

SCUOLA POST - UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO - SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

***“LA COMUNICAZIONE IPNOTICA
E LA SUA APPLICAZIONE
NELLA PRATICA INFERMIERISTICA”***

*Corso base di ipnosi clinica
e comunicazione ipnotica.*

Anno 2009

Paula Marina FERNANDES

Relatrice: Dott.ssa Laura PAPI GRASSO

“ L’ipnosi può limitarsi a una mera tecnica che mira a manipolare parole “e persone” o può costituire un patrimonio di conoscenza da calare concretamente nel nostro quotidiano e nella nostre relazioni umane per progettare un mondo con meno sofferenza (almeno per la quota che abilmente procuriamo noi)”.

Marco Luchetti

INDICE

1 -	INTRODUZIONE	4
1.1 -	SIAMO QUELLO IN CUI CREDIAMO	4
2 -	UN CONCETTO BASE	6
3 -	BREVE CENNO STORICO E FILOSOFICO	7
3.1 -	DALL'ALBA DEL TEMPO AI GIORNI NOSTRI	7
4 -	CONCETTO D'IPNOSI	11
5 -	INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI DELL'IPNOSI	13
5.1	INDICAZIONI	13
5.2. -	CONTROINDICAZIONI	14
6 -	CHI PUÒ ESSERE IPNOTIZZATO / CHI PUÒ IPNOTIZZARE	15
6.1 -	CHI PUÒ ESSERE IPNOTIZZATO	15
6.2 -	CHI PUÒ IPNOTIZZARE	17
7 -	TECNICHE DI IPNOSI	18
7.1.-	TECNICHE DIRETTE / TECNICHE INDIRETTE	18
8 -	COMUNICAZIONE	21
8.1 -	COMUNICAZIONE VERBALE / COMUNICAZIONE NON VERBALE	22
9 -	CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE. ITALIA 2009	27
9.1 -	CODICI DEONTOLOGICI A CONFRONTO	30
10 -	RAPPORTO INFERMIERE / PAZIENTE	31
11 -	LA RELAZIONE DI AIUTO INFERMIERE / PAZIENTE	33
12 -	COSA DIRE O FARE / COSA NON DIRE O NON FARE	35
12.1 -	IL DOLORE	35
12.1.1	ASPETTI PRATICI NEL CONTROLLO DEL DOLORE	35
13 -	L'IPNOSI NELLA PRATICA INFERMIERISTICA	37
14 -	ELABORAZIONE DELLA SCHEDA / TABELLA PRATICA	39
14.1 -	SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 1	41
14.2	SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 2	42
14.3	SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 3	43
14.4	SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 4	44
14.5	SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 5	45
15 -	CONCLUSIONE	46
16 -	BIBLIOGRAFIA	47

1 -- INTRODUZIONE

E' nell'ambito delle conoscenze apprese durante il corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica e la possibilità di applicare tali nozioni, concetti e tecniche che eseguo questo lavoro, con l'obiettivo di sistematizzare e rielaborare i dati raccolti e appresi.

Ogni rapporto è necessariamente vincolato all'intervento dei suoi componenti.

Avere la possibilità di gestire al meglio la comunicazione nella vita di tutti i giorni ed in quella professionale è sicuramente un'opportunità da non sottovalutare.

L'abilità nello stabilire un adeguato stile comunicativo non sempre è innata si può comunque imparare e migliorare.

L'utilizzo di tecniche di induzione ipnotica (tali, frasi o gesti) in modo consapevole dagli operatori sanitari addestrati, può essere un altro strumento per migliorare la qualità dell'assistenza, in particolare quella infermieristica.

E' fondamentale sensibilizzare gli operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici ecc...) alla necessità di porre attenzione alla comunicazione ed alla relazione per favorire la riduzione del dolore inutile e dell'ansia prima, durante e dopo le procedure diagnostiche e terapeutiche (siano esse in una situazione di emergenza o no).

L'obiettivo specifico di questo corso è quello di fornire agli operatori sanitari interessati strumenti per gestire, attraverso tecniche rapide ed efficaci, l'ansia, il panico ed il dolore fisico legate alle manovre diagnostiche e terapeutiche.

Contenuti specifici del corso:

- 1) riconoscimento e gestione del paziente che manifesta un elevato stress psicofisico;
- 2) tecniche di induzione ipnotica rapida ed istantanea;
- 3) tecniche per indurre l'analgnesia con l'ipnosi.

1.1 ---SIAMO QUELLO IN CUI CREDIAMO

Viviamo la nostra cultura, siamo parte di essa, l'umanità, per come la conosciamo, non esisterebbe senza cultura, ma noi non ci accorgiamo di quanto ne facciamo parte, rispondiamo ad essa come ad un programma da cui difficilmente ci possiamo sottrarre proprio perché fa parte di noi, della nostra vita, del nostro pensare, ragionare, scegliere, decidere.

Ciascuna cultura contiene nei suoi codici una serie di simboli e segni che permettono di tracciare il percorso, stabiliscono le leggi e le regole, le cornici entro le quali cercare il significato.

Così viviamo con una consapevolezza viziata da luoghi comuni, ipotesi dannose, criteri fasulli, ma è un prezzo che dobbiamo pagare per avere legami ed affetti, la forza dei pari, del gruppo, l'aiuto, la solidarietà, e quant'altro.

Rispondere alla cultura in cui si è nati è dunque importante per mantenersi in comune intesa su come orientarsi nella propria vita. "La scoperta consiste nel vedere ciò che tutti hanno visto e nel pensare ciò che nessuno ha pensato" ci è suggerito da Szent-Gyorgy, l'ipnosi è sostanzialmente un lavoro di questo tipo, scoprire il possibile cambiamento per le persone, anche se è più corretto parlare di costruzione del cambiamento, va cercato dove tutti possono guardare, ma solo pochi riescono a vedere. Il pensiero del terapeuta va di solito dove le persone non sono state capaci di andare.

E' per questo motivo che l'ipnosi serve per cambiare, cambiare le abitudini, cambiare i pensieri, le idee, i luoghi comuni, far notare i limiti per dare nuove opportunità. Abbassando la critica ci permette di apprendere nuove dimensioni di pensiero, nuove esperienze, dunque nuove relazioni possibili. Oltre a questo il lavoro con l'ipnosi sviluppa

il potenziale mentale delle persone, mettendole nella condizione di sviluppare più facilmente il proprio cambiamento.

La legge delle sincronicità, la valorizzazione del linguaggio analogico, l'importanza della suggestione in un percorso di guarigione sono alcune delle riscoperte più recenti nella cultura contemporanea, che si sta avvicinando con una maggior apertura a esperienze prima bollate superficialmente come "primitive", in questo frangente ha senso recuperare l'ipnosi e connotarla di un nuovo significato, in fondo è stata la madre di tutte le forme di psicoterapia oggi conosciute.

L'apertura nei confronti di altre culture è una delle più preziose conseguenze del grande sviluppo dei mezzi di trasporto e di comunicazione. Da una cultura centrata esclusivamente sui risultati e gli studi occidentali moderni si è sviluppata una tendenza a riscoprire e rivalutare sia tradizioni lontane e meno lontane.

E' nato un nuovo campo di ricerca, l'etnomedicina, che studia le strategie sanitarie di popolazioni differenti, nel tempo e nello spazio, raccogliendo dati e informazioni su modalità terapeutiche che di fatto sono state, e sono tuttora, utilizzate con successo da una grande parte della popolazione mondiale. Lungi dall'essere semplicistico e primitivo, questo tipo di medicina valorizza spesso il ruolo dell'individuo, che diventa, di fatto, protagonista della sua guarigione.

L'idea condivisa dagli stregoni, ha detto Carlos Castaneda, è che siamo seppelliti dall'educazione impostaci dalla società, ingannati nel percepire il mondo come un posto di solidi intenti e cose definitive. Noi andiamo incontro alla nostra fine rifiutando di considerarci esseri "magici": il nostro ordine del giorno è di servire l'ego anziché lo spirito.

La profonda interazione tra psiche e soma, è l'importanza del fattore psicologico nell'arte del curare è centrale in tutte le forme di terapia. Tutto ciò che può dare fiducia al paziente migliora le sue condizioni fisiche, la suggestione gioca un ruolo decisivo e risolutivo, l'effetto placebo assume una nuova dimensione e un largo respiro antropologico. Le sostanze placebo infatti, hanno una vera e propria farmacologia, simile a quella delle droghe attive. La conclusione che si può trarre dai più recenti studi sull'effetto placebo è che riscontrano un effetto favorevole medio nel 30% con punte del 60% in tutte le forme di cura farmacologica, anche "il medico è di per sé medicina", anzi, è la principale medicina, perché una sua parola può rinvigorire e ridare speranza, oppure abbattere e consolidare il senso di impotenza e di ineluttabilità nei confronti della malattia.

Tutto questo effetto rientra dal nostro punto di vista nell'effetto suggestivo dell'esperienza della trance, siamo indotti attraverso la strutturazione di un monoideismo dinamico a dare credibilità ad un'aspettativa e dunque rimanerne influenzati profondamente, per noi infatti i processi mentali di una persona sono psicologicamente canalizzati, orientati dal modo in cui essa struttura la propria monoidea.

Una verità, questa, già nota agli sciamani che facendo ricorso, anche in modo teatrale, alla suggestione suscitano le forze di autoguarigione del malato, ma anche il medico di famiglia di una volta che conosceva i suoi pazienti uno per uno sapeva quando era il caso di affrontare un sintomo con un discorsetto oppure con qualche pastiglia di zucchero per lenire malanni immaginari. I rimedi a cui la medicina tradizionale di tutto il mondo fa ricorso non sono tutti legati all'assunzione di sostanze fisiche con precisi principi attivi.

Il terapeuta deve vedere e aiutare, agire come catalizzatore, usando il verbale e il non verbale. Offrire ai pazienti esperienze che permettano di costruire un mondo in cui sia possibile vivere.

2 --- UN CONCETTO BASE

A questo punto potremmo riflettere un po' su quello che si intende per mente ed il suo modo di "funzionare". E' fatto riconosciuto che abbiamo una mente che registra tutto; questo lo possiamo verificare ogni giorno, quando ci ricordiamo di situazioni o di cose, persone viste o amate, emozioni provate, pensieri fatti su di noi o su altri, stati d'animo vissuti, sensi di colpa ecc...

Nella nostra mente sono registrati tutti i ricordi della nostra vita compreso ciò che riguarda l'attività cellulare e biologica del nostro corpo. La mente "copia" tutto quello con cui veniamo a contatto e quindi le esperienze che il corpo si trova a vivere sia a livello apparente e cosciente. - "Mente cosciente" tutto quello del quale abbiamo conoscenza specifica, grazie all'uso dei nostri sensi principali come: vedere, toccare con mano, sentire, prestare attenzione ecc. ,

(l'emisfero sinistro è detto "razionale" ed è caratterizzato dalla dimensione critica/logica e linguistica/verbale), che a livello non apparente e incoscientemente, "Mente incosciente" tutto quello che sappiamo, ma del quale non siamo esplicitamente coscienti il quel momento (perché il nostro cervello che è il nostro traduttore di immagini, non ce le codifica e traduce).

L'inconscio contiene tutto quello che abbiamo sperimentato e controlla le funzioni autonome del corpo: respiro, flussi sanguigni. Frequenza cardiaca ecc...

Per comunicare con la mente inconscia è necessario bypassare la vigilanza della mente conscia, abbassando la critica, focalizzando l'attenzione sull'obiettivo portando il soggetto a fare sue la suggestione impartite dall'operatore.

L'emisfero destro è detto "emozionale" e segue una dimensione intuitiva e non verbale.

La mente cosciente restringe l'informazione e la realtà in quanto è solo "cosciente" di poche cose simultaneamente: di un suono, di un'immagine o un'idea.

Al contrario la mente inconscia è molto creativa e possiede un modo peculiare di associare immagini, sensazioni, idee, simboli secondo relazioni analogiche tra esse

La logica dell'inconscio sfida così tutta l'analisi razionale.

"Ciò che avviene nella nostra mente non è meno reale di ciò che capita al di fuori: anzi ciò che avviene a livello del nostro pensare può influenzare sorprendentemente il nostro stato di salute, di benessere, di performance sia mentali che emotivi.

3 --- BREVE CENNO STORICO E FILOSOFICO

3.1 ---DALL 'ALBA DEL TEMPO AI GIORNI NOSTRI.

L'ipnotismo è un fenomeno sempre presente nella vita dell'uomo, in tutti i tempi e in tutte le culture, denominato in modi diversi e inserito in contesti differenti. Ha conosciuto periodi in cui è stato intensamente praticato, con intenti magici o religiosi, ma anche periodi in cui è stato deriso o addirittura aspramente condannato. Testi cinesi di diciotto secoli prima di Cristo parlano di un metodo per mettersi in contatto con i morti, ma anche per curare i vivi. L'imposizione delle mani per curare è nota in tante civiltà, e se ne fa menzione anche nel vecchio Testamento. Gli indovini persiani e i fachiri indiani utilizzano tecniche che oggi chiameremmo di autoipnosi per curare le malattie. Si trovano testimonianze dell'uso dell'ipnotismo da parte degli Assiri, dei Babilonesi e dei Caldei nelle iscrizioni sulle mura dell'antica Babilonia. Conoscevano tecniche ipnotiche gli antichi Esquimesi e anche gli Indiani d'America. Metodiche assimilabili all'ipnosi sono descritte in documenti relativi ai sacerdoti dei Celti, i Druidi, che le utilizzavano sia per fare predizioni che curare. L'uso dell'ipnosi presso gli Egiziani è documentata e si sa che era appannaggio dei sacerdoti. Anche gli antichi Greci la conobbero, probabilmente proprio grazie agli Egizi. Nell'antica Roma Esculapio induceva il sonno negli ammalati e tramite l'imposizione delle mani interveniva sulla parte malata per risanarla. Paracelo, nel XVI secolo, subì una condanna per avere affermato che la suggestione e fede potevano causare, ma anche guarire le malattie: incompreso ed illustre precursore di discipline oggi all'avanguardia, come la psico-neuro-immunologia e la psico-neuro-endocrinologia. Il periodo in cui l'ipnosi si confonde con la magia, la medicina e la religione, si protrasse per molti secoli e ancora nel 1774 il medico-religioso Gassner (esorcista) induceva l'ipnosi con un rituale mistico in cui invocava contemporaneamente Dio e i dèmoni .

F. A. Mesmer –medico viennese (1734-1815) - secondo Mesmer , “un organismo umano può influenzarne magneticamente un altro e curarlo riequilibrandone l'armonia”. Primo tentativo di sistematizzazione scientifica del fenomeno “ipnosi”, l'importanza dell'ambientazione/musica magnetizzazione.

Le teorie di Mesmer oggi fanno sorridere, ma non bisogna dimenticare che si deve a lui il primo passo verso un'interpretazione scientifica dell'ipnosi, in un periodo in cui superstizione e magia ancora la facevano da padrone in campo medico, basti pensare che, se da un lato il '700 è il secolo degli Enciclopedisti, dall'altro si bruciavano ancora le streghe, l'ultima nel 1782.

F.C. Faria Abade de Faria (1756-1819) - eliminato il fluido si pone dunque il problema dell'immaginazione.

Nel 1813 dichiarò che “nessuna forza, fluido o altro emanava dal magnetizzatore, tutto aveva luogo nella mente del soggetto”.

Bisogna far passare cento anni perché sia accettato come atto fondatore “non è altro che immaginazione”.

Fuhbernheim (1837-1919) riferendosi all'Abate Faria disse “A Faria appartiene l'incontestabile merito di avere stabilito per primo la dottrina ed il metodo dell'ipnotismo attraverso la suggestione e di averlo nitidamente liberato da dottrine singolari ed inutili che occultavano la verità” (ipnosi = suggestione).

L'ottocento è il secolo in cui l'ipnosi entrò a pieno titolo nel mondo medico. La si studiava in campo odontoiatrico per la possibilità di indurre anestesia nel paziente: il dentista francese Jean Etienne Oudt presentò dei lavori all'Accademia di Medicina di Parigi nel 1837, in cui riferiva appunto di aver proceduto all'estrazione di denti in anestesia

ottenuta per mezzo del magnetismo. In Inghilterra Ellioston e in India Esdaile sperimentano la tecnica in chirurgia. Al medico inglese Braid (1785-1860) si deve il termine ipnotismo che egli conia ispirandosi al greco Ypnos (sonno) e soprattutto il primo importante ribaltamento delle concezioni del mesmerismo.

Un'ulteriore importante svolta si deve ad un poco conosciuto medico di Nancy, A.A. Lièbault. Egli spiega i meccanismi dell'ipnosi attraverso il concetto di suggestione e per primo riconosce la presenza di fattori psicologici nel determinarsi dello stato ipnotico. Lièbault, che soleva dire ai suoi pazienti di non possedere alcun potere misterioso, sottolineava l'importanza sulla fissazione su un'unica idea o soggetto.

J.M.Charlot (1825-1853)

Sostiene addirittura che l'ipnotismo sia un fenomeno patologico associabile all'isteria. La sua impostazione è ancora lontana dal vero, tuttavia anche i suoi studi costituiscono un ulteriore passo avanti nell'introduzione dell'ipnosi nel mondo della medicina ufficiale e la definitiva distanza dalle interpretazioni mistiche e magiche.

L'avvento della psicanalisi segnò una battuta d'arresto nello sviluppo degli studi sull'ipnosi. Sigmund Freud (1856-1939) che la conosceva e l'applicava, la rifiutò a favore delle libere associazioni. La psicoanalisi sembrò il nuovo metodo vincente per curare le nevrosi, d'altra parte l'avvento dell'etere in anestesia fece cadere anche l'interesse degli studi in questo senso.

Ivan Paulov (1849-1936) noto psicologo russo, scoprì i "riflessi condizionati" (nobel 1904).

Pier Janet (1849-1947) in Francia, fu uno dei pochi ad interessarsi dei fenomeni ipnotici durante l'era della psicanalisi. Per Janet le manifestazioni psichiche e fisiche hanno la stessa origine, e utilizzava l'ipnosi per identificare le origini e la natura degli automatismi. Janet scoprì la regressione ipnotica. (Dal 2006 è stato istituito il premio Janet per chi fornisce contributi all'ipnosi. Il premio è solo per i francofoni).

«La suggestion on plutòt l'autosuggestion est un sujet tout à fait nouveau, en même temps qu'il est aussi vieux que le monde. « (E. Couè).

Emile Couè (1857-1926) scoprì che poteva aumentare l'effetto di un farmaco semplicemente lodandone gli effetti. Successivamente studiò ipnosi con Lièbaulte come molti altri della scuola di Nancy passò dalle suggestioni in ipnosi alle suggestioni sia sotto forma di frasi che di immagini. Diceva: "Non è la volontà che ci fa agire, ma l'immaginazione". Per Couè l'autosuggestione è uno strumento presente nell'uomo fin dalla nascita, e a seconda delle circostanze produce gli effetti migliori o peggiori.

M.H. Erickson (1901-1980) a Phoenix in Arizona, studia e lavora con l'ipnosi, geniale e originalissimo interprete dell'ipnosi moderna, i cui metodi sono oggi studiati ed apprezzati in tutto il mondo. "L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi".

Dopo la seconda guerra mondiale l'ipnosi riemerge , infatti è stata riabilitata dall'American Medical Association nel 1958, che l'ha inclusa nel novero delle pratiche mediche, dentistiche e chirurgiche.

Anche in Brasile attraverso i corsi tenuti dall'argentino "Norry Torres" nel 1955.

In Italia si riprese a studiarla in odontoiatria, come mezzo per realizzare l'anestesia: nel 1957 venne tenuto un corso di Ipnosi presso la Clinica Odontoiatrica Universitaria di Pavia e nel 1960 si costituisce l'AMISI Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, fondata da Franco Granone, (1911-2000) "Monoideismo plastico"-

Il prof. GRANONE incontrò Erickson nel '65 e gli espone la sua teoria sul "rituale ipnotico per crearsi una scala di valori a scopo sperimentale e terapeutico condensato nella parola "lecamoiasco" ed entrambi concordarono che l'induzione ipnotica e l'impostazione terapeutica non potevano seguire rigidi schemi dottrinali e che la tecnica deve adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un rinnovato interesse nei confronti dell'ipnosi da parte della comunità scientifica.

Il mondo della scienza dove è imprescindibile rispettare il principio di causalità, nei riguardi della controllabilità, della riproducibilità e della manipolabilità, nel massimo rispetto del metodo, scientifico sperimentale, dovette aspettare i giorni d'oggi per disporre di mezzi più efficaci, esatti e inconfutabili per elaborare studi sull'ipnosi ed i suoi effetti sui soggetti. Anche le cosiddette **tecniche di "brain imaging"**, o neuroimmagini, ovvero quelle che consentono di visualizzare una parte delle attività cerebrali, contribuiscono a comprendere meglio il fenomeno. E soprattutto a dimostrare che dietro gli effetti dell'ipnosi c'è ben poca magia, ma piuttosto meccanismi biologici complessi e scientificamente "misurabili".

Sono stati pubblicati numerosi studi sull'argomento. Una lettura interessata ed attenta può aiutare a capire dove, come, quando e da chi l'ipnosi viene applicata come tecnica comunicativa per eccellenza nell'ambito della relazione tecnico sanitario- paziente.

Cito come esempi:

- L'attività del Laboratorio di Ipnosi operante presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Padova che ha come vocazione primaria dimostrare con metodi sperimentali che "La fenomenologia dell'ipnosi è reale e misurabile" a tale fine, il laboratorio concepisce ed applica modelli sperimentali ad hoc.
- Il "Centre Hospitalier Universitaire" di Liège, molto conosciuto nel settore per l'adozione dell'ipnosi come tecnica complementare in anestesia e rianimazione, vanta ad oggi più di 5100 interventi chirurgici su pazienti che hanno ricevuto l'ipnosi come strumento ausiliario, in associazione ad anestesia locale e leggera sedazione farmacologica.
- Mairie-Elisabeth Faymonville, che dirige il team di chirurghi belgi ha pubblicato diversi lavori sugli aspetti neurofisiologici degli stati di trance, in particolar modo di quelli correlati all'analgesia ipnotica, ed è nota anche grazie ai suoi studi circa gli effetti dell'ipnosi nella prognosi post-operatoria: tra i pazienti sottoposti ad interventi alla tiroide, rientravano al lavoro dopo una media di 15 quelli che avevano ricevuto ipnosedazione, mentre chi era stato sottoposto alle procedure standard di anestesia totale tornava alla propria attività in media 28 giorni dopo l'operazione. Oltre a confermarsi come metodo efficace dal punto di vista economico, i pazienti dicono che si tratta di "un'esperienza molto speciale" riporta la Faymonville, che prosegue: " adesso seguiamo con questa tecnica persone da tutto il mondo"

La situazione sta cambiando, ma lentamente, basta constatare la ritrosia con cui le tecniche ipnotiche vengono spesso accolte dalla medicina ufficiale, che o le ignora semplicemente o considera quelli che le praticano come "sciocchi venditori di fumo", (nelle migliori delle ipotesi).

Un tentativo di aprirsi al mondo utilizzando i media e tutta la sua amplificazione è la presentazione di certe notizie e documentari dove vengono presentati, al pubblico (indifferenziato) risultati di studi ed esempi di terapie conseguite attraverso l'uso dell'ipnosi.

Sono di questo, esempio:

Gli studi sull'ipnosi condotti dai ricercatori del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e dell'Università Hull in Gran Bretagna sono stati documentati dal canale televisivo inglese BBC2. Integrando un documentario sulle terapie- alternative.

Dati I.S.T.A.T. documentano un incremento della pratica delle terapie alternative e riferiscono che ad usufruirne sia una popolazione costituita prevalentemente da donne, di

cultura e status sociale medio-alto . L'ipnosi viene inclusa nel grande gruppo delle terapie-alternative ma in quanto per altre terapie come l'omeopatia o l'agopuntura ci sono dati concreti ; non vengono riferiti dati specifici sulla pratica dell'ipnosi .

4 -- CONCETTO D'IPNOSI

Il termine "ipnosi" fu introdotto da J. Braid nella metà del 1800 e fino ad oggi nessun altro termini fu così fortunato .

L'ipnosi è un fenomeno naturale, che tutti sperimentiamo inconsapevolmente più volte al giorno. Quando ci "perdiamo" durante una conversazione con una tazza di caffè tra le mani, quando l'ascolto di una canzone ci riporta all'improvviso ad un evento lontano nel tempo, quando, coinvolti da un film avvincente, solo alla fine dello spettacolo, un dolore alla schiena ci fa rendere conto che la poltrona era scomoda... in queste occasioni abbiamo sperimentato un inconsapevole, stato d'ipnosi. Si tratta di situazioni in cui la nostra mente si è fissata su un particolare aspetto, lasciando sullo sfondo gli altri; un po' come quando guardiamo intensamente una persona e non "vediamo" gli oggetti che le sono attorno. Erickson ha chiamato questi fenomeni "la comune trance quotidiana", secondo le sue spiegazioni, ciascuno di noi andrebbe spontaneamente in trance durante il giorno diverse volte per alcuni minuti, con il medesimo ritmo con cui durante la notte si alterna il sonno REM con quello NON-REM. Si tratterebbe di momenti in cui l'organismo si "riposa" e recupera le energie .

Esistono anche forme d'ipnosi eccezionali, come le danze tribali primitive o i balli sfrenati nelle discoteche, capaci di introdurre stati ipnoidi, persino l'innamoramento sarebbe assimilabile in qualche modo all'ipnosi, trattandosi di una condizione per cui all'improvviso una persona diventa il centro di tutti i pensieri, di tutte le emozioni, sicché il resto della vita, anche ciò che era parso importantissimo, scolorisce.

Franco Granone definì l'ipnosi "la 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." La possibilità, quindi, di indurre volontariamente l'ipnosi ad un'altra persona.

Diverse sono ancora oggi le teorie e le interpretazioni del fenomeno che si confrontano.

In termini neurofisiologici—condizionamento, apprendimento, inibizione ed eccitazione corticale.

In termini psicologici—rapporto interpersonale suggestione ,gioco di ruoli, regressione e transfert.

Alcuni negano la sua esistenza in quanto per spiegare i fenomeni osservati non è necessario ricorrere al concetto di ipnosi.

Possiamo trovare diverse definizioni d' ipnosi :

"L'ipnosi non è altro che la manifestazione plastica dell'immagine creativa adeguatamente orientata."

C.I.I.C.S.

"Ipnosi è il modo in cui due persone reagiscono tra di loro."

Erickson

"L'ipnosi è un stato temporaneo dell'attenzione modificata nell' individuo, stato che può essere prodotto da un' altra persona e nel quale possono insorgere diversi fenomeni di forma spontanea o in risposta ad stimoli verbali o di altro genere. Questi fenomeni ,inglobano alterazioni della coscienza e della memoria, un aumento della suscettibilità alla suggestione e l'insorgere nell' individuo ,di risposte ed idee che non gli sono

familiari nello stato di spirito normale. Per altro , fenomeni come l'anestesia , la paralise , la rigidità muscolare e modifiche vaso-motore possono essere prodotte o sopresse nello stato ipnotico.”

Chertok- Payot

“La comunicazione ipnotica è una comunicazione con l'inconscio.”

Megglé-Erickson

Per il C.I.I.C.S. sono valide le seguenti definizioni :

IPNOSI—fatto biologico - dinamismo psicosomatico e partecipazione mente-corpo esprimente il potere dell' immagine mentale.

STATO IPNOTICO—condizione particolare di accoglienza dell'informazione proposta e focalizzazione adeguata dell'attenzione su un'unica idea (monoideismo).

INDUZIONE—relazione medico - paziente orientata all'accordo sul obiettivo e alla focalizzazione dell'attenzione attivatrice dell'ideoplasia

IPNOTISMO—gestione finalizzata dell'energia trasformatrice attivata mediante accoglienza dell' obiettivo e focalizzazione dell'attenzione monoideismo plastico.

TERAPIA—proposta di nuova visione del problema ,liberazione dai condizionamenti , rielaborazione dei significati patogeni.

PROFONDITA' -IPNOSI—suggestionalità d'organo e apprendimento.

Possiamo riassumere che l'ipnosi è un particolare stato di coscienza fisiologico con utilizzo consapevole delle potenzialità dell'individuo, realizzazione del monoideismo plastico, attraverso il rapporto operatore/soggetto. (Quando esso avviene senza l'intervento dell' operatore se può parlare di autoipnosi).

Visto l'unicità dei componenti di questo rapporto, l'esperienza ipnotica è sempre diversa in quanto direttamente influenzabile dai loro atteggiamenti.

Solitamente viene associata all'ipnosi l'idea di rilassamento in contrasto con quella di movimento;esperienze nel campo dimostrano la possibilità dell' ipnosi vigile – in movimento.(es. quando l'individuo trai dal suo monoideismo plastico ,il massimo di concentrazione per compiere atti in movimento ,allenamenti,gare,attività sportiva ecc.)

La grande potenza della comunicazione ipnotica risiede nella capacità dell' operatore di utilizzarla consapevolmente in modo efficace e finalizzato all' obiettivo proprio e del paziente, nel rispetto della persona e della sua volontà.

5 -- INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI DELL' IPNOSI

L'ipnosi trova il suo spazio in quasi tutte le specialità mediche, durante la prima e seconda guerra mondiale, come anestetico , analgesico e come terapia nelle nevrosi traumatiche. Lo sviluppo della farmacologia chimica provocò una riduzione delle applicazioni nel campo anestesilogico ed antalgico, avendo trovato tuttavia indicazione nei casi ove si pretendeva una riduzione delle dosi dei farmaci o nel controllo delle manifestazioni di tensioni, stress o ansia collegate alla chirurgia.

Le liste elaborate dai diversi autori su i campi d'applicazione dell'ipnosi sono molto numerose; tra le più complete troviamo quella di G. Guotta in "IPNOSI", altri si limitano a riferire che non ha controindicazioni .

5.1 -- INDICAZIONI

SPERIMENTAZIONI IN LABORATORIO—Ricerche in campo biologico e Neurofisiologico.

TERAPIE ADATTATIVE—Per modifiche di tipo biologico e psichico quali:

Controllo di :dolore (sedazione , analgesia)
dolore cronico (sedazione ,analgesia)
contrazioni , sanguinamento.

Rilassamento : sollievo nei stadi d'ansia , apprensione

Riequilibrio emostatico

Accelerazione di processi : cicatrizzazione , convalescenza.

Attivazione di risorse e difese fisiologiche.

Lente di ingrandimento di fenomeni interni e esterni in odontoiatria, chirurgia, medicina, ostetricia ,sport, ecc.

AUTOTERAPIE—Con o senza suggerimento post ipnotico; per rimettere nelle mani del soggetto la gestione / responsabilità del suo benessere .

SPICOSSOMATICA

SPICOTERAPIE BREVI

NEL CONTROLLO DEGLI STATI: Fobici, depressivi, ansioso terapia delle dipendenze, ecc.

5.2 -- CONTROINDICAZIONI

L'ipnosi non deve essere usata:

- nella semplice rimozione dei sintomi, quando si ignora la loro causa.
- in ogni situazione ove lo stato emozionale del paziente non sia stato determinato.
- senza un obbiettivo definito, appena per soddisfare l'ego del soggetto o dell'operatore.
- per eliminare determinate sensazioni come ad esempio la fatica, che può portare il soggetto ad andare oltre le sue capacità fisiche.
- in casi di ipotonia.
- obiezioni religiose.
- mancanza di recettività da parte del soggetto; una pronunciata tendenza a resistere.
- in persone che affetti da:
 - ipocondria
 - schizofrenia
 - epilessia
 - spicose endogene
 - senilità.
- In casi di persone che siano stati rapiti da gli alieni.???????

6 -- CHI PUÒ ESSERE IPNOTIZZATO / CHI PUO IPNOTIZZARE

6.1 – CHI PUO ESSERE IPNOTIZZATO

I risultati sui diversi studi sui “livelli di ipnotizzazione raggiunta dai diversi soggetti” (spaziando dall’America all’Europa) sono praticamente sovrapponibili. Sono concordanti nel definire non ipnotizzabile il 10% dei soggetti (che entrano facilmente in trance ed i restanti 80% vengono suddivisi in gruppi onde la predisposizione ad essere ipnotizzati si relaziona direttamente con manifestazioni di raggiungimento dei fenomeni tali : catalessi, amnesia, anestesia, analgesia, regressione di età, allucinazioni, illusioni, suggerimenti post-ipnotici, ecc.da parte dei soggetti.

Questi studi sono stati elaborati con soggetti, volontari, giovani adulti, nella sua maggioranza studenti di medicina o psicologia, coscienti degli obiettivi richiesti . Se trasferiamo alla popolazione in generale questi dati possiamo dire che l’ipnosi può essere indotta nella maggior parte della popolazione e che gli individui assolutamente refrattari sono assai rari.

Sono necessarie capacità di concentrazione, memoria ed attenzione per l’uso dell’ipnosi per questo la sua efficacia è limitata in soggetti con determinati gradi di oligofrenia.

Relativamente all’età dei soggetti; diversi studi dimostrano che i bambini sono più suscettibili allo stato ipnotico, in certi casi si può arrivare al 100%. Sono meno suscettibili allo stato ipnotico: i soggetti nell’età adolescenziale tra i 14 e i 20 e quelli di età superiore ai 56 anni. Più suscettibili all’ipnosi sono gli adulti, i giovani e le persone di mezza età più o meno fino ai 55 anni.

Si calcola che in media solo il 7-10% dei soggetti siano resistenti all’ipnosi.

Circa il 42-50% dei pazienti è in grado di essere indotti e di auto-indursi in un leggero stato ipnotico, può realizzare sensazioni di caldo o di freddo ad esempio ad una mano, sensazione di pesantezza o leggerezza, catalessi, inibizione del movimento. Rimane cosciente e non presenta amnesia. Già una trance così leggera ha dato ottimi risultati con cefalee, coliti, ansia, attacchi di panico, buon controllo del dolore.

Un livello più profondo può permettere amnesia suggerita o spontanea, ipnosi vigile e sonnambulismo (il paziente si muove compie azioni, parla, sembra “sveglio” e risponde alle suggestioni dell’ipnotista) nel 8-10% dei pazienti. Questo livello garantisce un ottimo controllo dell’ansia e del dolore.

Un livello ancora più profondo di trance ipnotica permette amnesia, modificazioni della memoria, accettazione di comandi post-ipnotici, ottimo controllo del dolore, sonnambulismo, modificazione di percezione corporea e della realtà nel 10-15% dei pazienti.

Il 10-15% dei pazienti è in grado di raggiungere ideoplasia con analgesia, allucinazione, amnesia, persistenza dei comandi al risveglio (suggestioni post ipnotiche) tali da essere sottoposti ad interventi chirurgici extraperitoneali e parto senza l’utilizzo di anestesia totale.

Nonostante l’ipnosi sia uno stato naturale e molte volte involontario e inconsapevole, in questo caso ci riferiamo all’induzione di uno stato ipnotico - da parte di un operatore.

Se il soggetto non desidera essere ipnotizzato “ non potrà esserlo”. Diversi fattori possono contribuire come:

- motivazione del soggetto;
- accettare o credere nel fenomeno;
- la fiducia nell’operatore;

- anche la capacità dell'operatore per creare il giusto rapporto con il soggetto.

A non essere che si utilizzino delle tecniche considerate violente (contro la volontà del soggetto) ne sono esempi:

- come il raggio , plagio,
- la compressione dei globi oculari,
- la compressione dei seni carotidei,
- ipnorapina,

che sicuramente non fanno parte dei nostri obiettivi.

6.2 -- CHI PUO' IPNOTIZZARE

Nell'immaginario comune si pensa all'ipnotista come una persona dalla personalità "magnetica", forte e magari dallo sguardo penetrante. In realtà chiunque può ipnotizzare qualcun altro nel senso comune che abbiamo visto. Per utilizzare l'ipnosi in chiave terapeutica è necessario essere medici o psicologi, ed essere inoltre in possesso dell'abilitazione alla psicoterapia. E' fondamentale avere appreso l'ipnosi da un Maestro esperto ed averla innanzi tutto sperimentata su di sé. Questo è un campo dove i libri sono indispensabili, ma non sufficienti. Non è necessaria una personalità particolare, meno che mai autoritaria, per esercitare l'ipnosi. E' importante piuttosto credere nella validità della tecnica e conoscerla bene. Altrettanto importante è stabilire una buona relazione con il paziente: per poterlo fare, è indispensabile aver prima ottenuto la sua fiducia e collaborazione, avere avuto in qualche modo il "diritto" accordato dal paziente stesso, di lavorare con lui. Il terapeuta esperto può utilizzare l'ipnosi per aiutare le persone nel loro percorso terapeutico. In linea di massima l'ipnosi dovrebbe essere considerata un ausilio, uno strumento in più, a disposizione del terapeuta.

Nel campo della odontoiatria l'ipnosi ha avuto un importante slancio e sono molti gli odontoiatri che l'applicano riscontrando dei vantaggi considerevoli.

Resta comunque irrinunciabile la regola di natura etica secondo la quale non si dovrebbe procedere all'ipnosi senza il consenso informato da parte del paziente.

Se ci allontaniamo dall'uso dell'ipnosi in psicoterapia ed odontoiatria troviamo tutto un mondo di ipnologi che difendono il concetto che: per usare l'ipnosi non è necessario essere un medico, odontoiatrica o psicologo, nemmeno qualcuno vincolato alle professioni sanitarie (infermiere, fisioterapisti, tecnici di radiologia ecc...). Loro aprono le porte dell'ipnosi a tutti quelli che vogliono intraprendere un "percorso di miglioramento personale e/o professionale" (manager, commercianti, coach, insegnanti, ecc...).

Cominciano a crescere ed a confrontarsi diverse teorie su chi e perché dovrebbe potere applicare l'ipnosi. I più enfatizzati sono i praticanti della chiamata " ipnosi sostitutiva" da loro considerata più veloce ed efficace di altre tecniche ipnotiche più tradizionali come quelle che agiscono attraverso il rilassamento o quelle indirette per esempio attraverso la metafora.

Per gli " ipnotisti sostitutivi" –basta sostituire i sintomi, metodo considerato pericoloso per la maggioranza degli ipnotisti (anche una delle controindicazioni dell'ipnosi). Però se vogliamo avere un approccio più serio nei confronti di chi "può" usare l'ipnosi nel suo campo professionale a vantaggio delle persone e su cui lavora dobbiamo ammettere che sicuramente si evidenziano le professioni legate alla sanità, con la consapevolezza del potere dell'ipnosi e dei limiti dell'operatore "che s'impegna nell'arte della geniosi, perché proprio di arte che si tratta" (Tirone).

7 -- TECNICHE DI IPNOSI

Nell'ipnosi l'operatore assume stili relazionali propri in funzione del soggetto, e in virtù della strategia da definire avvalendosi di diverse tecniche. "L'obiettivo delle tecniche usate in ipnosi è quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata.

Va detto che le tecniche utilizzate oggi non sono che continue rielaborazioni, aggiustamenti ed adottamenti alla personalità dei singoli operatori, delle tecniche passate.

Per Granone: " la difficoltà di costruzione di scale in quanto la realizzazione di comportamenti particolari da parte del soggetto non è da ricondurre alla "profondità della trance", ma alla specifica costituzione organica e viscerale" del soggetto".

Molto si discute ancora sul concetto di: trance, induzione e stati di "profondità dell'ipnosi", correlati alla realizzazione dei comportamenti possibili. La consapevolezza dell'inutilità del concetto apre nuovi orizzonti all'ipnosi – libera della necessità di cercare stati di maggiore profondità (Tirone).

Esiste tutto un quadro delle varie tecniche apprese nel corso della formazione specifica alle quali si aggiungono altre, frutto dell'immaginazione dell'operatore. A questo insieme di tecniche Meggle ha chiamato "triccò", termine che rappresenta il minuzioso lavoro dell'operatore, come la sua serietà, concentrazione e rispetto totale per la persona.

Insieme, operatore e soggetto, costruiscono la strada che li condurrà alla soluzione del problema del soggetto, al miglioramento del suo stato psico-fisico.

Possiamo dire che tutte le tecniche hanno lo stesso obiettivo e lo stesso valore perché mirano a portare il soggetto ad abbandonare momentaneamente il dominio della sua mente cosciente e razionale, per quello della sua mente inconscia e più emotiva.

"Tra operatore e soggetto si crea una relazione particolarmente intensa che porta quest'ultimo a concentrare la propria attenzione su una parte della realtà trascurandone il resto e facendo sua l'idea dell'altro".

7.1 – TECNICHE DIRETTE / TECNICHE INDIRETTE

Vi sono metodi diretti e indiretti per l'induzione ipnotica.

L'induzione ipnotica diretta.

L'operatore usa la propria autorità e prestigio con suggestioni esplicite, rivolgendosi alla persona direttamente e da delle istruzioni precise "fai questo".

Tra i metodi diretti, i più utilizzati consistono nel parlare a lungo al paziente, con voce bassa e monotona, suggerendogli sensazioni fisiche di pesantezza e di rilassamento.

Può essere utile il conteggio all'indietro (ad esempio da venti a uno), suggerendogli che ad ogni numero sentirà il suo rilassamento diventare sempre più profondo.

Induzione ipnotica indiretta.

L'influenza dell'operatore è più affidata a mere comunicazioni o strategie che si adattano volta per volta alla situazione. La più caratteristica è l'aneddoto (fiabe, leggende, parabole...metafore).

Ha come scopi tra altri:

- ridurre resistenze;
- chiarisce un tema;
- suggerisce soluzioni;
- guidare all'autori

- ristrutturare e ridefinire un problema.
- Modelli ipnotici di comunicazione indiretta

Milton Erickson era un maestro della comunicazione indiretta: quella che segue è una veloce modellizzazione di alcuni dei modelli da lui usati più frequentemente.

Comunicazione Indiretta

Opera in tale maniera "mi domando se tu non possa fare questo?"

Comandi incastrati (nascosti)

Sono messi nel mezzo della conversazione così da sfuggire al controllo immediato

"E voglio che tu mi dica solo le cose che MI VUOI DIRE. Mi puoi parlare LIBERAMENTE come preferisci.

Truismi legati alle sensazioni

La maggior parte delle persone può sperimentare una mano come più leggera dell'altra
La maggior parte delle persone ama la RINFRESCANTE FRESCHEZZA di una brezza leggera

Truismi legati al tempo PRESTO O TARDI, i tuoi occhi si chiuderanno

Es. Il tuo mal di testa può ORA andarsene così velocemente QUANTO il tuo sistema è pronto a permetterglielo

Non sapere, non fare

"Non hai bisogno né di muoverti, né di parlare, né di fare alcuno sforzo"

"Non hai bisogno di aspettare né di anticipare, né ti dovrai preoccupare....."

Fraasi aperte

Noi tutti abbiamo dei potenziali dei quali non siamo consci, e normalmente non sappiamo come saranno espressi.

In ogni momento potrai andare in trance e sarà la tua mente inconscia a deciderlo, il fatto è che non ti è dato di saper quando.

Coprire tutte le possibilità di risposta

Ora tu non sai quale delle tue dita della mano sinistra si muoverà per primo, potrebbe essere il tuo dito indice, alle volte è il medio a muoversi per primo, può essere però che per te sia il tuo dito mignolo a muoversi per primo, capita certe volte che sia il dito anulare a muoversi per primo, nulla toglie però che a muoversi per primo sia il tuo pollice.

Domande che facilitano nuove possibilità di risposta

Mentre continui ad osservare quel punto, le tue palpebre non cominciano mica a sbattere.

Orientamento al positivo

Campo affermativo

Associazione

"Con ogni respiro diventi più cosciente dei ritmi naturali del tuo corpo e delle sensazioni di comfort che si sviluppano"

"E la mia voce ti accompagnerà e sarà la voce delle tue persone care..... e mentre ti parlerò e tu udirai la mia voce potrai entrare in una profonda trance."

Opposti

Mentre una mano si solleva l'altra può premere verso il basso.

Mentre la tua mente conscia si domanda quale sarà il momento migliore per andare in trance, la tua mente inconscia sa già cosa fare!

Negativo - Tag Questions (domanda di luogo comune)

Puoi provare, non è vero?

Sei disposto ad andar in trance non è vero?

Negativo - Fino a quando

Non devi scendere in una trance finché non sei pronto.

Non scendere in una trance profonda fino a che non sentirai che è arrivato il momento

Shock - Sorpresa - Inatteso

La tua vita sessuale (pausa) solo quello che tua hai bisogno di sapere e capire da questo. (pausa) Segretamente quello che vuoi (pausa) è più importante per te.

Implicazione e direttiva implicita

Se tu ti siedi entrerai in trance.

Se acconsenti che il tuo inconscio si attivi entrerai in trance.

Doppi legami

Vuoi entrare in trance adesso o più tardi?

Vuoi entrare in trance prima o dopo il tuo collega?

Comunicazione Multi-Livello

Es. metafora

La metafora definita da diversi autori

- unisce cose diverse e/o lontane scoprendone analogie nascoste;
- ridefinisce la realtà;
- amplia gli orizzonti;
- è come fotografare nello specchio;
- è un percorso accelerato del pensiero.

Per ben comprendere l'Ipnosi bisogna capire che non si tratta di uno stato, bensì di un processo in divenire: in tale processo il soggetto è guidato a cambiare ed a scoprire nuove maniere di vedere il mondo.

8 -- COMUNICAZIONE

“Ogni forma di comunicazione umana è un stato di trance”
Erickson

Perché ci possa essere COMUNICAZIONE è imprescindibile che un messaggio sia trasmesso da un emittente ed accolto da un ricevente che a sua volta le invia una risposta, instaurando così un sistema di feedback. Quando questo processo non è completo, possiamo intenderlo come un “passaggio di informazioni o notizie” come accade di solito con i media (radio, televisione, giornali, ecc.), e non una “Comunicazione interpersonale” che riguarda questo contesto.

In una comunicazione ciascuna persona coinvolta partecipa “attivamente”, ne è parte integrante, percepisce se stesso, la situazione e le altre persone coinvolte.

Va considerato che qualunque atto comunicativo influenza e condiziona l’ambiente cui diretto e anche se tale effetto non è talvolta immediatamente percepibile, ciò non esclude che l’operatore sia riuscito in qualche modo a produrre, anche se al limite involontariamente, una variazione psico-dinamica e comportamentale nel destinatario del messaggio. Anche il silenzio è comunicazione; può significare che non si desidera comunicare o essere pieno di altri messaggi... dipende dal contesto. Però affinché la comunicazione sia efficace e possa risultare in uno scambio di opinioni, pensieri o sentimenti è necessario i componenti di questa relazione si considerino ugualmente “DEGNI”, meritevoli di scambiarsi o meglio darsi “qualcosa”. Considerare l’altro degno o non-degno ha delle implicazioni nell’impegno, nel trasporto affettivo che si pone nella comunicazione. La comunicazione può anche fallire quando un soggetto, che vuole comunicare, non riesce a trasmettere il messaggio all’interlocutore, per emissione inefficace, per ricezione inefficace, o per scollegamento fra i due soggetti.

Ipotizziamo la seguente situazione:

Durante una riunione tra diverse persone, una di loro espone una idea al gruppo; questo messaggio nello stesso momento viene percepito diversamente da ognuno dei destinatari, accolto da qualcuno (indipendentemente dal suo giudizio di valore in merito), completamente travisato o semplicemente ignorato da qualcun altro. Però se un altro elemento del gruppo, dopo qualche istante propone lo stesso contenuto del messaggio (usando anche le stesse parole) è possibile che le reazioni dei destinatari siano diverse.

Se io considero il destinatario del mio messaggio “non-degno” è praticamente impossibile che riesca a stabilire con lui un processo comunicativo efficace. (probabilmente non le parlerò a fatto, o lo farò in modo indecifrabile per lui, ecc., limitandomi a diffondere una informazione)

Se io considero l’emittente del messaggio “non-degno” avrò ugualmente un processo comunicativo non efficace, in quanto non gli accordo il permesso di farlo. (probabilmente non lo ascolterò, partendo dal principio che qualsiasi cosa abbia da dire sia inesatta).

8.1-- COMUNICAZIONE VERBALE / COMUNICAZIONE NON VERBALE

Un altro aspetto della comunicazione è l'interpretazione che ogni individuo fa della stessa esperienza ,nello stesso momento, realizzando una sua lettura personale che nella maggior parte delle situazioni non coincide con quella del altro.Questa interpretazione dei fatti è influenzata non solo dalle parole dette (contenuto)-comunicazione verbale-,ma anche dal non detto(insieme di espressioni,mimica,inflessioni verbali, atteggiamenti fisici,più o meno concordi con le parole espresse)-comunicazione non verbale-. Quando interpretiamo un messaggio facciamo una lettura di tutto l'insieme ;le attribuiamo un significato che una volta decodificato e catalogato costituisce la verità, o meglio una verità...la nostra .

Se teniamo conto che solo il 45% della comunicazione umana si realizza attraverso la comunicazione verbale e il restante 65% si attribuisce alla comunicazione non verbale capiamo l'importanza di quest'ultima nella gestione del processo comunicativo.

Qualcuno definì il 6° senso come “niente altro che la particolare sensibilità che certe persone possiedono per captare l'incongruenze fra messaggi verbali e non verbali.”(Mastronardi)

Non è trascurabile l'importanza che riveste per ognuno di noi ,il parere degli altri nei nostri confronti poiché l'immagine che abbiamo di noi stessi riflette anche il modo in cui ci vedono.Il desiderio di dare una buona impressione ,può potarci ad adattare il nostro aspetto fisico,esibire modi più consoli all'immagine che vogliamo trasmettere di noi stessi,possiamo imparare a controllare la nostra comunicazione verbale. Per quello che riguarda il controllo della nostra comunicazione non verbale l'impegno sarà notevole perché alla prima disattenzione rischiamo di tradirci risultando incoerenti e il nostro vero modo di essere verrà allo scoperto.

I messaggi non verbali possono invalidare completamente il messaggio contenuto dalle parole.

Due persone che comunicano tra loro possono anche non essere consapevoli che le percezioni che ognuna ha di sé e dell'altro non coincidono. Anche in questo tipo di situazioni possono verificarsi dei conflitti.

Per facilità e convenzione possiamo individuare basicamente le principali caratteristiche dei due emisferi che compongono il nostro cervello.

L'emisfero destro è detto “emozionale” e segue una dimensione intuitiva e non verbale.

L'emisfero sinistro è detto “razionale” ed è caratterizzato dalla dimensione critica/logica e linguistica/verbale.

Studi recenti dimostrano quanto questa “attribuzione di compiti” sia semplicistica o almeno incompleta in quanto sempre più persone sopravvissute ad importanti danni cerebrali causati da traumi cranici o oltre patologia abbiano re-imparato funzioni teoricamente perdute per sempre (visto l'impossibilità di rigenerazione del tessuto nervoso). Su questo, diverse teorie propendono per una re-definizione delle cellule cerebrali e la capacità di riscoprire certe nuove funzioni.

Poiché la maggior parte della comunicazione avviene su un piano non verbale, la possibilità di un maggiore coinvolgimento dell'emisfero destro favorisce l'accoglimento della comunicazione.

Le procedure comportamentali linguistiche per un diretto accesso all'emisfero destro sono molteplici. Le principali sono:

- Il linguaggio figurato
- Le rime
- Le metafore
- I giochi di parole, le battute
- L'affettivizzazione e la spontaneità del rapporto.

Sono aspetti fondamentali nella comunicazione non verbale: il carisma (comunicazione emozionale, la mimica, la prossemica (gestione degli spazi), la cinesica (gestione della gestualità), la paralinguistica e la prosodia (musicalità del parlato). Questi elementi della comunicazione attivano l'emisfero destro, in altre parole quello emozionale.

Le caratteristiche comunicative di cui sopra sono regolate dai seguenti fattori che si influiscono a vicenda.

1. L'affettività come partecipazione emotiva.
2. I processi ideativi, carichi di competenza emozionale.
3. La volontà, indirizzata alla regolazione dell'espressione emozionale.

Quando incontriamo una persona automaticamente la collochiamo sotto i riflettori ed osserviamo come si presenta, come si muove, le espressioni del suo volto ecc... Durante la conversazione inseriamo e registriamo una serie d'informazioni non verbali ad iniziare dalla stretta di mano, (anche tutte queste informazioni fanno parte della comunicazione non verbale).

Scala di comunicazione non verbale

1. Presentazione

- aspetto
- andatura e abbigliamento
- comportamento spaziale
- postura
- contatto fisico

2. Segni logici (coscienti, intenzionali)

- emblemi (ad es. il segno "OK!" degli americani)
- gesti illustratori (ad es. aveva pescato un pesce grosso così)
- gesti regolatori (regolano e influenzano il flusso della conversazione)

3. Segni alogici (innati, istintivi, metacomunicativi)

- Il viso e le manifestazioni dell'emozione
 - auto – adattatori
 - alter – adattatori
 - oggetto – adattatori

4. Segni vocali non verbali

- Segni prosodici (connessi al discorso)
 - ritmo (pause)
 - tono
 - sonorità e timbro
- segni paralinguistici (indipendenti dal discorso)
- rumori emozionali (ad es. sorriso, pianto, sospiri, mugolii, canticchiare a bocca chiusa, tossire emozionale).

Fonte: Mastronardi (2005p. 160); Crystal (1969); Argyle (1982); Laver, Treudgill (1979).

Nell'ambito di una comunicazione efficace valutiamo quali sono le chiavi di lettura inerenti la comunicazione verbale e non verbale dell'interlocutore, con cui decodificare il suo set esperienziale nonché le sue modalità di rappresentazione e di soggettiva elaborazione degli stimoli sensoriali esterni, che consentono di "incidere" e "fare accettare" agevolmente eventuali prescrizioni e suggerimenti, nonché valide interazioni, nell'ambito di tutti i rapporti interumani in genere.

Ogni persona ha il suo modo di percepire la realtà che la circonda utilizzando prevalentemente un canale comunicativo. Si distinguono tre diversi canali:

- Canale visivo (vedere, osservare, brillante)
- Canale uditivo (udire, fischiare)
- Canale cenestesico (tenere, sensibile, sentire).

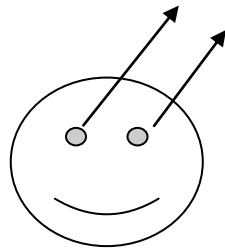
E' importante per l'operatore riconoscere il canale comunicativo prevalente del soggetto.

Qualche volta può essere difficile in quanto ci viene naturale tendere ad usare il nostro canale comunicativo nell'istaurare della comunicatività.

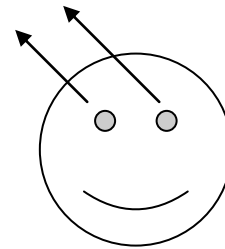
Verifiche importanti sulla comunicazione possono essere fatte osservando i "segnali d'accesso" come i movimenti oculari e tono muscolare, escursioni respiratorie, gestuali, l'atteggiamento, il tono di voce, oltre ai predicati verbali sensoriali.

Tutti questi strumenti sono utili all'operatore per individuare di volta in volta le migliori tecniche comunicative ed a verificare il modo in cui il soggetto elabora le informazioni ricevute. Grazie alla fuga d'informazioni non verbali che avviene inconsciamente, l'operatore allenato, attento e preparato, può ricavare dati importanti sulla personalità e le emozioni del soggetto .

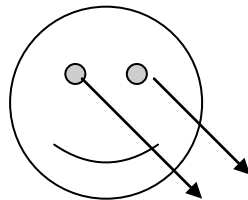
I segnali di accesso del messaggio (i movimenti oculari tipici degli individui non mancini)



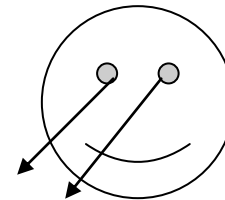
In alto a sinistra
Ricordi visivi del passato
 (visivo ricordato il soggetto rivede la scena)
 immagini rammemorante(emisfero destro)



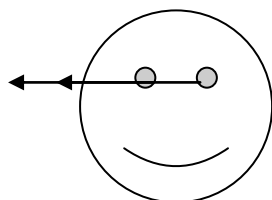
In alto a destra
Immagini nuove o future
 (visivo costruito il soggetto immagina visivamente)
 immagini costruite (emisfero sinistro)



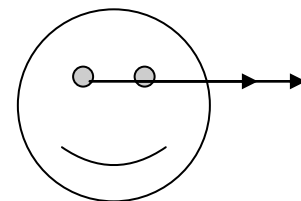
In basso a sinistra
Auditivo interno
 (il soggetto si sta dicendo qualcosa)
 dialogo interno (emisfero destro)



In basso a destra
Cenestesico
 Coscienza delle sensazioni corporee
 (emisfero sinistro)



Costruito
 (il soggetto mette in parole il suo pensiero)
 (emisfero sinistro)



Orizzontale
 processo auditivo

Ricordato
 (il soggetto riascolta parole e discorsi)
 (emisfero destro)

I “segni di accesso “ gestuali costituiscono indicatori di dialogo interno es.: appoggiare la testa più o meno pesante sulla mano e sul pugno lasciarsi il mento o toccarsi la zona intorno alla bocca (il naso) toccare con il dito coscientemente o incoscientemente il canale rappresentazionale utilizzato in quel momento. O ancora al canale rappresentazionale cenestesico es.: “appoggiare la mano sul petto in quanto dice “stravedo per lei ”.

Accesso gestuale auditivo: tamburellare con le dita , canticchiare, fischiare ecc.

- Alterazioni delle escursioni respiratorie
 - accesso all’attenzione visiva: respirazione alta e poco profonda (di petto);
 - accesso cenestetico: respirazione profonda e piena, bassa nella zona dello stomaco;
 - dialogo interno: respirazione uniforme, a pieno petto.
- Alterazioni di atteggiamenti e tono muscolare:
 - atteggiamento muscolare che diventa abituale nel tempo, tanto da costituire caratteristica somatica e statica stabilizzata nel suo aspetto. “Sheldon”
ectomorfo –corpo esile e teso – visivo
endomorfo – corpo pieno, spalle curve, rilassamento muscolare - cenestetico interno
mesomorfo – corpo atletico, muscoloso – cenestetico esterno
posizione a sassofono corpo piegato in avanti con la testa un po’ piegata – auditivo.
- I mutamenti di tono di voce e di cadenza secondo Diets.
 - Elaborazione visiva → improvvisi scoppi di parole in tono alto ritmo veloce del discorso.
 - Accesso cenestesico → ritmo lento, lunghe pause e tono basso , profondo.
 - Rappresentazionale auditivo → tono chiaro, né alto né basso, modo uniforme, a volte retorico, parole ben enunciate.

Relativamente al comportamento umano possiamo asserire che la dove nel discorso di un dialogo ci si presenta un atteggiamento somatico non verbale di difesa e quindi di “chiusura”, qualunque tentativo da parte dell’operatore di “far accettare” in modo consenziente la tesi proposta, non sortirà alcun effetto positivo. In questo caso, converrà sospendere l’argomento in esame, parlare d’altro, per riprenderlo soltanto successivamente, ove si constati una migliore disponibilità all’accettazione stessa.

9 -- CODICE DEONTOLOGICO DELL' INFERMIERE 2009

““ Il nuovo Codice deontologico fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito. Relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. I termini utilizzati per definire gli interventi assistenziali contengono le chiavi interpretative della natura dell'atto infermieristico che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della persona/assistito.

Specifici” sta per “propri”, ossia interni alla professione in quanto patrimonio di peculiari competenze ed esperienze infermieristiche. “Autonomi” sta per “di decisione propria” rispetto ad altre figure professionali. “Natura intellettuale, tecnico scientifica, gestionale, relazionale ed educativa” sta per saperi disciplinari che sostengono le diverse funzioni infermieristiche e per l'irrinunciabilità della relazione, dell'educazione e dell'informazione. Anche la responsabilità, collegata all'autonomia, è intesa come un principio guida dell'agire professionale. L'assunzione di responsabilità pone l'infermiere in una condizione di costante impegno: quando assiste, quando cura e si prende cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

La mission primaria dell'infermiere è il prendersi cura della persona che assiste in logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale. Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria soprattutto quando l'assistito vive momenti difficili, diviene “più fragile” e perciò ancora più bisognoso di aiuto e sostegno.

In quei momenti difficili, lo strumento principe per la composizione delle tensioni, delle incomprensioni e dei conflitti è l'ascolto, il confronto rispettoso e soprattutto il dialogo.

Così agendo l'infermiere tutelerà l'assistito, non lo lascerà mai solo e gli garantirà il diritto di manifestare la propria volontà.

Agirà, dunque, con “prudenza” per non “nuocere” e si richiamerà al principio dell'equità nelle scelte allocative per un uso ottimale delle risorse disponibili.

Perseguire la centralità dell'assistito nei processi di cura e assistenza significa, per l'infermiere, riconoscere la dignità in ogni fase della malattia. Significa impegnarsi per prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza; operare perché riceva i trattamenti necessari e assicurargli una vicinanza empatica in qualunque condizione clinica, fino al termine della vita, anche attraverso la palliazione e il conforto fisico, psicologico, relazionale, spirituale e ambientale.

L'infermiere tutela perciò la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita e contrasta qualsiasi forma di accanimento terapeutico o assistenziale, pur ribadendo, con fermezza, che non attuerà e non parteciperà a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene da lui stesso.

L'infermiere si impegna a sostenere i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto. Si impegna altresì a favorire l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi – intesa quale atto di solidarietà - e a sostenere le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

La sfera delle relazioni professionali e inter professionali comprende tutte le dinamiche insite nella quotidianità del lavoro tra colleghi e con gli operatori appartenenti ad altre professioni. In tale contesto l'approccio dell'infermiere è basato sulla collaborazione, sulla

valorizzazione del lavoro d'équipe e sulla tutela della dignità propria e dei colleghi. Assume perciò comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà anche facendosi carico di segnalare al proprio Collegio ogni abuso o comportamento, attuato da altri infermieri, che sia contrario alla deontologia professionale. Tutela il decoro personale e del proprio nome e salvaguarda il prestigio della professione - che esercita con onestà e lealtà - nei confronti dei colleghi e degli altri operatori. Pone altresì attenzione, rispettando le indicazioni dei Collegi provinciali, ai messaggi pubblicitari riferiti all'esercizio professionale.

Impegnarsi per processi assistenziali di elevata qualità significa anche schierarsi per una sanità efficace e attenta ai bisogni dei cittadini. Ciò riguarda la professione tutta e assume particolare importanza alla luce dell'evoluzione dell'infermieristica, in termini di cultura disciplinare, profilo professionale e progresso e innovazione assistenziale.

La complessità delle organizzazioni sanitarie, la molteplicità dei processi operativi e le numerose correlazioni tra risorse umane, carichi di lavoro, diritti e doveri contrattuali e diversificazione della domanda sanitaria e delle modalità di risposta possono produrre disfunzioni organizzative e disservizi organizzativo assistenziali.

Qualora questo avvenga, coerentemente con la propria mission, l'infermiere si impegna - nell'interesse primario degli assistiti - a compensare le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Ma altrettanto coerentemente con la propria mission, l'infermiere si rifiuta di compensare le carenze e i disservizi quando non vi sia eccezionalità ma consuetudine; quando vi sia una riproposizione di problemi e carenze già verificatisi, ricorrenti e costantemente irrisolti o quando venga sistematicamente pregiudicato il suo mandato professionale per - ad esempio - demansionamento, inappropriato utilizzo della sua competenza professionale, impossibilità a garantire adeguati standard assistenziali per sistematica inadeguatezza dell'organico.

Concludendo...

Il nuovo Codice deontologico si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità cui gli infermieri vogliono impegnarsi, nell'agire professionale, per gli assistiti e l'intera collettività. Le norme del Codice deontologico fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, che dello status, che delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale. Oggi l'infermiere italiano è a tutti gli effetti un professionista della salute a cui ogni cittadino può rivolgersi in un rapporto diretto, senza mediazioni e con la possibilità di cogliere la grande opportunità di ricevere un'assistenza infermieristica professionalizzata, pertinente e personalizzata. La relazione infermiere/assistito, rilevante e fondamentale per rispondere a esigenze di cura ed assistenza in costante e veloce evoluzione, si manifesta come una realtà significativa del sistema salute. Una realtà in grado di dare risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare, sistematicamente e nel tempo, capacità di presa in carico, risposta strutturata ai bisogni dei singoli e della collettività, continuità assistenziale. Anche attraverso le norme di questo loro nuovo Codice deontologico, gli infermieri italiani manifestano l'impegno per un "saper essere" ad alta valenza etica, per un "saper assistere" ad alta valenza professionale e per attuarli al meglio ovunque".

Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione nazionale Collegi IPASVI

(sono stati omessi alcuni paragrafi del testo originale)

Elenco solo cinque dei cinquantuno articoli che compongono il codice deontologico dell'infermiere. Ritengo siano, i più significativi in quanto forse lasciano un spiraglio alla possibile entrata della comunicazione ipnotica nella professione infermieristica

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

9.1 ---CODICI DEONTOLOGICI A CONFRONTO

Se osserviamo e diversi codici deontologici delle professioni sanitarie che potrebbero usare l'ipnosi come complemento terapeutico o mezzo per migliorare la compliance del paziente ,nei loro campi di azione (medici psicologi,odontoiatri,infermieri, ostetri tecnici di radiologia,fisioterapisti,ecc). ,constatiamo evidenti similitudini.

I principali punti comuni sono :

- il paziente al primo posto
- la qualità ad eccellenza dell' assistenza
- aggiornamento continuo
- rispetto dei diritti umani
- garanzia di equità nell'accesso alla qualità assistenziale
- rispetto dei codici etici e di condotta
- onestà ed integrità
- collaborazione e buon rapporto con i colleghi e gli altri professionisti
- corretta ed adeguata informazione al paziente
- consenso informato
- rispetto del segreto professionale
- in caso di conflitti etici –rispettare il paziente
- rispetto dei superiori ed accettazione dei limiti del ruolo e della sua figura professionale
- assicurazione professionale

Esistono delle differenze non trascurabili tra i codici che regolano la professione infermieristica nei diversi paesi della Comunità Europea e nei diversi continenti . Ogni infermiere è tenuto a rispettare il codice deontologico della sua professione in vigore nel paese dove si trova a svolgere la sua attività lavorativa.

10- RAPPORTO INFERMIERE / PAZIENTE

L'INFERMIERE

“Gente che cura la gente”

Wanda Horta

L'infermiere è una persona con il suo carattere ,la sua cultura,i suoi sogni ,timori,delusioni...tutto l'insieme de esperienze che hanno plasmato la sua personalità.,oltre alla sua formazione professionale che lo rende cosciente del ruolo che gli è stato attribuito e ha fatto suo.

Si trova quotidianamente (insieme ad altri operatori sanitari) a vivere problematiche quali :la scarsità dei mezzi,spazi ,personale, tempo sicurezza...,le difficoltà comunicative con la struttura ,colleghi,i famigliari dei pazienti, il paziente stesso , l'impotenza terapeutica, il dolore ,l'angoscia, la morte...potendo andare in contro a conflitti interni e frustrazioni sino ad arrivare all' ormai ben nota “sindrome di burn out “.Prima dello raggiungimento di una situazione critica e demotivante è imprescindibile trovare la forza e la volontà per adoperare dei cambiamenti.Iniziare da se stessi può essere un modo per recuperare in forma creativa,le energie necessarie e ove possibile riconvertire disagi e conflitti costituendo una premessa per un miglioramento della qualità assistenziale .

II PAZIENTE

“ Persona in situazione di fragilità fisica e/o psichica”

Anonimo

Bisogna considerare il paziente con un'attenzione rinnovata alla sua storia personale, alle vicende che hanno preceduto il suo presentarsi in ospedale e a quelle con cui dovrà confrontarsi una volta uscito. Le reazioni dell' individuo alla malattia sono chiaramente diverse a seconda delle caratteristiche di questa ultima (tipo ,gravità e durata); ma anche l' atteggiamento psicologico del individuo influisce sul decorso della malattia conducendo a comportamenti che possono migliorare oppure , al contrario, peggiorare la condizione patologica.Infatti non sono rari i casi in cui l'ansia, la depressione e l'angoscia si scatenano proprio durante l'iter terapeutico visto anche, a volte il protrarsi del tempo che le cure richiedono. Molti pazienti trovano difficile ricevere cure personali che impongono una revisione profonda dei sentimenti di intimità, pudore ,vergogna . Alcuni pazienti evitano di chiedere aiuto e trascurano i propri bisogni, perché hanno la sensazione di rappresentare un peso, si sentono in colpa perché la loro infermità sottrae energie ed opportunità ai loro cari, richiedendo sacrificio e dedizione.

RAPPORTO INFRMIERE/PAZIENTE

La comunicazione è parte della relazione infermiere/paziente ed è influenzata, oltre che dalle caratteristiche del paziente e del infermiere , dall' equilibrio tra il desiderio del infermiere di “aiutare” ed il corrispondente bisogno del paziente di essere “aiutato”.La qualità della comunicazione è essenziale perché l'infermiere possa funzionare da

ricettacolo dei problemi , delle ansie e de tutte le emozioni in generale del paziente,poiché facilita la consapevolezza e l'elaborazione di modalità difensive e costruttive.Oltre alla struttura della personalità,si devono considerare le caratteristiche proprie del paziente , adeguarsi a esse e trarne spunti e riflessioni per i successivi interventi.La paura di essere abbandonati ,lasciati a se stessi ,ingannati sono infatti i fantasmi che più frequentemente si agitano nella mente dei malati debellarli e annientarli,consente risposte più efficaci ai trattamenti e una migliore collaborazione da parte del paziente.

Sono concetti basi del rapporto infermiere/paziente:

FIDUCIA - la malattia mette in crisi la fiducia che ogni persona ha in se stessa e nelle proprie capacità di fare fronte alle difficoltà:ella ha perciò, ancor più che nei momenti di benessere,la necessità di potersi fidare degli altri . Un valido rapporto tra infermiere e paziente ,perciò, si basa prima di tutto sulla fiducia, che si identifica nella convinzione che l'operatore è capace di fornire aiuto ed assistenza in caso di necessità.Gli elementi che maggiormente concorrono a fondare la fiducia sono una buona comunicazione e in particolare ,la disponibilità al ascolto, unitamente alla coerenza nelle proprie azioni e tra le parole e le azioni.

EMPATIA – l'empatia è la capacità di percepire i sentimenti e le emozioni di un'altra persona; è necessaria per costruire un rapporto supportivo poiché , per prestare aiuto al paziente ,bisogna sapersi rendere conto non solo del suo stato fisico ma anche del suo vissuto psicologico ed emotivo e perciò delle sue difese e resistenze.Provare empatia non significa instaurare tra infermiere e paziente un rapporto d'amicizia e simpatia , bensì un rapporto equilibrato evitando sia l'eccessivo coinvolgimento emotivo che l'isolamento affettivo.

INTERESSAMENTO – significa l'accettazione incondizionata dell' altro come persona,anche nei sui aspetti più sgradevoli.Il paziente ha bisogno di sentire di essere per l'infermiere non un numero o uno dei tanti, ma una persona importante, degna di attenzione e di valore. Questo atteggiamento di accettazione di fondo si esprime ,più che con le parole con la comunicazione non verbale di vicinanza e legame. In particolare il contatto fisico con il corpo del malato , in genere doloroso, è un momento cruciale per evidenziare l'interessamento(calma, dolcezza, pazienza) oppure il distacco (fretta ,nervosismo, rudezza).

AUTONOMIA E RECIPROCITA – lo scopo del rapporto supportivo è l'autonomia del paziente,è il passaggio ,per quanto possibile , dalla condizione di malato dipendente a quello di persona autosufficiente.Per un normale meccanismo di difesa, il paziente tende a regredire, egli è ,allo stesso tempo, attore e vittima e tale atteggiamento che si ripercuote negativamente sul successo terapeutico. Poiché le persone sono diverse une dalle altre ,si deve quindi individuare , per ciascuno ,il livello terapeutico di autonomia e, coinvolgerlo, affinché possa dare un attivo contributo alla propria guarigione. La reciprocità invece è lo strumento che consente di realizzare l'autonomia;cioè, che ognuna delle componenti del rapporto (infermiere e paziente),contribuisca al raggiungimento dell'obiettivo:la guarigione o il miglioramento.

“Viene,per essere guarito...
Se non guarito, almeno curato....
Se non curato, almeno ascoltato....”

Ospedale San Giacomo—Roma

11-- LA RELAZIONE DI AIUTO INFERMIERE / PAZIENTE

Dedichiamo molto delle nostre energie a cercare di rispettare o fare rispettare e diritti del paziente e i diritti umani in genere, mettendo l'accento ,su l'eguaglianza,l'imparzialità...e tanti altri diritti che ci accomunano come esseri umani.Quello che va bene per tutti può non essere sufficiente per qualcuno che in quel momento si trova in una situazione di fragilità.In un rapporto infermiere/paziente , caratteristico, come la relazione di aiuto,oltre a tenere conto dei diritti comuni a tutti è fondamentale considerare quelli particolari,che sono specifici dell'individuo,e lo rendono unico.La relazione di aiuto si fonda sull'unicità;la soddisfazione delle necessità del paziente è l'input che motiva questo rapporto.

La relazione di aiuto psicologico, che utilizza la comunicazione ipnotica è una condizione di particolare impegno per l'operatore con il coinvolgimento del soggetto.Sono ancora condizioni essenziali : l'adeguato approccio al paziente ,durante l'accoglienza, una reale disponibilità per instaurare sentimenti di fiducia,empatia e interesse.

Teniamo però in considerazione che "Perché l'aiuto possa essere dato è necessario che venga richiesto".Non è possibile o meglio non si deve aiutare chi non vuole essere aiutato (potrebbe ocasionarsi altri danni per liberarsi del nostro aiuto).Dobbiamo renderci disponibili senza proporci con insistenza perché l'agente più importante nella relazione è proprio quello che si è e come ci si propone.

" Dobbiamo anche essere scelti."

Si sa che ,in diverse situazioni della nostra vita tra le tante persone con chi stabiliamo dei rapporti ci sono quelle che scegliamo e quelle altre che ci capitano...il rapporto infermiere/paziente di solito "capita".Per questo non deve essere necessariamente un rapporto difficile o negativo.

Partiamo dal principio che la relazione di aiuto sorge per una questione de necessità dalla parte del soggetto che quando trova la giusta accoglienza può evolvere positivamente

Sono importanti:

- l'atmosfera - tenere conto anche dell'ambiente fisico e del fattore tempo trasmettere:
 - calore - essere presenti senza essere invadenti
 - sicurezza,- protezione ,fiducia ,autenticità
 - volontà –nel raggiunger l'obbiettivo comune
 - chiarezza –definizione dei ruoli
 - serietà – impegno continuativo per raggiungere l'obbiettivo
 - serenità .- calma,tolleranza pazienza
 - libertà – di esprimersi
- e ancora:
- autenticità -la sua assenza deteriora la relazione
 - convinzione .- credere in quello che si fa
 - umiltà – senza deliri di onnipotenza .

Tutte questi principi sono parte integrante delle diverse teorie basiche della pratica infermieristica. Ci vengono insegnate, coltivate, nella speranza che producono e frutti della "assistenza eccellente",nostro dovere e diritto incontestabile del paziente.

Mettere in atto tutti i requisiti della comunicazione ipnotica in una relazione d'aiuto tra infermiere/paziente sembrerebbe quasi impossibile valutando i limiti di tempo e le circostanze in cui ci troviamo frequentemente durante lo svolgimento della nostra

professione. Ma...teniamo in considerazione che la maggior parte di queste caratteristiche devono essere proprie del operatore;fare parte del suo bagaglio formativo e del suo modo di essere. Forse non dovremmo trovare tanto difficile esse quello che ci siamo proposti di essere.Forse non è per caso che abbiamo scelto di essere infermieri...Uno dei punti chiave consiste in “essere veri” . Quanto tempo riusciremo a fingere ? E..a quale pro ? Nessuna relazione positiva può vivere nella menzogna. L’altro punto chiave è l’unicità della persona che prendiamo in carico. La durata di questo viaggio insieme non è determinante ,può essere corto qualche minuto o prolungarsi nel succedersi dei giorni con l’alternarsi dei turni...porche, l’obbiettivo sia raggiunto:”Fare stare meglio il nostro paziente, aiutarlo a superare le sue difficoltà e metterlo in condizioni più favorevoli di collaborare nel suo processo di cura e guarigione “.

12 -- COSA DIRE O FARE / COSA NON DIRE O NON FARE

Qualsiasi situazione di disagio ,anche quella più leggera ,provoca in ognuno di noi il bisogno primario di essere rassicurati

Leggere l' insicurezza nei gesti di un operatore o l'ansia nel suo volto,aggiunge altro stress al già precario equilibrio del paziente .Ricordiamoci dell' importanza e del peso del nostro ruolo e teniamo in considerazione l'aspettative del paziente..Per evitare caricare di connotazioni o immagini negative una situazione di se instabile,dobbiamo tenere conto della importanza delle parole (e non solo),anche nelle situazioni che ci appaiono banali.Dobbiamo essere positivi anche nell'articolazione delle frasi,o sia: “ NON DIRE NON “ in una frase che si vuole rassicurante perché perderà tutta la sua valenza positiva,a livello inconscio ,mettendo in evidenza esattamente quello che pretendevamo eliminare.

Esempio :” non DEVI AVERE PAURA “---“non SENTIRAI alcun DOLORE “

Dobbiamo essere costruttivi ,calmi, attenti a tutti i perché del paziente; spiegandogli la sua situazione (dentro del possibile),e i tempi tecnici delle diverse prassi operative di modo che senta che può sempre contare su di noi e non si senta abbandonato a se stesso.

12.1 ---IL DOLORE

“Il dolore è come un campanello d'allarme ;
una volta avvisati del pericolo,
non vediamo l'ora di spegnerlo.”

12.1.1 --Aspetti pratici nel controllo del dolore – tecniche distrattive.

- Non aspettatevi e non fate credere al paziente che la distrazione cancelli il dolore.
- Non dire che non c'è niente altro da fare, di non preoccuparsi o che tutto andrà bene.
- Non dire al paziente che deve imparare ad affrontare da solo il dolore. (Egli può imparare a farlo, ma ci vuole tempo).
- Non dite al paziente che è solo ansioso oppure che il suo dolore non è così forte come pensa.
- Ridete con il paziente, se il paziente comincia a ridere mentre prova ad applicare tecniche di distrazione.
- Assicurate il paziente che credete al dolore che dice di provare.
- Se il paziente è molto spaventato ed è difficile attirare la sua attenzione, cominciate chiedendogli di guardarvi negli occhi. Quindi dategli il vostro nome e chiedetegli di fare un respiro profondo, trattenerlo per un momento e poi respirare. Ditegli che volete suggerirgli una tecnica per distrarsi e aiutarlo a metterla in pratica.
- Ditegli che sapete che la distrazione non cancellerà il dolore ma che siete sicure che può renderlo più sopportabile.
- Ditegli che sapete che ciò che state per suggerirgli può sembrare sciocco e perfino irrispettoso nei riguardi del suo dolore ma che ciò può essergli utile.

Tecniche –distrattive nel bambino

- Ditegli che lo farete insieme a lui in modo che egli sappia che voi siete seri e non si senta troppo imbarazzato né sospettoso.
- Spiegate che non avete molto tempo per fare un piano, così pensate di dargli due idee fra cui scegliere e su cui dare suggerimenti, dite al paziente che potete aiutarlo a fare una delle seguenti cose:
 - 1) Descrivete ad alta voce tutti gli oggetti che vede in giro o su una rivista se ce n'è una disponibile.
 - 2) Cantare a bassa voce, bisbigliando o scandendo le parole, canzoni, con “Jingle Bells” oppure “Tanti auguri a te”. “Tanti auguri a te” può essere cantata più volte a chiunque egli pensi, compresi voi o lui stesso. Qualunque altra canzone da lui conosciuta va bene.

E' fondamentale identificare le naturali tendenze del bambino e le sue preferenze esplicite.

-Se sceglie di descriver egli oggetti presenti nella stanza o in una rivista, chiedetegli subito di guardare una foto o un oggetto e fategli domande abbastanza frequenti da non farlo smettere di parlare.

-Se sceglie una canzone, chiedetegli di guardarvi negli occhi e bisbigliate o scandite con la bocca le parole insieme a lui.

-Suggerite di battere il tempo con le mani, mantenendo un ritmo ben evidente.

-In tutti i casi, spiegategli che può parlare o cantare più velocemente quando il dolore è maggiore, rallentando quando diminuisce.

-Se possibile, cominciate la tecnica prima dell'inizio del dolore.

-Spiegate ai presenti cosa state facendo con il paziente e perché.

-Quando la tecnica di distrazione ed il dolore sono finiti, o anche durante il dolore, chiedete al paziente se tutto ciò gli è di aiuto.

-Indipendentemente dai risultati, pregate il paziente di sforzarsi di ascoltare le vostre idee.

13.-- L'IPNOSI NELLA PRATICA INFERMIERISTICA

Potremmo pensare di essere allenati ad osservare gli altri e che questo sia un fattore integrante del nostro lavoro, e forse un po' di verità troveremo in questo pensiero. Però osservare l'altro non è sufficiente. Imparare ad osservarci e ad essere coscienti di noi stessi, conoscere le nostre problematiche, le nostre caratteristiche di personalità, le nostre attese e paure, l'impatto che ha su di noi il rapporto con l'altro sono altri fattori da tenere conto.

Il rapporto ipnotico è (come già detto precedentemente) come una lente d'ingrandimento che ingigantisce le caratteristiche già presenti in altre situazioni terapeutiche, come, il potere e guida, l'autorevolezza, la sicurezza e fiducia in sé da parte dell'operatore e l'abbandono della critica, la fiducia assoluta, lo stato regressivo, le attese quasi magiche da parte del paziente.

L'equilibrio di questo rapporto ne determina l'efficacia e la predisposizione per altre induzioni future. Il paziente deve essere aiutato a rendere disponibili le risorse utili al cambiamento che permetteranno di guidarlo verso un'autonomia.

Quanto meglio conosciamo noi stessi e più ne siamo consapevoli, più facile è governare anche la personalità del soggetto; per adattare la propria tecnica ai suoi bisogni, intervenire nei momenti opportuni, o aspettare, approfittare delle resistenze e utilizzarle non forzando i momenti.

Bisogna stare attenti a non cadere nel "ridicolo", indebolendo così la propria sicurezza e autorevolezza. Occorre molta fiducia in se stessi e avere la risoluta volontà di indurre l'ipnosi affinché questo atteggiamento mentale passi al paziente. Dedicare particolare attenzione alla comunicazione sia essa verbale che non verbale.

Perché la suggestione raggiunga il paziente :

- l'infermiere deve usare parole semplici e chiare
- la voce può cambiare da suavisiva e lenta a più forte e decisa
- occorre suggerire una sola idea alla volta -perché si possa creare il fenomeno del monoidismo
- l' infermiere evita di dare suggestioni in negativo o in senso di comando
- l'infermiere deve tenere conto che il paziente porta nel rapporto le sue attese e risposte.

In caso d'atteggiamenti aggressivi e di sfida l'operatore deve essere in grado di gestirli, aggirandoli e risolvendoli con tecniche d'induzione passiva, più tosto che metodi di induzione autoritaria. L'uso della forza come mezzo inconsapevole per nascondere le nostre stesse paure e limiti, non è valido in un rapporto terapeutico di qualsiasi tipo, tanto meno in ipnosi.

Dobbiamo essere provvisti di flessibilità strategica e usare la cortesia, il rispetto, la capacità di ascolto e l'empatia. Non possiamo "confonderci" con il paziente, la troppa vicinanza (una esagerata empatia), non permetterebbe l'agire obiettivo e critico dalla nostra parte, allontanandoci dal raggiungimento del nostro obiettivo, così come lo comprometterebbe l'atteggiamento opposto (l'onnipotenza). Dobbiamo assicurare il paziente di che la sua personalità sarà sempre rispettata e nulla potrà essere fatto che sia veramente contrario alle sue abitudini e tendenze che in qualsiasi momento ci può comunicare un suo cambiamento di idee in merito. Con tutti e soggetti (e tanto più con e più diffidenti) il messaggio positivo è che niente potrà essere fatto senza il loro aiuto, così che abbiano anche l'impressione di fare tutto da soli.

È utile lodare il paziente e incoraggiarlo in ogni passo compiuto, perché questa è la spinta motivazionale più forte per ogni persona.

E passi e i concetti appena enunciati sono fondamentali e la flessibilità nella loro adattamento può essere determinante nella riuscita di una efficace comunicazione ipnotica.

In passato , in circostanze di assistenza infermieristica a pazienti affetti di tumori ,ebbi la possibilità di osservare ,quanto la presenza di una persona molto importante, per loro avesse come il potere di fare quasi passare il dolore . Appena terminata l' ora di visita...il dolore si riprendeva il suo primo piano.

Qualche anno dopo (1989- a Londra ,durante il primo congresso internazionale infermieristico su i pazienti grandi ustionati), assisti per la prima volta alla presentazione di studi elaborati sulla pratica dell'ipnosi per fini di analgesia e anestesia nei bambini e adolescenti vittime di ustioni.(in alcuni ospedali inglesi e americani) Ne rimasi affascinata ma ci sono voluti 20 anni per che l'ipnosi trovasse il suo posto nell' Unità di Grandi Ustionati del ospedale di Santa Maria a Lisbona(mio allora reparto).

Attualmente lavoro in un poliambulatorio. La mia realtà lavorativa è costituita da una serie di micro-realtà ,in quanto coesistono diverse specialità mediche e chirurgiche indipendenti,portandomi ad un confronto con situazioni molto dispare ,l'unica costante rimane il rapporto interpersonale.

Oltre ad un atteggiamento più consapevole nel modo di rapportarmi con le persone in genere , ho intrapreso a dedicare ancora più attenzione alla osservazione e interpretazione della comunicazione non verbale ;cambiando a volte il mio approccio e verificandone gli effetti su di loro .

L'uso di tecniche più immediate come il ricalco,associato a parole de fiducia,agevola l'approccio favorendo l'abbassamento della critica ,permettendo l'accettazione de idee più adatte alla creazione del monoideismo desiderato.Qualche volta l'uso della comunicazione ipnotica può essere confuso con : disponibilità,accoglienza ,empatia e quanto altro, può anche essere limitato a qualche minuto...quello che la contraddistingue è la consapevolezza de ogni gesto ,ogni parola e le loro conseguenze L'obbiettivo comune è quello di migliorare la compliance del paziente e ristabilire l'equilibrio alterato dalla situazione di fragilità.

Nei poliambulatori qualsiasi persona (indipendentemente dal sesso, età o patologia), può presentarsi per una visita prenotata. da quasi una anno o arrivare praticamente d'urgenza (classe 1 prestazione da erogare entro24 ore) . Sia una che l'altra situazione può comportare degli stati di ansia che inevitabilmente si ripercuotono sul comportamento del paziente(senza contare con la patologia.).

In genere dobbiamo allargare il nostro raggio di attenzione alle persone che accompagnano il paziente ,perché il loro comportamento può invalidare tutto l'impegno nel raggiungimento del nostro obbiettivo. E importante istaurare anche con loro un rapporto basato sulla fiducia,la chiarezza e l'affidamento (specialmente nel caso di genitori o di familiari dei pazienti in sala operatoria,pronto soccorso ecc.).

14 – ELABORAZIONE DELLA SCHEDE / TABELLA - PRATICA

Per una sintesi dei casi nei quali ho applicato delle tecniche di comunicazione ipnotica ho elaborato una scheda dove sono stati evidenziati ,oltre ai dati di identificazione del paziente (iniziali del nome e cognome,età, sesso) anche le diverse fasi del processo,nel seguente modo:

-IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA-

-OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE

-CONTRATTO – spiego al paziente come possiamo raggiungere l’obiettivo determinato ,come procedere lungo le diverse fasi,come fare per collaborare, lo rassicuro sulla sua autonomia le ricordo che è una sua capacità che guidata insieme a me può portare al cambiamento ,sempre che lo desideri.

-AMBIENTE –il silenzio o la musica di fondo ,la luce soffusa,la tranquillità del luogo l’isolamento da persone cose, rumori o odori nel nostro quotidiano è praticamente una utopia.Allora ?? Là dove non è possibile nella realtà cerchiamo di crearlo nella nostra immaginazione.

-METODO - l’uso di tecniche diretta,indiretta,(la metafora, il racconto) ricalco e guida (attraverso lo sguardo,il respiro, il movimento il contatto ecc,) le suggestioni post ipnotiche di benessere, l’ancoraggio per riuscire nell’autoipnosi,si scelgono o si succedono ,adattandole alle necessità e caratteristiche di quella relazione unica.(AUTOIPNOSI- spiego al paziente i vantaggi di potere imparare a raggiungere un stato di benessere e calma come quello percepito durante il rilassamento “qui e ora “, quando lui lo considererà utili o necessario. Chi pratica l’autoipnosi con costanza può ricavarne notevoli vantaggi come riduzione dello stress ,maggiore calma e tranquillità,capacità di affrontare meglio le situazioni difficili,ecc. .Ho avuto l’opportunità di insegnare l’autoipnosi come parte integrante del processo ipnotico con l’obiettivo di rendere il paziente autonomo per affrontare particolari situazioni di disagio come sottomettersi ad certi tipi di esami in radiologia) .

-REAZIONI DEL PAZIENTE –vengono segnalate le reazioni da me osservate; ;da quelle che riguardano la proposta d’aiuto a quelle che il paziente manifesta durante la comunicazione ipnotica.

-VERIFICA –è un momento fondamentale per capire se quello che stiamo facendo ha una valenza di comunicazione ipnotica o non passa di una gradevole chiacchierata.(quando dispongo di tempo e tranquillità,chiedo al paziente per esempio di immaginare -con gli occhi chiusi-,che ad uno dei suoi polsi ho legato dei palloncini pieni di elio e dall’altro lato pende un secchio pesante al quale aggiungo ancora dei sassi. Quando osservo delle manifestazioni concordanti con questo monoideismo ,le chiedo di aprire gli occhi e verificare personalmente quanto può essere forte la sua immaginazione.Durante tutto il tempo ho osservato altri segnali tali:deglutizione spontanea,rilassamento muscolare del volto ,alterazioni del respiro, polso ecc.

-ASPETTI OBIETTIVI –registro quello che posso osservare ,la durata in tempo.

-ASPETTI SUGGETTIVI -registro le impressioni riferite dal paziente.

Nella mia limitatissima esperienza della applicazione delle tecniche di comunicazione ipnotica ,ho notato l’importanza particolare dell’ambiente;inteso non solo come luogo ma anche come contorno umano.Se in questo contesto ci troviamo: il paziente ed io e posso gestire il rapporto come meglio credo,le possibilità che se verifichesse una situazione con esito positivo ,sono considerevolmente superiori a quando quello stesso spazio lo dobbiamo dividere con colleghi ,medici, e familiari .

SCHEDA PRATICA / TABELLA NR.1

NOME ETÀ SESSO	IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA	OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE	AMBIENTE	CONTRATTO
C.S. 52 F	<ul style="list-style-type: none"> - ansia - “pensiero fisso” - angoscia 	<ul style="list-style-type: none"> - abbassare il livello dell’ansia - ridurre “il pensiero fisso” a un piano più accettabile - dissolvere l’angoscia 	<ul style="list-style-type: none"> - luce soffusa - lettino (comodo in posizione semi seduta) - infermiera seduta perpendicolarment e al soggetto - solo infermiera e soggetto presente nella stanza - rumori vari 	<p>per raggiungere l’obiettivo è necessario che tu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - segua la mia voce; - ti concentri sulle parole e lasci che la tua mente facciale associazioni che più gradisce; - sei libera di interrompermi in qualsiasi momento, parlare e chiedermi quello che ti serve per stare bene - ogni volta che espiri ti sentirai più calma - sei perfettamente cosciente - è una tua capacità che ti aiuterò a sviluppare guidandoti, in modo da avere una sensazione di benessere

SCHEDA 1

METODO TECNICHE	REAZIONI DEL PAZIENTE	VERIFICA	ASPETTI OBIETTIVI	ASPETTI SUGGESTIVI
<p>diretta nella fase iniziale</p> <ul style="list-style-type: none"> - distenditi - mettiti comoda - chiudi gli occhi - rilassati - sentirai solo la mia voce - i rumori intorno a noi non ti disturberanno - ogni volta che espiri ti sentirai più calma - suggestioni post ipnotica di benessere 	<ul style="list-style-type: none"> - collaborante - fiduciosa - sicura (“ha già avuto altre esperienze di rilassamento”) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. catalessi delle palpebre negativa <ul style="list-style-type: none"> - “va tutto bene” - suggerimento di diverse immagini su altri punti del corpo 2. un dito più leggero degli altri <ul style="list-style-type: none"> - O.K. - deglutazione spontanea - rilassamento muscoli in generale e dei muscoli del volto 	<ul style="list-style-type: none"> - occhi chiusi - arti abbandonati - emette dei suoni... sillabe - bocca leggermente aperta - si sentono rumori di persone fuori dalla porta <p style="text-align: center;">tempo 30’</p>	<ul style="list-style-type: none"> - riferisce “mi sento calma” - evoca associazioni mentali involontarie parallele a suggestioni ricevute - i rumori non disturbavano - raggiunto più serenità <p style="text-align: center;">tempo ± 20’</p>

SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 2

NOME ETÀ SESSO	IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA	OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE	AMBIENTE	CONTRATTO
R.A.54 F	- claustrofobia durante un esame di risonanza magnetica (non è riuscita a sottomettersi all'esame in precedenza)	- controllare l'ansia nel confronto dell'esame - verificare le sue possibilità in autonomia	- luce soffusa - lettino (comodo in posizione semi seduta) - infermiera seduta perpendicolarment e al soggetto - solo infermiera e soggetto presente nella stanza - rumori vari - bussano alla porta - si interrompe	per raggiungere l'obiettivo è necessario che tu: - segua la mia voce; - ti concentri sulle parole e lasci che la tua mente faccia le associazioni che più gradisce; - sei libera di interrompermi in qualsiasi momento, parlare e chiedermi quello che ti serve per stare bene - ogni volta che espiri ti sentirai più calma - sei perfettamente cosciente - è una tua capacità che ti aiuterò a sviluppare guidandoti, in modo da avere una sensazione di benessere

SCHEDA .2

METODO TECNICHE	REAZIONI DEL PAZIENTE	VERIFICA	ASPETTI OBIETTIVI	ASPETTI SUGGESTIVI
<p>diretta nella fase iniziale</p> <ul style="list-style-type: none"> - distenditi - mettiti comoda - chiudi gli occhi - rilassati - sentirai solo la mia voce - i rumori intorno a noi non ti disturberanno - ogni volta che espiri ti sentirai più calma - suggestioni post ipnotica di benessere - apprendimento del segnale per autoipnosi (ancoraggio) <p>segui il ritmo del respiro e con una leggera pressione sul braccio guidi diminuendo il ritmo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - collaborante - impaziente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. catalessi delle palpebre negativa - "va tutto bene" - suggerimento di diverse immagini su altri punti del corpo 2. un braccio più leggero O.K. positiva - rilassamento - deglutazione spontanea 	<ul style="list-style-type: none"> - occhi chiusi - testa appoggiata "abbandonata" - arti morbidi - movimenti laterali della testa - respiro più profondo - rumori esterni bussano alla porta - si interrompe - sembra dispiaciuta come se fosse stata svegliata di soprassalto <p style="text-align: center;">tempo 25'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - si sente più rilassata - "quasi mi addormento" - dispiace di essere stata interrotta. - non riesce a visualizzare - "con me non funziona" <p style="text-align: center;">tempo ± 20'</p>

SCHEDA PRATICA / TABELLA nr. 3

NOME ETÀ SESSO	IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA	OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE	AMBIENTE	CONTRATTO
S.A. 45 F.	<ul style="list-style-type: none"> - attacco di panico (post anestesia locale in odontoiatria): - sensazione di svenimento - nausea - difficoltà respiratoria - sudorazione - tachicardia 	<p>abbassare il ritmo del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - polso - respiro - ripristinare la sensazione di tranquillità ed auto controllo 	<p>luce normale</p> <ul style="list-style-type: none"> - studio odontoiatrico presone presenti oltre al paziente e l'infermiera - medico - figli della paziente uno di 5 e l'altro di 9 anni (il più piccolo abbracciato al collo della madre e piange) 	<ul style="list-style-type: none"> - guardami - ascolta la mia voce - "adesso farai come ti dico"
M.G. 7 F.	<ul style="list-style-type: none"> - non vuole aprire la bocca ne curare il dente 	<ul style="list-style-type: none"> - farsi curare il dente "senza pensarci" 	<ul style="list-style-type: none"> - ambulatorio odonto - luce normale - poltrona odonto. - bambina semiseduta - infermiera vicino alla testa della bambina, - a - parlarle all'orecchio - elementi di disturbo: - rumori vari - madre e medico che parlano troppo e forte 	<ul style="list-style-type: none"> - "faremo in modo" che sia facile. tu adesso mi ascolti e mi rispondi con un gesto della mano sinistra quando vuoi. - chiedere più collaborazione alle altre persone presenti nello studio spiegandogli cosa si desidera da loro (silenzio)

SCHEDA 3

METODO TECNICHE	REAZIONI DEL PAZIENTE	VERIFICA	ASPETTI OBIETTIVI	ASPETTI SUGGESTIVI
<p>1° controllo dei parametri vitali, (tutti accettabili.) rassicurare la paziente in merito.</p> <p>- tecnica diretta passando a indiretta attraverso il respiro e lo sguardo</p> <p>- allontanare i bambini - distraendoli e tenendoli occupati in sala d'attesa.</p>	<p>- panico - agitazione - pianto</p>	<p>mantiene lo sguardo fisso nel mio</p> <p>- esegue l'ordine sempre più concentrata</p> <p>- parametri vitali O.K.</p>	<p>- smesso di piangere e agitarsi</p> <p>- smesso di chiedere "che cosa mi sta succedendo?"</p> <p>- abbassamento del ritmo del polso</p> <p>- respiro</p> <p>tempo 15'</p>	<p>- già mi sento meglio, più calma</p> <p>- adesso me la sento di continuare il lavoro con il medico</p> <p>tempo (non lo sa)</p>
<p>diretta e indiretta "ti racconterò una storia che tu conosci e se dirò qualcosa di diverso tu mi correggerai"</p>	<p>- sorpresa - interessata - collaborante - partecipante e attenta al racconto e corregge i miei "errori"</p>	<p>- non distoglie lo sguardo dal mio</p> <p>- segue tutto il discorso</p>	<p>- mantiene la bocca aperta</p> <p>- permette il lavoro del dentista</p>	<p>- contenta "la prossima volta mi racconti un'altra storia?"</p>

SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 4

NOME ETÀ SESSO	IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA	OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE	AMBIENTE	CONTRATTO
M.P. 54 F	<ul style="list-style-type: none"> - non riesce a trattenere le lacrime (sorella in sala operatoria intervento per tumore) - ansia 	<ul style="list-style-type: none"> - smettere di piangere (per oggi) - tranquillizzarsi - recupero energie 	<ul style="list-style-type: none"> - luce normale - poltrona odonto - rumori vari - persone presenti: <ul style="list-style-type: none"> • soggetto • infermiera (seduta perpendicolare al soggetto) 	<p>per raggiungere l'obiettivo è necessario che tu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - segua la mia voce; - ti concentri sulle parole e lasci che la tua mente faccia le associazioni che più gradisce; - sei libera di interrompermi in qualsiasi momento, parlare e chiedermi quello che ti serve per stare bene ; - sei perfettamente cosciente - è una tua capacità che ti aiuterò a sviluppare guidandoti, in modo da avere una sensazione di benessere
M.P. 54 F	<ul style="list-style-type: none"> - ansia - nausea e vomito quando il dentista lavora in bocca 	<ul style="list-style-type: none"> - tranquillizzarsi - non sentire nausea ne vomito 	<ul style="list-style-type: none"> - luce normale - poltrona odonto - persone presenti: <ul style="list-style-type: none"> • infermiera (1) • soggetto • medico • 2^ infermiera (1 seduta alla sinistra del soggetto di modo a parlare vicino alla testa) - rumori vari (aspiratore, turbine, telefoni, persone, voci) 	<ul style="list-style-type: none"> - non è la prima volta - ti lascerai guidare "come se non fossi qui" - comincerai come ti ho insegnato con il "gesto"

SCHEDA 4

METODO TECNICHE	REAZIONI DEL PAZIENTE	VERIFICA	ASPETTI OBIETTIVI	ASPETTI SUGGESTIVI
<p>diretta nella fase iniziale</p> <ul style="list-style-type: none"> - distenditi - mettiti comoda - chiudi gli occhi - rilassati - sentirai solo la mia voce - i rumori intorno a noi non ti disturberanno - ogni volta che espiri ti sentirai più calma - suggestione indiretta: - suggestioni post ipnotica di benessere - apprendimento del segnale per autoipnosi (ancoraggio) - seguo il ritmo del respiro e con una leggera pressione sul braccio guido diminuendo il ritmo - metafora 	<ul style="list-style-type: none"> - fiducia - agitazione - collaborante 	<p>3. catalessi delle palpebre negativa</p> <p>4. braccio più leggero.</p> <p>OK⇒positiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - deglutazione spontanea - movimenti oculari - rilassamento volto - rilassamento della mandibola 	<ul style="list-style-type: none"> - smesso di piangere - volto rilassato sereno <p style="text-align: center;">tempo 40'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mi sento bene - e' stato bello - mi sentivo proprio lì - alla fine ho quasi avuto difficoltà per aprire gli occhi <p style="text-align: center;">tempo ± 30'</p>
<p>inizia con il segnale di ancoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> - guida - suggestioni - metafora - respira con il naso 	<ul style="list-style-type: none"> - fiducia - collaborante - calma - sicura di riuscire - ancoraggio 	<ul style="list-style-type: none"> - respiro più profondo - abbandono - rilassamento della mandibola 	<ul style="list-style-type: none"> - non ha avuto nausea o vomito - tranquilla - ha permesso l'anestesia locale e la devitalizzazione <p style="text-align: center;">tempo di lavoro del medico ± 40'</p> <p style="text-align: center;">tempo 45'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sentivo toccare ma non mi dava fastidio - non lo so se ho fatto l'anestesia - ero tranquilla - mi sentivo proprio lì - non so quanto tempo è durata - sto bene - non mi ricordo di avere sentito suonare il telefono.

SCHEDA PRATICA / TABELLA NR. 5

NOME ETÀ SESSO	IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA	OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE	AMBIENTE	CONTRATTO
M.M.50 M	- preparazione pre-operatoria	imparare autoipnosi con ancoraggio (per l'intervento)	<ul style="list-style-type: none"> - corridoio del pronto soccorso - luce normale presenza di: - persone che passano - pazienti - medici - infermieri ecc.. - paziente seduto su una sedia (infermiera seduta su una sedia accanto leggermente spostata perpendicolarmente). 	<p>per raggiungere l'obiettivo è necessario che tu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - segua la mia voce; - ti concentri sulle parole e lasci che la tua mente faccia le associazioni che più gradisce; - sei libera di interrompermi in qualsiasi momento, parlare e chiedermi quello che ti serve per stare bene ; - sei perfettamente cosciente - è una tua capacità che ti aiuterò a sviluppare guidandoti, in modo da avere una sensazione di benessere
M.M.50 M	<ul style="list-style-type: none"> - dolore intenso (tipo colica renale) - non è possibile aggiungere altri analgesici per le prossime due ore - angoscia 	<ul style="list-style-type: none"> - diminuire il dolore - confortare - tranquillizzare 	<ul style="list-style-type: none"> - stanza di un reparto ospedaliero (nel letto accanto c'è un altro paziente e l'accompagnatore) ci divide una tenda. - luce normale - rumori vari 	<ul style="list-style-type: none"> - segue la mia voce - ti concentrerai sulle parole e lasci che la tua mente faccia le associazioni che più gradisce; - comincerai come hai imparato con il "gesto"

SCHEDA 5

METODO TECNICHE	REAZIONI DEL PAZIENTE	VERIFICA	ASPETTI OBIETTIVI	ASPETTI SUGGESTIVI
<p>diretta nella fase iniziale</p> <ul style="list-style-type: none"> - rilassati - sentirai solo la mia voce - i rumori intorno a noi non ti disturberanno - ogni volta che espiri ti sentirai più calmo - suggestioni post ipnotica di benessere - apprendimento del segnale per autoipnosi (ancoraggio) - seguo il ritmo del respiro e con una leggera pressione sul braccio guido diminuendo il ritmo evocazione di un ricordo gradevole - suggestione post ipnotica di benessere - “ancoraggio” 	<ul style="list-style-type: none"> - fiducia - scherzoso 	<p>degluttazione spontanea</p> <ul style="list-style-type: none"> - un braccio più leggero e - l'altro braccio più pesante. <p>O.K.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tranquillo - tollerante - collaborante <p>tempo 20'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “BELLO” <p>tempo ± 20'</p>
<p>inizia dall' ancoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggiungere suggerimenti di un luogo sicuro e ricordo di un momento bello, di benessere, ecc... 	<ul style="list-style-type: none"> - fiducia - collaborante - ansioso 	<ul style="list-style-type: none"> - catalessi delle palpebre - segni di deglutazione spontanea 	<ul style="list-style-type: none"> - rilassamento generale - volto più sereno - rilassamento della mandibola dormito per circa 45' <p>tempo 35' (+ 45' di sonno)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - adesso il dolore è molto più sopportabile - sto meglio <p>tempo non lo sa dire</p>

15 --- CONCLUSIONE

La frequenza di questo corso ha forse creato le condizioni per iniziare un percorso di cambiamento personale. Riflettere sui temi abordati durante le lezioni (teoriche e pratiche) è stato come riscoprire un altro mondo ; idee diverse ,punti di vista originali,vaste letture ,nuove persone...

Credo di avere appreso le conoscenze minime per iniziare il mio approccio alla comunicazione ipnotica

Una maggiore consapevolezza di se stessi e degli altri non può che costituire un miglioramento nei rapporti interpersonali.

La mia pratica professionale ha guadagnato qualche livello nella scala della qualità assistenziale.

Rileggendo i obiettivi del corso ,penso di averli raggiunti , come si può valutare dalla osservazione della “scheda / tabella- pratica “; dove ho trascritto alcuni dei casi di che mi sono fatta carico.

Nell' applicazione della comunicazione ipnotica nel campo infermieristico ho avuto come principali obiettivi migliorare l'accoglienza , il controllo del ansia e/o del dolore e la compliance del paziente nel confronto delle diverse tecniche e situazioni. Ho presentato l'ipnosi come un modo per riuscire ad lasciare da parte i timori che in quel momento impedivano il paziente di collaborare al suo meglio (nella pratica clinica necessaria) e le possibili strade per riuscire ad raggiungere ,l'obiettivo,con il mio aiuto,volontariamente, appellando alle sue capacità.

Con i bambini, troppe parole possono fare perdere “l'attimo”, per questo motivo l'uso di tecniche di distrazione sono state più frequenti.

Fondamentale , ma non sempre possibile o facile è stata la collaborazione dalla parte dei genitori dei bambini, accompagnatori di persone disabili e dei colleghi.

Per ottenere la collaborazione dei colleghi o altri tecnici di salute ,è necessario creare le condizioni necessarie alla comprensione, accettazione e condivisione del fenomeno ipnosi. Una possibile strada potrebbe consistere in una adeguata divulgazione presso le persone che coordinano la formazione (come già occorre in certi ospedali)di modo a considerare l'ipotesi di inserire nei corsi di aggiornamento obbligatorio (se non corsi come questo) almeno qualche approccio al tema “ipnosi“.Forse tutto sarebbe più semplice se fosse possibile definire meglio le applicazioni pratiche per ogni professione di qualcosa così sfuggente come l'ipnosi.

Nella pratica infermieristica l'uso dell'ipnosi può essere paragonabili a quello del bisturi ; sappiamo cosa è e come si può utilizzare –le sue potenzialità e rischi- ,ma ci limitiamo ad usarlo nei limiti delle nostre capacità e conoscenze. Nello stesso modo in cui non verrebbe in mente a nessun infermiere di improvvisarsi chirurgo ,non è pensabile che si improvvisi psicologo o psichiatra e cominci a proporsi come terapeuta senza il dovuto “background” di saperi che lo renderebbero congruo.

La comunicazione ipnotica può essere usata quando la situazione lo consente ed il paziente accetta questo tipo di rapporto affidandosi. Non può essere imposta . Tutto l'impegno può essere invalidato da un ambiente non adatto o ostile

Come infermiere dobbiamo tenere conto che la comunicazione ipnotica è un valido strumento per raggiungere il nostro obiettivo primordiale – “curare “.

“Se puoi,aiuta gli altri.

“Se non puoi , almeno non fare loro del male.”

Buddha

16 – BIBLIOGRAFIA

Libri

- Manuale di comunicazione non verbale (per operatori sociali, sanitari, penitenziari, criminologi) –Vincenzo Maria Mastronardi. Roma, 2009
- Il potere della parola nella relazione d'aiuto psicologico. Gèniosi e Counseling – Giuseppe Tirone. Torino, 2005
- Giardinieri principesse e porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale – Consuelo C. Casula. Milano, 2008
- La strada che porta al vero –Dalai Lama. Trento, 2005

Dispense

- Eva BANYAI: “ Dall'ipnosi lucida(o vigile) in movimento alla comunicazione suggestiva positiva: prospettive emergenti da 35 anni nel campo dell'ipnosi”. Premio internazionale Franco Granone CIICS, 2^ edizione”
- L'importanza e le caratteristiche della relazione ipnologi/paziente nell'ipnosi. Significato delle resistenze – Dott.ssa Laura Papi Grasso
- Tecniche di induzione e modalità ipnotiche – Dott.ssa Maria Tosello
- L'ipnosi indiretta. La suggestionabilità e la comunicazione metaforica – Dott.ssa Maria Tosello

Internet

- L'ipnosi – Dott.ssa Patrizia Belleri (psicologa psicoterapeuta)
- Storia ipnosi e scuole – ipnosi Roma – Guido Alessandro
- AERF.IT – cosa crediamo – Marco Chisotti
- AERF.IT – scienza dei modelli e conoscenza delle metafore – Marco Chisotti
- AERF.IT – modelli ipnotici – Marco Chisotti
- Rapimenti alieni – non solo ipnosi – Fiorella Rustici
- La leadership carismatica – Evaldo Cavallaio
- La nuova ipnosi sulla poltrona del dentista – Dott. Gian Carlo Di Bartolomeo, Milton H Erickson Institute di Torino
- Sito italiano sullo studio dei fenomeni ipnotici
“ Verbalizzazioni”
“ Terapie non convenzionali nel dolore”
“Ipnosi e dolore”
- La pratica dell'ipnosi e l'etica medicacelia - Martins Cortez / Carlo Roberto Oliveira
- Storia dell'ipnosi – Ipnosi Roma – Alessandro Guido
- Ipnos Ericksoniana – Blog italiano di ipnosi clinica e sperimentale
- ABMC Associação brasileira de medicina complementar
- Codice deontologico dell'infermiere Italia 2009-09-06 Code of ethics and conduct for european nursing
- Codigo deontologico - Associação de hipnose clinica de Portugal