’interazione con altri giocatori attraverso la connessione Internet in un mondo virtuale gestito appunto in rete.

Il gioco di ruolo propriamente detto nasce grazie al Teatro della Spontaneità e allo Psicodramma il cui fondatore fu il sociologo e psichiatra austriaco Jacob Levi Moreno (1889-1974).

Il cardine della sua tecnica terapeutica ruotava intorno al concetto di ruolo, relazione interpersonale, creazione, creatività e spontaneità. Iniziò con dei bambini, ai quali raccontava delle storie e chiedeva ad ognuno di loro di interpretare un ruolo e mettere in scena la storia stessa.

La tecnica psicoterapeutica consisteva proprio nell’interpretare e scambiarsi i ruoli dei personaggi, in modo tale da ricreare le proprie esperienze personali esattamente come se fosse un teatro.

In tale contesto risultò chiaro che si potevano raggiungere svariati obiettivi tra cui la diminuzione dello stress, lo sviluppo di capacità empatiche e di comunicazione, l’aumento dell’autostima e dell’autodeterminazione fondamentali per affrontare situazioni reali ritenute insostenibili o insopportabili.

Attraverso studi e sperimentazioni, negli anni si è riscontrato che tutto ciò risultava perseguibile anche con i giochi di ruolo da tavolo come Dungeons & Dragons®.

Nato nel 1974 da Gary Gygax e Dave Arneson, si sviluppò nell'ambiente dei cosiddetti "Wargames", cioè rappresentazioni tridimensionali di battaglie campali i cui giocatori controllavano gruppi di soldatini/miniature di opposte fazioni il cui unico scopo era ovviamente vincere la guerra.

Da qui si vennero a sostituire gli eserciti con singoli personaggi/creature che venivano plasmati in base ai seguenti concetti:

- Razza, umani, elfi, mezzelfi, gnomi, halfling, orchi, nani...
- Classe, una sorta di "lavoro", esempio mago, guerriero, ladro, paladino
- Allineamento, cioè se il personaggio scelto è buono, cattivo o neutrale
- Caratteristiche Principali quali Forza, Destrezza, Costituzione, Intelligenza, Saggezza, Carisma

Tutto ciò e molti altri dettagli che il giocatore poteva scegliere, veniva scritto sulla Scheda del Personaggio, che rappresentava l' "alter-ego" da incarnare in un mondo che in Dungeons & Dragons® è di tipo fantasy-medievale, Vampire® è di tipo Horror-gotico, The Call of Cthulhu® è basato sui libri di H.P.Lovecraft, e tanti altri.

I personaggi-giocatori vivono avventure appositamente create e narrate dal cosiddetto Dungeon Master, che ha il compito di descrivere l'ambiente dove si muovono i personaggi giocanti ed interpretare gli altri personaggi/creature non-giocanti.

La dinamica del gioco è sottoposta a regole, a schede, ai dadi, che rappresentano un po' la croce e delizia del gioco, ed è condizionata dalla "voce": il Master racconta una storia, il Personaggio Giocante descrive verbalmente cosa fa e pronuncia parole che pronuncerebbe il suo personaggio in "prima persona".

Da questa spiegazione sintetica si può facilmente intuire come il Master possa essere paragonato ad un terapeuta ipnotizzatore, in grado di indurre un monoideismo plastico, quale esperienza vissuta di un determinato alter-ego con un determinato obiettivo in un determinato luogo.



CAPITOLO 2

La riabilitazione psico-fisica della persona con lesione midollare

Quella del mieloleso è una Condizione, più che una malattia in senso stretto.

La scienza medica non contempla un'analogia patologia, che coinvolga contemporaneamente, ed in modo irreversibile, definitivo ed esteso, tutte le funzioni motorie, sensoriali e viscerali del corpo umano. Si tratta di un evento lesivo, che comporta una sindrome, complessa ed unica nel suo genere, per l'eterogeneità espressiva e per la gravissima alterazione dell'equilibrio psicofisico della persona.

La lesione midollare scompagina ed interrompe la relazione con se stessi, con l'ambiente e frantuma l'organizzazione spazio-temporale che ci siamo creati fin dall'infanzia.

Noi, infatti, passiamo la prima parte della nostra vita a costruire una coscienza di noi stessi tramite un processo maturativo, che relaziona strettamente la conoscenza del Sé e l'organizzazione spazio-temporale. I primi anni sono atti a:

- differenziare progressivamente l'immagine del corpo dalla motricità: cioè la struttura del corpo dalle sue azioni nello spazio;
- differenziare successivamente la motricità dallo spazio: cioè la modalità di spostamento dalle traiettorie che queste lasciano nello spazio;
- differenziare lo spazio-tempo, ovvero le traiettorie ed i percorsi dalla durata e dalla velocità, per imparare, infine, a distinguere quello che " siamo noi" da quello che " non siamo noi".

Apprendiamo che gli oggetti e le persone sono permanenti e che hanno esistenze separate. Impariamo a nominare ciò che ci circonda, ma soprattutto a riconoscerci in uno specchio. Impariamo che abbiamo il potere di influenzare l'ambiente.

Formiamo, cioè, l'immagine del Sé, del Sé corporeo, che sottende il concetto di schema corporeo, inteso come quadro mentale della nostra fisicità, del come percepiamo di esistere come corpo, come unità.

Il nostro corpo rappresenta un polo di scambi con l'ambiente il cui rapporto è continuamente mediato dalle attività motorie, percettive ed emotive, che si manifestano nel tempo e nello spazio, e che, attraverso i vari processi d'interpretazione e di associazione, consentono l'adattamento dell'uomo all'ambiente, alle necessità biologiche dello stesso.

Il corpo incarna originariamente la struttura temporo-spaziale, dove il Tempo è lo spazio in movimento, e dove la totalità del movimento si identifica con quella del corpo e con la complessa dinamica del vissuto. E' lo spessore del corpo che catalizza gli eventi di cui siamo impastati, trasformandoli nelle immagini della nostra vita, per formare l'essenza del nostro vissuto, il nostro mondo, le nostre relazioni.

Sono gli oggetti del mondo, posti davanti ai nostri sensi, a rendere tangibili all'uomo la propria presenza (Giliberti "Il corpo" 1983): "Il significato delle mie mani non è solo nella loro struttura, muscolare e nervosa, ma è negli oggetti che riesco ad afferrare e in quelli che mi sfuggono: la potenza deambulatoria delle mie gambe non è solo nella loro posizione anatomica, ma nelle cose che voglio raggiungere ed in quelle che voglio fuggire; le possibilità del mio sguardo non mi sono indicate solo dalle leggi dell'ottica, ma dalla prossimità o lontananza delle cose".

Per disporre, dunque, del proprio corpo, oltre ad un'integrità anatomo-funzionale, è necessario un mondo, dove il corpo possa muoversi ed esprimersi con un senso.

Nella lesione midollare, la disabilità corporea mette in gioco un intero mondo, lo deforma ed interrompe quel dialogo grazie al quale le Cose si caricavano delle intenzioni del Corpo ed il Corpo raccoglieva quei Sensi diffusi tra gli oggetti.

L'evento traumatico trasforma, quindi, il "Corpo d'intenzione" in "Oggetto d'attenzione".

Lo spazio si riduce alle dimensioni dell'organismo ed il tempo all'esordio ed al decorso della malattia. L'io Penso si riduce ai limiti dell'io Posso, fino a delineare una Spazialità senza cose ed un Tempo senza Tempo.

Vivere in carrozzina non è solo incontrare numerose, e spesso invalicabili, barriere architettoniche, ma è soprattutto dover fare i conti con:

- l'alterazione della propria identità ed unità psicofisica;
- la compromissione dello schema e del vissuto corporeo;
- l'angoscia per la perdita di una parte di sé, come "senso" di "frammentazione";
- la modificazione della percezione del tempo e dello spazio, rispetto a sé, agli altri, all'ambiente.

La soppressione definitiva di un gran numero di afferenze al sistema nervoso genera la sostituzione dell'immagine del sé corporeo come un tutto organico con un'immagine spezzata di esso. Una parte estesa del corpo, che è apparentemente sana, viene avvertita come estranea: la si può toccare, vedere, ma non la si può più "sentire", né muovere, né conoscere, non si può sapere se stia bene o male.

Il "nuovo corpo" del paraplegico misura circa 60-70 cm di larghezza, 90-100 di lunghezza, con un'altezza variabile, ma che non supera il metro e mezzo. Per ruotare su se stesso, ha bisogno di 120-150 cm, e gli è precluso l'accesso a locali ed ascensori con porte e dimensioni non a norma. Anche un piccolo scalino è un ostacolo insormontabile.

Cambia perfino la prospettiva, in quanto una persona in carrozzina guarda il mondo circostante e gli altri "DAL BASSO VERSO L'ALTO".

La giornata di una persona mielolesa è dedicata per 1/3 ad attività, che normalmente richiedono complessivamente poco più di 1 ora.

Un paraplegico non può più pensare e fare simultaneamente, cioè "pensare facendo" e "fare pensando". L'azione è progettata e configurata mentalmente nei dettagli prima di essere compiuta: ecco la chiave, il punto di forza per attivare un processo evolutivo che possa portare dal Frammento al Totale – la RIABILITAZIONE.

Ri-conoscere: autostima ed autodeterminazione **Ri-vedere:** nuovo senso della realtà

Ri-provare: apprendere nuove autonomie **Ri-percorrere:** socializzare nuovamente

La riabilitazione della persona con lesione midollare deve tenere conto di specifiche caratteristiche degli individui per quanto riguarda le abilità residue e recuperabili, i bisogni, le preferenze, la situazione familiare ed i fattori ambientali e personali. Deve, quindi, contenere al suo interno oltre ai dati personali del paziente ed alle caratteristiche clinico-funzionali informazioni riguardo la condizione familiare, lavorativa ed economica.

Risulta chiaro e tale deve essere che gli obiettivi del programma riabilitativo aspirano al raggiungimento di un quadro soddisfacente di autonomia nelle attività della vita quotidiana e, successivamente, se possibile, devono essere finalizzati al recupero delle abilità che condizionano lo svantaggio personale sociale ed economico.

L'ipnosi può essere un valido strumento in grado di aiutare la persona con lesione midollare nelle varie fasi del suo percorso curativo-riabilitativo-assistenziale.



Sfruttando elementi del gioco di ruolo e introducendoli nell'induzione ipnotica, si combinano gli obiettivi riabilitativi prettamente fisici (esempio aumento della forza in territorio sovra lesionale o in territorio sotto lesionale in caso di lesione incompleta con parziale risparmio motorio) ad obiettivi riabilitativi psichici (esempio autodeterminazione, autostima, costruzione di un nuovo sè).

CAPITOLO 3

La struttura “personalizzata” dell’induzione ipnotica

Chi gioca di ruolo è nello stesso tempo fruitore ed autore.

La “personalizzazione” che ho inteso per l’induzione ipnotica consiste nella creazione di un alter ego con il quale la persona con lesione midollare riesce a fare delle esperienze altrimenti irrealizzabili e a trasportare tali esperienze da un mondo fantastico-immaginario-virtuale al mondo reale.

Ho previsto un dialogo pre-induzione durante il quale si determinano i seguenti punti:

- A) individuazione Obiettivi da perseguire;
- B) creazione del Personaggio con individuazione delle Caratteristiche Principali (Fisiche e non);
- C) determinare un’Ambientazione nella quale si vuole “far vivere” il Personaggio.

A – Gli Obiettivi

In anni di lavoro come fisioterapista in Unità Spinale, mi sono accorto che le problematiche ricorrenti che condizionano maggiormente il programma riabilitativo e di conseguenza la vita della persona con lesione midollare sono essenzialmente due: il dolore e la mobilità.

Per quanto riguarda il dolore, abbiamo numerose classificazioni e valutazioni che ci dicono quale sia “probabilmente” la sua origine (meccanico, viscerale, radicolare, centrale, psicogeno, neuropatico...), tuttavia il trattamento risulta essere quasi sempre esclusivamente farmacologico e si dimostra essere limitato e con effetti collaterali a volte più condizionanti del dolore stesso.

La mobilità ha in sé altri 2 aspetti: la forza e la resistenza. Può riguardare la componente muscolare solamente della zona sovra-lesionale (quella normo-innervata) se si tratta di una lesione midollare completa; situazione diversa se invece abbiamo una persona con una lesione incompleta, in cui i muscoli sotto-lesionali hanno risparmiata una quota della componente motoria volontaria e della sensibilità.

Gli obiettivi da perseguire nelle sedute di trattamento ipnotico risultano essere tutti relativi sia alla sfera dolorifica che a quella della mobilità.

B) Il Personaggio

Nella creazione dell'alter-ego, mi sono ispirato a come si creano i Personaggi Giocanti nei giochi di ruolo e soprattutto alla cosiddetta Scheda del Personaggio, cioè un foglio in cui troviamo tutte le informazioni del nostro Personaggio. In specifico nella scheda troviamo il Nome, la Razza, la Classe, l'Allineamento, i Tratti Caratteriali, gli Attributi Fisici, le Abilità, l'Equipaggiamento e un numero più o meno infinito di altri dati, che servono a caratterizzare il Personaggio che intendiamo interpretare. Esattamente come in ogni gioco di ruolo troviamo un'esclusiva scheda del Personaggio che si basa sulla tipologia/regole del gioco e sulla relativa ambientazione, così ho pensato di elaborare una scheda "personalizzata" che abbia una componente comune, che contiene dati come Nome, Razza, Classe, Caratteristiche, Abilità, e una componente variabile, plasmata sugli obiettivi del trattamento.

Scheda del Personaggio – Parte-
Dungeons & Dragons 5 Ed.

C) L'Ambientazione

Per aumentare il potere dell'immersione, il Personaggio deve essere immerso in un ambiente in grado di stimolare la sua percezione corporea, ma anche la sua creatività e la sua capacità di adattamento. Così l'esperienza può essere condotta in un'ambientazione di estrema fantasia oppure con una quota più realistica.



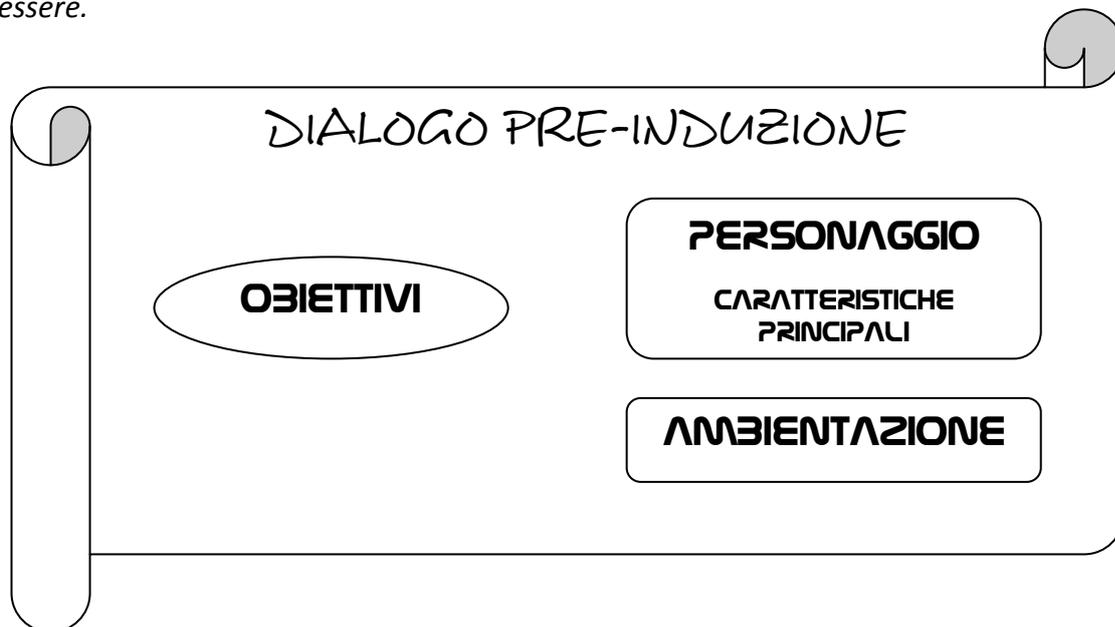
*Esempio Ambientazione
Fantasy Medievale*

*Esempio Ambientazione
Steampunk*



*Esempio
Ambientazione
Horror*

La persona è assolutamente libera di scegliere quali siano gli obiettivi del trattamento nonché la natura del Personaggio che intende interpretare e l'ambientazione dentro la quale essere.



Dopo il dialogo pre-induzione, si passa alla seduta vera e propria.

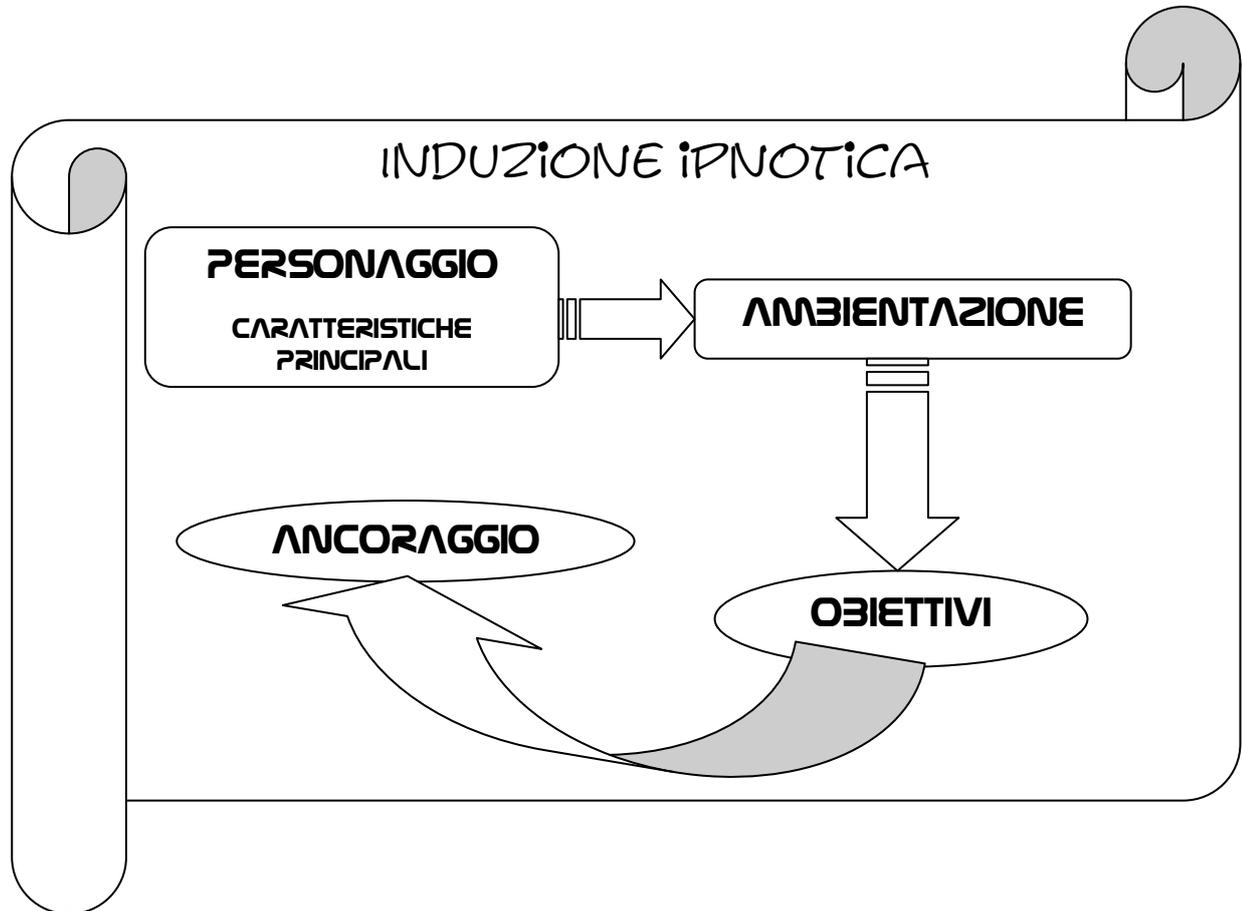
Chiedo alla persona di concentrarsi sul proprio corpo, di aumentare il livello di sensibilità superficiale e di sviluppare ogni tipo di informazione sensoriale; successivamente evoco il Nome del Personaggio e chiedo di cambiare la struttura fisica sulla base della descrizione delle caratteristiche del Personaggio e di ogni dato presente sulla Scheda elaborata durante il dialogo pre-induzione. Suggesto il cambiamento sempre più in profondità fino ad arrivare a percepire il cambiamento in ogni parte del corpo. Ratifico ogni cambiamento man mano che si presentano.

In seguito passo alla percezione dell'Ambiente circostante rimarcando le peculiarità e introducendo eventuali elementi significativi.

In ciascuna delle due parti dell'induzione, cioè quella dell'immedesimazione nel Personaggio e quella del riconoscimento dell'Ambiente, tendo ad avere un dialogo con la persona in modo tale da avere feed-back sulle suggestioni.

Successivamente passo al “lavoro” per raggiungere l’obiettivo prefissato durante il dialogo pre-induzione.

Dopodiché chiedo di registrare l’esperienza in ogni suo passaggio in modo tale che sia disponibile tutte le volte che la persona ne senta l’esigenza. Come ancoraggio ho ritenuto utile il semplice utilizzo del Nome del Personaggio, da evocare mentalmente per più volte.



CAPITOLO 4

Descrizione Casi Clinici

Caso n°1

Pier, maschio, 63 anni

Diagnosi clinica: Tetraplegia C7 ASIA C in politrauma.

APR: nulla di rilevante.

APP: il 4 settembre 2018 politrauma della strada. Il paziente è ricoverato in Terapia Intensiva presso CTO di Torino.

Bilancio lesionale:

- Frattura C7-T1 disco-somatica con trauma midollare
- Ematoma intramurale C2-C5
- Rigonfiamento midollare C3-C4
- Frattura somatica T12-L1
- Frattura branca sacrale e ischio-pubica a destra
- Trauma toracico con fratture costali dalla V alla IX a destra e annessa falda di PNK consensuale

5 settembre 2018: intervento di stabilizzazione posteriore.

16 ottobre 2018: trasferimento presso Unità Spinale Unipolare di Torino.

31 maggio 2019: dimissioni e rientro a domicilio.

Alle dimissioni il paziente è autonomo in trasferimenti, passaggi posturali e nella gestione delle varie attività della vita quotidiana. Deambulazione autonoma anche per

tratti lunghi con ausilio di una stampella a sinistra; esegue salita/discesa scale a gradini alterni in autonomia con ausilio di stampella a sinistra.

Presente limitazione articolare a carico di entrambe le spalle di grado moderato (120° a sinistra, 80° a destra) con annesso dolore a carico della destra anche durante le attività della vita quotidiana. La prensione/manipolazione risulta buona a carico di entrambe le mani; si segnala formicolio a carico della mano destra in seguito ad affaticamento.

6 giugno 2019: intrapreso il regime di Day Hospital per il proseguimento delle cure riabilitative.

Regime di trattamento odierno: Day Hospital Riabilitativo presso Unità Spinale di Torino

Periodo di trattamento e n° sedute: 1 mese; 4 sedute (1 seduta a settimana).

Obiettivi:

- 1) Riduzione dolore spalla destra: sensazione dolorifica nei gesti della vita quotidiana (es. vestirsi) con NRS (Numerical Rating Scale – Scala Misurazione Dolore) equivalente a 7, riposo notturno alterato con 3-4 risvegli notturni causati da dolore intenso alla spalla destra con NRS 8. Prima dell'inizio delle sedute di ipnosi, per la gestione del dolore è stata praticata un'infiltrazione di cortisone intra-articolare, infiltrazione di tossina botulinica a carico dei muscoli pettorali e mesoterapia (2 sedute) con risultati limitati nel tempo e con recidiva della sintomatologia dolorosa in circa 2/3 settimane;
- 2) Aumento forza e resistenza alla fatica durante la mobilità dell'arto superiore destro nelle attività quotidiane.

Personaggio:

Charles Augustus LINDBERGH (1902-1974), aviatore statunitense, compì la prima traversata aerea in solitario e senza scalo dell'Oceano Atlantico nel 20-21 maggio 1927;

la scelta del personaggio è stata influenzata dalla passione della persona per il volo (prima dell'incidente volava regolarmente con un aereo ultraleggero).

Ambientazione:

Nord America negli anni 1925-1930 e nello specifico stazione aeroportuale a bordo del monoplano leggero "Spirit of Saint-Louis".

Durante le sedute

Nella prima seduta, ho chiesto alla persona in posizione supina ad occhi aperti di concentrarsi sul Nome del Personaggio e sulle sue caratteristiche...

Poi le ho chiesto semplicemente di "essere Charles" e di sentire come "la percezione del proprio corpo stesse cambiando...come il corpo di Charles si stesse sovrapponendo al suo"...Ricalco la sensazione del corpo nuovo passando la mano sulle braccia, sul torace e sulle gambe...

Chiude gli occhi...chiedo conferma del cambiamento del corpo...mi risponde con un cenno del capo...

Dopodichè chiedo di visualizzare lo spazio intorno..."una stanza della stazione aeroportuale dove tu, Charles, devi prepararti fisicamente alle 34 ore di volo a bordo del tuo monoplano leggero Spirit of Saint-Louis"...

Pier si è messo in posizione seduta e ha iniziato a compiere movimenti con gli arti superiori...sempre più ampi...ho potuto notare un aumento della mobilità di entrambe le spalle e la completa assenza di dolore durante i movimenti della spalla destra; ho ricalcato quanto quegli esercizi siano fondamentali per la riuscita della missione e ho fatto "registrare le sensazioni derivate da essi".

A questo punto, ho fornito alla persona l'ancoraggio (chiusura degli occhi e ripetizione per 3 volte del Nome del Personaggio) che gli sarebbe servito per "sentire nuovamente quanto le spalle, e soprattutto quella destra, siano forti e si possano muovere senza dolore per affrontare le attività della giornata esattamente come Charles doveva affrontare la missione di volo".

Nelle sedute successive, sfruttando la medesima procedura di induzione ho proposto “l’esperienza di volo di Charles”, alla quale si era preparato nella prima seduta e nei momenti di autoipnosi...come se con ogni seduta potessimo scrivere un nuovo capitolo della storia di Charles.

Obiettivi Raggiunti:

La persona ha riferito di percepire un “braccio nuovo”; il dolore al movimento della spalla è diminuito (NRS 3) e riesce a compiere gesti comuni con il braccio con più facilità rispetto a prima.

Nel periodo di trattamento la persona è riuscita nuovamente ad effettuare un volo con un aereo ultraleggero e soprattutto è riuscita a pilotarlo con l’arto superiore destro senza dolore.

Caso n° 2

Matteo, maschio, 30 Anni

Diagnosi clinica: Paraplegia T3 ASIA C in politrauma.

APR: nulla di rilevante.

APP: 20 maggio 2017 politrauma da incidente (investito da automobile in bicicletta). Il paziente è ricoverato in Terapia Intensiva presso CTO.

Bilancio lesionale:

- Frattura T3 disco-somatica con dislocazione intracanalare del corpo posteriore e scivolamento di 6 mm del corpo anteriore.
- Frattura di lamine e processi trasversi da C6 a T6.
- Fratture costali a sinistra dalla II alla VIII, pneumotorace sinistro con versamento pleurico.
- Frattura pluricomminuta del ramo pubico inferiore sinistro e frattura parcellare dell'aletta sacrale sinistra.
- Frattura acromion sinistra pluriframmentaria composta.
- Trauma cranico: GCS 15 sul luogo con TC encefalo negativa.

21 maggio 2017: intervento di stabilizzazione posteriore.

20 giugno 2017: trasferimento presso Unità Spinale Unipolare di Torino.

10 novembre 2017: dimissioni e rientro a domicilio (il paziente vive da solo).

Alle dimissioni il paziente è autonomo in trasferimenti, passaggi posturali, locomozione in carrozzina e nella gestione delle varie attività della vita quotidiana. Deambulazione possibile con ortesi a destra e 2 stampelle per circa 50 m in ambiente esterno; esecuzione salita/discesa scale a gradini semplici in autonomia con 2 stampelle. È possibile l'ortostatismo per qualche minuto anche senza scarico sugli arti superiori. Il paziente lamenta sensazione di rigidità a carico della muscolatura degli arti inferiori sia dopo il riposo notturno che dopo attività affaticanti come la deambulazione o le scale.

20 novembre 2017: intrapreso il regime di Day Hospital per il proseguimento delle cure riabilitative.

Regime di trattamento odierno: Day Hospital Riabilitativo presso Unità Spinale di Torino.

Periodo di trattamento e n° sedute: 1 mese; 4 sedute (1 seduta a settimana).

Obiettivi:

- 1) Aumento della forza e della resistenza alla fatica agli arti inferiori per aumento dell'autonomia nella deambulazione con 2 stampelle;
- 2) Aumento del "controllo" sugli arti inferiori e conseguente riduzione della sensazione di rigidità a carico della muscolatura.

Personaggio:

Tura, Pirata inventato dalla passione che ha la persona per i fumetti manga. La sua caratteristica principale è la Forza soprannaturale e l'abilità è la genesi ed il controllo del Fuoco.

Ambientazione:

Mondo Fantastico ad ispirazione "piratesca".

Durante le sedute

Nella prima seduta, ho chiesto alla persona in posizione seduta di concentrarsi sulla sensazione di calore del corpo e di associarla al Nome del Personaggio...

"Tu sei Tura e Tura è Fuoco e lo percepisci in tutto il tuo corpo"...Ricalco la sensazione di calore soffermando la mano sul torace, sulle spalle, sulle mani, sulle ginocchia...

Vedo la fronte della persona imperlata di sudore... ricalco anche questo e chiedo di giocare con la sua abilità di controllare il fuoco in modo tale da sperimentare "qualcosa di nuovo"...

Poco dopo ad occhi chiusi si è alzato in piedi con "estrema facilità"...ho chiesto quindi di registrare questa abilità portando la sua attenzione sulle componenti più

problematiche del mantenimento della stazione eretta. Su come sia stato semplice per Tura sfruttare il Fuoco e rendere disponibile la sua energia alla muscolatura degli arti inferiori.

Ho fornito l'ancoraggio (chiusura occhi e ripetizione del Nome del Personaggio per 3 volte) che gli sarebbe servito per usare il Fuoco "nascosto" di Tura, che canalizzato su tutto il corpo e soprattutto sugli arti inferiori avrebbe reso più semplice stare in piedi e camminare.

Nelle sedute successive, seguendo sempre il medesimo schema di induzione, ho suggerito a Matteo di esplorare cosa il Fuoco era in grado di fargli fare, come potesse gestirlo per aumentare le performance del proprio corpo e come tale energia fosse fruibile sia per Tura nel suo Mondo che per la persona in quello reale.

Obiettivi Raggiunti:

Matteo ha avuto accesso ad "un'energia che prima non era in grado di percepire"; l'autoipnosi è diventata una routine mattutina capace di rendere la muscolatura degli arti inferiori più forti in grado di affrontare la giornata senza la spiacevole sensazione di rigidità. Attualmente è in grado di deambulare per tratti medio-lunghi (oltre 100 m), riesce a mantenere l'ortostatismo senza appoggio degli arti superiori tanto da essere capace di effettuare attività bimanuali come lavare i piatti o farsi la doccia.

Caso n° 3

Jan, maschio, 27 Anni

Diagnosi clinica: Tetraplegia C6 ASIA A in lesione traumatica.

APR: nulla di rilevante.

APP: 9 giugno 2019 trauma cervicale da tuffo in mare.

Bilancio lesionale:

- Frattura C4-C5-C6 con conseguente alterazione del segnale midollare.

10 giugno 2019: intervento chirurgico di stabilizzazione C3-C6.

12 giugno 2019: eseguita tracheotomia con inserimento di CET diametro 8 con controcanula.

26 giugno 2019: trasferito in reparto di Terapia Intensiva dell'ospedale CTO di Torino.

15 luglio 2019: trasferito presso Unità Spinale Unipolare di Torino.

Attualmente la persona è totalmente dipendente nelle attività della vita quotidiana. Presenta una tracheotomia con CET diametro 7 in respiro spontaneo. E' in grado di gestire la locomozione tramite carrozzina elettronica con comando a joystick posizionato sul lato destro.

Regime di trattamento odierno: Ricovero Ordinario.

Periodo di trattamento e n° sedute: 2 settimane; 2 sedute (1 seduta a settimana).

Obiettivi:

- 1) Riduzione del dolore alla spalla sinistra durante mobilità attiva (NRS 7/8 sia nei movimenti in flessione anteriore che in abduzione);
- 2) Aumento della forza e della "vitalità" durante il giorno (lamenta di avere un senso di spossatezza generalizzata);

- 3) Riduzione dei risvegli notturni frequenti (4/5 per notte), alcuni seguiti da crisi d'ansia; per contenere questi fenomeni, è stata necessaria la somministrazione di una terapia farmacologica ansiolitica e sedativa.

Personaggio:

Rupert Peverell, ladro su commissione con un'intelligenza spiccata in grado di tradursi in una specie di sesto senso/premonizione.

Ambientazione:

Mondo stile horror gotico-vittoriano.

Durante le sedute

Durante la prima seduta, ho semplicemente chiesto di descrivermi le caratteristiche fisiche del Personaggio. La persona ha immediatamente chiuso gli occhi e ha parlato in prima persona..."Io sono Rupert Peverell..."...A questo punto sfruttando questa sua capacità di immedesimazione, ho ricalcato quanto l'espressione del suo viso fosse cambiata.

Ho chiesto di percepire "tutto" il corpo di Rupert e le varie stimolazioni sensoriali che gli fossero arrivate dall'ambiente circostante...Ho osservato che la persona ha iniziato a compiere degli atti respiratori profondi e ne ho ricalcato l'ampiezza.

A questo punto ho lasciato che l'esperienza di Rupert fosse libera da ogni descrizione verbale, tuttavia gli ho suggerito di cimentarsi in "qualcosa di nuovo", che si è tradotto con un movimento dell'arto superiore sinistro fino a toccarsi l'orecchio con la mano. Ho ricalcato quanto fosse facile eseguire un tale gesto, che risultava limitato dal dolore alla spalla nelle attività quotidiane. Ho sottolineato quanto le esperienze compiute e le sensazioni vissute da Rupert fossero realmente vissute da Jan e che tutto ciò veniva registrato e reso fruibile tutte le volte che avrebbe voluto, proprio come in un film. Come? Semplicemente chiudendo gli occhi e ripetendo il Nome del Personaggio per 3 volte.

Obiettivi Raggiunti:

Il dolore alla spalla sinistra si è ridotto (NRS 4); Jan ha potuto rendersi conto che era possibile effettuare un “nuovo” movimento con l’arto superiore sinistro senza alcun dolore. I risvegli notturni e le crisi d’ansia sono pressoché scomparsi, interrompendo di conseguenza la terapia farmacologica in atto.

CAPITOLO 5

Conclusione - Punti di riflessione e possibili sviluppi

Alla luce dei risultati ottenuti con i casi clinici descritti seppur limitati come numero, si evidenzia l'efficacia del trattamento ipnotico sulle sindromi dolorose e sull'aumento della forza, della resistenza alla fatica muscolare e della mobilità nelle persone con lesione midollare sia completa che incompleta.

All'interno del mio posto di lavoro, mi è capitato di parlare del trattamento ipnotico con colleghi fisioterapisti e altre figure professionali, sia infermieri che medici, e dei risultati ottenuti e ottenibili: ho riscontrato un inaspettato interesse a divulgare l'ipnosi come ulteriore metodica riabilitativa nel percorso di cura della persona ricoverata in Unità Spinale.

Il futuro potrebbe essere quello di una formazione più ampia delle varie figure professionali dell'equipe.

BIBLIOGRAFIA

- La persona con lesione midollare. L'intervento assistenziale globale. *M. Marquez, A. Nobile, D. Santandrea, L. Valsecchi*. Ed. Carocci Faber
- A che gioco giochiamo. *E. Berne*. Ed. Bompiani
- La stanza profonda. *V. Santoni*. Ed. Laterza Solaris
- Trattato di ipnosi. *F. Granone*. Ed. UTET
- Dungeons & Dragons 5 Edizione. Manuali del Giocatore. Manuale del Master. Manuale dei Mostri. *AAVV*. Ed. Wizards
- Dungeons & Dragons 5 Edizione. Scheda del Personaggio. *AAVV*. Ed. Wizards
- www.rpgstudies.net