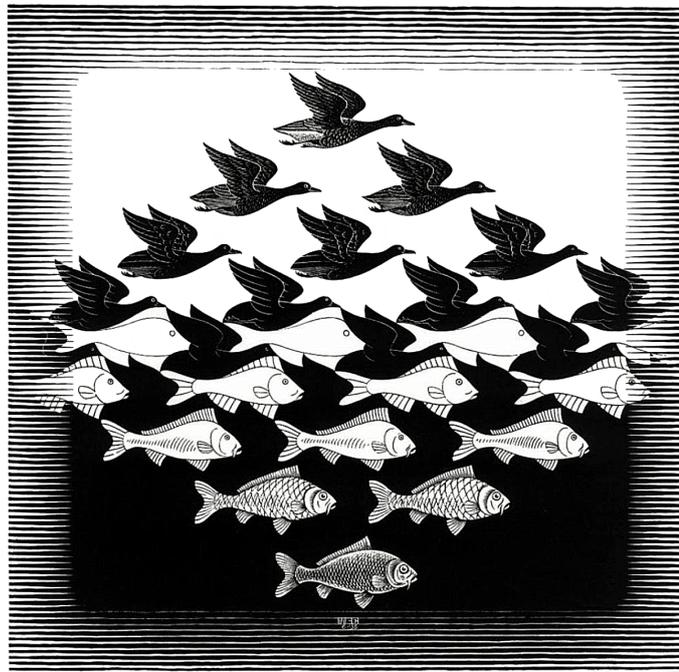


**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA 2021**

**PRIME ESPERIENZE DI
COMUNICAZIONE IPNOTICA**



RELATORE

Dott. Marco Scaglione

CANDIDATA

Dott.ssa Anna Ferraro

*Ad Ale e Chiara,
che mi sostengono ed
accompagnano in ogni avventura.*

*Ai miei colleghi elettrofisiologi
e alla nostra equipe infermieristica,
che mi hanno supportata e sopportata.*

INDICE

• Introduzione	7
• Cenni storici	9
• La comunicazione ipnotica	14
• Tecniche di ipnosi	20
• Casi clinici	22
• Conclusioni	27
• Bibliografia	29

INTRODUZIONE

*Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre,
ma nell'avere nuovi occhi (M. Proust)*

Fino a due o tre anni fa non conoscevo l'ipnosi e le sue potenzialità.

Mi sono ricreduta ed avvicinata all'ipnosi dopo aver assistito alla presentazione al congresso nazionale AIAC del dottor Scaglione ed aver letto i risultati che aveva ottenuto nei suoi pazienti sottoposti ad ablazione.

In seguito ho assistito ad una procedura in ipnosi condotta da una collega, che aveva seguito un corso di due giorni all'Ospedale Molinette. Lo strabiliante risultato, verificato con i miei occhi, mi ha definitivamente convinta che l'apprendere questo metodo avrebbe giovato ai miei pazienti, riducendone l'ansia ed il dolore durante le procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione.

Partecipare al corso di Formazione Clinica e Comunicazione Ipnotica è servito in primo luogo a me, come percorso di crescita personale e di profondo stimolo nel cambiamento della comunicazione con gli altri.

A titolo personale ho sicuramente vissuto questo corso con molta partecipazione e in alcuni casi, riuscendo ad identificarmi con quanto veniva raccontato dai docenti o esperito dagli altri colleghi, con sentita commozione.

Tuttavia fino a giugno, quando è stata fatta la prima esercitazione in presenza, mi sembrava impossibile riuscire a fare una buona comunicazione ipnotica ed indurre la trance nei miei pazienti.

Dopo quelle esercitazioni un'amica mi ha mandato la fotografia di una scultura di Nicolas Lavarenne. Guardando questa immagine, che mi ha colpito profondamente, ho pensato che ero pronta anche io a fare un passo in avanti e mi sono buttata nella pratica dell'ipnosi, dando inizio a questa avventura.



Non si è trattato di un percorso semplice né scontato, come tutte le strade che portano ad una reale modifica di sé, ma sono grata ai Docenti ed agli altri allievi del corso, per avermi guidata, aiutata e commossa.

CENNI STORICI

L'ipnotismo è un fenomeno presente 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 del diciottesimo secolo a.C. 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 utilizzavano 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 Druidi, i sacerdoti dei Celti, che le utilizzavano sia per fare predizioni che curare.

Anche presso gli Egiziani l'ipnosi è documentata ed era appannaggio dei sacerdoti.

Nell'antica Roma Esculapio induceva il sonno negli ammalati e tramite l'imposizione delle mani interveniva sulla parte malata per risanarla.

Paracelso, nel XVI secolo, subì una condanna per avere affermato che la suggestione e la fede potevano causare, ma anche guarire, le malattie.

Nella storia l'ipnosi si confonde con la magia, la medicina e la religione: ad esempio nel 1774 il medico-religioso Gassner induceva l'ipnosi con un rituale mistico in cui invocava contemporaneamente Dio e i demoni.

Secondo Mesmer - medico viennese (1734-1815) - "un organismo umano può influenzarne magneticamente un altro e curarlo riequilibrandone l'armonia". Nella sua tesi di laurea in medicina infatti sostenne l'influenza fisiologica dei pianeti e l'esistenza di un "fluido" sottile esistente nell'universo. Una cura con calamite, portata a buon termine dal gesuita astronomo M. Hell, destò in lui la persuasione che tale fluido s'identificasse con la forza magnetica. Successivamente, nel 1775, si convinse che l'energia guaritrice proveniva dallo stesso organismo umano e sostituì il magnetismo animale, in pratica lo sfioramento della punta delle dita, al magnetismo minerale. Questo suo mutamento d'indirizzo gli attirò lo sdegno della facoltà di Medicina e delle autorità civili ed ecclesiastiche, prima favorevoli alla sua

teoria; egli fu infine costretto, nel 1777, ad abbandonare l'Austria e si recò a Parigi dove ebbe i favori di Maria Antonietta.

Si deve a Mesmer 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. Nel 1813 dichiarò che "nessuna forza, fluido o altro emanava dal magnetizzatore, tutto aveva luogo nella mente del soggetto".

Un suo allievo, il marchese di Puységur (1715-1825), ipnotizzò un contadino che, "caduto in un sonno profondo", sembrava insensibile ad ogni richiamo. Improvvisamente Puységur ebbe l'intuizione di dire "Alzati, e cammina" e il giovane obbedì. Puységur scoprì così che la trance si poteva creare senza le "crisi" definite essenziali da Mesmer.

L'Ottocento fu 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 di aver proceduto all'estrazione di denti in anestesia ottenuta per mezzo del magnetismo.

In Inghilterra Ellioston e in India Esdaile sperimentarono la tecnica in chirurgia.

Il termine ipnotismo fu introdotto solo nel 1842 dal medico inglese James Braid (1785-1860), il quale cercò di dimostrare come il fluido magnetico, cui Mesmer e seguaci attribuivano ogni influenza sui loro pazienti, non esistesse affatto e come i fenomeni del magnetismo animale fossero inducibili mediante l'uso, da parte dell'operatore, di mezzi atti a stancare l'attenzione (ad esempio con la fissazione di un punto brillante). Questo chirurgo inglese si convinse della realtà del fenomeno dimostrando come fosse possibile indurre il sonno con le sole parole senza l'ausilio di altre forze. Coniò il termine ipnosi dal greco hypnos (sonno) ed effettuò interventi chirurgici, come incisioni di ascessi, cure dentarie ed interventi ortopedici, col nuovo metodo. L'ipnotismo nella metà del 1800 era dunque accettato da molti grazie a Braid che dava ragione ai sostenitori della teoria dell'immaginazione troncando definitivamente la disputa tra fluidisti ed animisti.

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).

Un'ulteriore importante svolta si deve ad un medico di Nancy, Ambroise Auguste Lièbault. Egli spiegava i meccanismi dell'ipnosi attraverso il concetto di suggestione e per primo riconobbe 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.Charcot (1825-1853) sostenne che l'ipnotismo fosse un fenomeno patologico associabile all'isteria. La sua impostazione era 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 e d'altra parte l'avvento dell'etere in anestesia fece cadere anche l'interesse degli studi in questo senso.

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; inoltre scoprì la regressione ipnotica.

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. 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.

L'americano Milton Hyland Erickson (1901-1980) studia e lavora con l'ipnosi ("L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi"). Milton scoprì da solo il fenomeno della focalizzazione ideodinamica indiretta: "era seduto su una sedia a dondolo e sentiva un forte desiderio di guardare dalla finestra. La sedia si mise a dondolare nonostante egli fosse completamente paralizzato! [...] prese a utilizzare il suo metodo muscolo per muscolo, articolazione per articolazione. L'osservazione della sorellina che imparava a camminare gli servì da stimolo e da guida nella sua rieducazione." Con il termine focalizzazione ideodinamica ci si riferisce a un semplice fenomeno che fa sì che quando pensiamo a una certo comportamento lo agiamo impercettibilmente a livello inconscio.¹

Erikson si interessò in particolare ai metodi naturalistici (senza induzione formale), che lo portò a utilizzare l'ipnosi in modo creativo - non più cioè come una serie di rituali standard ma come un particolare stile comunicativo e una particolare "situazione comunicativa relazionale".²

Erikson era capace di indurre una trance a partire da racconti, reminiscenze, episodi della sua vita o altre strane storie e fatti inconsueti che apparentemente non avevano nulla a che fare con il problema specifico del paziente. Il paziente stava lì, ascoltava – a volte rapito, a volte annoiato – questi strani monologhi, e poi veniva congedato senza accorgersi che era entrato e uscito spontaneamente dalla trance più volte. Scopo della sua ipnosi era quello di accedere al potenziale

inconscio e alla capacità naturale di apprendere del cliente, depotenziando al contempo i suoi schemi limitanti.³

Una convinzione fondamentale di Erickson fu che l'ipnosi - come aveva potuto verificare - esiste in un gran numero di situazioni della vita quotidiana e non è necessario quindi un rituale specifico, strano o complicato per indurla. Per Erickson l'ipnosi era più che altro uno stile comunicativo che lo seguiva in qualsiasi approccio con il paziente. Da questa convinzione deriva l'approccio naturalistico che lo ha reso famoso.

Erickson promuoveva varie tecniche innovative come le suggestioni indirette, i doppi legami, le metafore, la disseminazione di concetti, l'utilizzazione secondo il famoso principio: *"tutto ciò che il paziente ti presenta in studio, va assolutamente utilizzato."* Nel 1973 egli disse : *"...le persone vengono per essere aiutate, ma anche per ricevere qualche giustificazione razionale del proprio comportamento e per salvare la faccia. Io mi preoccupo molto di rispettare questa loro necessità e cerco di parlare in modo tale da dare la sensazione che sono dalla loro parte"*.

Per Erickson l'inconscio è una forza amica dalla quale trarre risorse e che funziona, secondo la logica descritta da Freud, per metafora e metonimia. Per capire come Erickson intendeva l'inconscio basta leggere alcune parti delle sue induzioni: *"E nello stato di trance puoi lasciare che la tua mente inconscia passi in rassegna il vasto deposito di cose che hai appreso nel corso della tua vita. Ci sono molte cose che hai imparato senza saperlo. E molte delle conoscenze che ritenevi importanti a livello conscio sono scivolte nella tua mente inconscia."* Erickson era capace di comunicare all'inconscio poiché utilizzava il suo stesso linguaggio mentre al contempo distraeva e sovraccaricava la mente cosciente. In effetti sembra che Erickson considerasse l'io cosciente la vera causa dei problemi con i suoi pregiudizi, i suoi schemi rigidi e le convinzioni limitanti.

Quindi l'ipnosi, come spiega Erickson, *"di per sé non provoca la guarigione, questa è ottenuta tramite una ri-associazione delle esperienze della persona"*.⁴

Si può anche dire che Erickson era un pragmatico, non arrivò a sviluppare una teoria completa della personalità. Scrive Lankton: "[...] secondo alcuni l'influsso di Erickson eguaglia quello avuto da Freud. Ma se Freud può essere considerato come l'Einstein della teoria, Erickson sarà ricordato come l'Einstein dell'intervento terapeutico."

Nel 1958 l'ipnosi è stata riabilitata dall'American Medical Association, che l'ha inclusa nel novero delle pratiche mediche, dentistiche e chirurgiche.

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 costituì l'AMISI (Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi), fondata dal professor Franco Granone (1911-2000).

Nel 1965 il Prof. Granone incontrò Erickson e gli espose 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. Le tecniche di “brain imaging”, ovvero quelle che consentono di visualizzare una parte delle attività cerebrali, contribuiscono a comprendere meglio il fenomeno e a dimostrare che dietro gli effetti dell’ipnosi ci sono meccanismi biologici complessi e scientificamente “misurabili”.

Numerosi studi sono stati pubblicati per comprendere dove, come, quando e da chi l’ipnosi viene applicata come tecnica comunicativa nell’ambito della relazione sanitario- paziente.

Sono disponibili diverse segnalazioni sull'uso dell'ipnosi per la gestione del dolore durante le procedure chirurgiche ⁵ ed alcuni lavori descrivono l’effetto sinergico tra l’ipnosi e le tecniche tradizionali di analgesia, dimostrando la possibilità di ridurre l’uso di farmaci analgesici e sedativi.⁶

Per quanto riguarda la mia Specialità medica, la cardiologia, i primi casi pubblicati riguardano l’uso dell’ipnosi durante angioplastica coronarica o durante l’ecocardiografia trans-esofagea.^{7,8}

Per quanto riguarda le procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione, che sono la mia pratica quotidiana, la prima pubblicazione su una serie di casi è del 2018.⁹

Dal 2018 ad oggi si sono succedute pubblicazioni sull’utilizzo della comunicazione ipnotica in procedure lunghe e complesse come l’ablazione della fibrillazione atriale o in procedure di elettrostimolazione, tra le quali l’impianto del defibrillatore sottocutaneo, che è una metodica molto dolorosa in cui si è ottenuta analgesia ipnotica.^{10,11}

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

L'ipnosi è definita come uno stato di coscienza modificato caratterizzato da una ridotta consapevolezza di sé associata a una maggiore capacità di risposta alla suggestione.¹² Granone la definiva come **uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore-soggetti**. Per **monoideismo plastico** intendiamo la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.¹³

Di fatto il soggetto vive un'esperienza di maggior interazione mente/corpo, grazie alla quale è possibile realizzare le suggestioni. In questo modo si possono ottenere quei cambiamenti psico-fisici evidenti che modificano il vissuto e l'esperienza per il paziente.

Questo stato psicofisico è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immaginativo-emotive rispetto a quelle critico-intellettive, dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici, in particolare ai livelli più profondi.

Le teorie attuali sul meccanismo dell'ipnosi implicano un transfert e controtransfert positivo, uno stato empatico e una sincronia interattiva fra ipnologo e soggetto. Viene quindi enfatizzato il ruolo della relazione tra l'ipnotista e l'ipnotizzato, dal quale non può prescindere il fenomeno ipnotico. Tale rapporto si instaura attraverso una comunicazione, verbale e non verbale, in modo da riuscire ad essere "modificante" nel soggetto che la riceve, fino al verificarsi della trance ipnotica, uno stato dinamico via via modificabile con metafore in grado di attivare un monoideismo plastico.¹⁴

L'ipnosi è:

Stato di coscienza fisiologica



Rapporto (Relazione Medico-Paziente)

L'ipnositerapia o l'ipnositerapia, per definizione, implica un intervento preciso, da parte del terapeuta o per opera del paziente stesso. In quest'ultimo caso si parla di autoipnosi. L'ipnositerapia, che rappresenta l'utilizzo a scopo medico delle potenzialità intrinseche del soggetto che si rendono disponibili pienamente in questo stato psicosomatico, è una scienza basata sulle correlazioni dimostrate fra mente e corpo.¹³

In seguito ad indagini sperimentali svolte in centri universitari ed ospedalieri, si sa ormai che tutte le funzioni del nostro organismo, sia interne che esterne, possono essere influenzate dalla psiche. L'ipnosi è potenzialità dell'immaginazione o "monoideismo plastico", è un modo di funzionare dell'organismo, ovviamente il più delle volte non gestito consapevolmente.

Obiettivo delle tecniche impiegate è quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata: ciò può essere ottenuto sia con l'aiuto del terapeuta che autonomamente con l'autoipnosi.

Fondamentali gli studi, le sperimentazioni e la lunga esperienza clinica del neuropsichiatra Franco Granone per determinare l'attuale orientamento nell'intendere l'ipnosi come fenomeno al tempo stesso psicologico e biologico per cui oggi, con questo termine, si intende una dinamica psicosomatica caratterizzata dal monoideismo plastico.

In altre parole, per ottenere questo particolare stato di coscienza è necessario che la persona limiti il suo campo di interessi e di critica, orientando la propria attenzione su una sola idea alla volta e in modo via via più pregnante e creativo (monoideismo plastico), potendo così raggiungere lo stato di trance ipnotica.

L'ipnosi non è uno stato rigido da ricercare su cui inserire suggestioni, ma è un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall'orientamento della potenzialità della rappresentazione mentale del soggetto. La partecipazione coscienza-corpo non è una dimensione da "indurre" o da ricercare o costruire, è una realtà. L'ipnosi è la rappresentazione mentale che si manifesta plasticamente attraverso un'operazione psicofisiologica che viene suggerita da altra persona, oppure che viene determinata da un atto volontario senza l'intervento di altri (autoipnosi). Tutte le persone possono "manifestare ipnosi", dato che ogni persona è un organismo che si esprime attraverso il corpo, la psiche e il suo sistema di valori. Tutti esprimiamo idee attraverso rappresentazioni mentali e tutte le rappresentazioni mentali di una certa valenza si manifestano plasticamente. Non tutte le persone sono in grado di gestire le rappresentazioni mentali con la valenza adeguata alla manifestazione plastica da raggiungere. In pratica in ipnosi si insegna alle persone ad impiegare consapevolmente la potenzialità della loro rappresentazione mentale al fine di raggiungere obiettivi precisi.

Con il monodeismo plastico il soggetto diventa capace di gestire le potenzialità della sua mente nelle componenti più creative e fantasiose, in modo da orientare l'attenzione sull'obiettivo da raggiungere. A tal fine l'ipnologo deve attivare delle procedure che orientino l'attenzione della persona sull'obiettivo scelto, che sono le **"tecniche di induzione"**. Nel soggetto devono essere presenti specifiche condizioni quali attesa, aspettative, motivazioni e potenzialità di apprendimento.¹⁵

Per INDUZIONE intendiamo una sequenza di "MANOVRE" eseguite dall'ipnotista per aiutare il soggetto a realizzare il monodeismo plastico. Queste manovre rendono progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente esterno, avviano e sostengono un dinamismo psicosomatico che attiva il monodeismo plastico. Il risultato è il riassunto dell'acronimo "AFFARE" cioè Aumento della Fiducia, Fissazione dell'Attenzione affinché si Realizzi il monodeismo che Evidenzi un cambiamento.

Alla base di ogni strategia di induzione c'è la riduzione della critica. A questo scopo l'ipnotista deve instaurare e costruire un buon rapporto (RAPPORT) di conoscenza, di fiducia, di empatia, di ammirazione e di curiosità con il paziente al fine di poterlo indurre in trance ipnotica nella maniera più corretta e più consona alle sue esigenze. L'ipnotista deve saper catturare la sua attenzione in maniera sempre più intensa, rendendo così i legami con l'ambiente esterno sempre più deboli. Infine vi è una destabilizzazione progressiva che libera dalla tensione attentiva di lavoro e permette al soggetto di abbandonarsi e di rilassarsi.¹⁶

La COMUNICAZIONE IPNOTICA non si avvale solo della parola: il 65% del messaggio viene trasmesso non verbalmente, intendendo come non verbale tutta quella comunicazione emozionale che fa capo al cosiddetto carisma ed in definitiva alla mimica, alla prossemica, alla cinesica (ossia i movimento spaziali del corpo, delle braccia e delle gambe durante l'atto di parlare ed ascoltare), alla paralinguistica (costituita dalle tonalità comunicazionali della musicalità del parlato).¹⁷

Ogni individuo interpreta un' esperienza realizzando una sua lettura personale che nella maggior parte delle situazioni non coincide con quella dell'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).

Mastronardi 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."

Per quello che riguarda il controllo della nostra comunicazione non verbale l'impegno sarà notevole perché alla prima disattenzione rischiamo di risultare

incoerenti ed i messaggi non verbali possono invalidare completamente il messaggio contenuto dalle parole.

Nell'ambito di una comunicazione efficace dobbiamo valutare quali siano 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. 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 .

Le varie manovre di induzione possono talvolta fallire quando non è stato concordato l'obiettivo che si vuol raggiungere, il paziente non è in grado di trasformare l'idea in azione, l'obiettivo viene consciamente o inconsciamente rifiutato, la risposta plastica richiesta non è possibile momentaneamente per l'organismo del paziente o perché non è avvenuta la rappresentazione mentale per mancanza di stimoli adeguati. E' necessario capire a questo proposito, osservando e ascoltando il soggetto, che tipo di sensorialità prevale in esso, per sfruttare al meglio questo canale sensoriale e scegliere la tecnica più idonea per l'induzione.

Nella fase di PREINDUZIONE è pertanto necessario individuare i bisogni ed i canali comunicativi del paziente. Questa fase sta alla base della struttura della comunicazione ipnotica, senza la quale nulla può realizzarsi.

Gli esseri umani esperiscono se stessi ed il mondo attraverso i cinque sensi. I "sistemi rappresentazionali" si riferiscono al modo in cui le persone rappresentano la realtà a loro stesse. Le tre tipologie sono **visivo**, **cenestesico** (che comprende le sensazioni tattili, il gusto e l'olfatto) e **uditivo**. Nella realtà i tre sistemi di rappresentazione lavorano in sinergia ma ogni essere umano si specializza in uno di questi, venendone influenzato profondamente nel modo di pensare, nelle forme linguistiche e nel comportamento.

Il **soggetto visivo** nel raccontarsi guarda verso l'alto e usa verbi ed espressioni che riportano a questo canale sensoriale . (Es. " Mi piace guardare il tramonto in riva al mare").

Il **soggetto cenestesico** ha lo sguardo diretto verso il basso e usa verbi ed espressioni di tipo sensoriale/ tattile. (Es. " Mi piace sentire il calore del sole sulla pelle quando sono al mare").

Il **soggetto uditivo** ha gli occhi che oscillano da un lato all'altro lato del capo e usa verbi ed espressioni di tipo sensoriale/uditivo. (Es. "Mi piace ascoltare il rumore delle cascate o le onde del mare sulla spiaggia").

Questo non significa che se una persona è visiva elaborerà solo con questo canale ma se vogliamo entrare in sintonia con lei sarà più semplice utilizzare tutto quello che è collegato al mondo delle immagini. Comprendere il sistema rappresentazionale del paziente significa comprendere il paziente ed avvalersi pertanto di uno strumento ulteriore che ci permetterà di entrare in comunicazione con lui. In questo modo il soggetto si sentirà ascoltato e compreso e sarà più disponibile a collaborare, migliorando la compliance terapeutica. La relazione, con il monoideismo plastico, rappresentano le colonne portanti dell'ipnosi.

Il MIRRORING -con la riproduzione di posture, gesti, espressioni del paziente- è una strategia che possiamo usare per creare un rapporto con il paziente. Rispecchiare il paziente -non scimmiottandolo- lo farà sentire accettato, facilitando la creazione di una sintonia inconscia essenziale per il buon esito della nostra comunicazione. Alla base di questo meccanismo c'è un particolare tipo di cellule, i neuroni specchio, dotate della particolarità di attivarsi sia quando osserviamo un'azione, sia quando la compiamo noi stessi. Con il RICALCO possiamo rimandare al soggetto per retroazione, con il nostro stesso comportamento, il comportamento e le strategie che abbiamo osservato in lui. In altre parole ricalcare un paziente significa andargli incontro, riproducendo parzialmente i suoi schemi di comunicazione, le sue convinzioni, i suoi valori, la sua esperienza. Più profondo ed efficace sarà il ricalco ed il rapporto con il nostro paziente, più semplice sarà la GUIDA, cioè portare il nostro interlocutore a capire il nostro punto di vista.

Attraverso tutti questi strumenti posso ottenere l'induzione dello stato ipnotico.

Nella fase dell'INDUZIONE si realizza il monoideismo plastico, attraverso un uso appropriato di parole e passi, ottenendo un cambiamento evidente sul piano psicosomatico.

I PASSI sono degli sfioramenti eseguiti con la mano sugli arti o sul viso del paziente per realizzare particolari suggestioni. I passi hanno la funzione di attirare l'attenzione del paziente nella zona dove si vuole realizzare l'analgesia, la catalessi o altri fenomeni ipnotici.

Nella fase di induzione si generano esperienze particolarmente intense in grado di determinare una modificazione della regolazione del sistema neurovegetativo e di influire sulla percezione del proprio corpo, arrivando ad inibire o modificare la dinamica dei movimenti volontari e, in alcuni casi, anche la soglia del dolore. Questo stato è inoltre caratterizzato da distorsione temporale.

I segnali o sintomi obiettivi che indicano che il paziente è in ipnosi sono:

- l'inerzia psicomotoria
- il volto atono ed inespressivo oppure rosso e caldo per vasodilatazione
- il flutter palpebrale
- lo sguardo fisso e vuoto

- l'iperemia congiuntivale
- i movimenti oculari, se gli occhi sono chiusi, tipo fase REM
- la lacrimazione
- il movimento di deglutizione
- se parla, la voce è monotona e sommessa
- la tachicardia iniziale e poi la bradicardia
- i muscoli rilassati
- il respiro lento e regolare
- con l'approfondimento della trance il soggetto tende a flettere la testa in avanti, si abbassano le spalle e può comparire la tendenza a rannicchiarsi su se stesso

Dopo aver verificato lo stato di trance con una **ratifica**, che prevede di accertare la risposta di almeno una suscettibilità d'organo (riassumibile con LECAMOIASCO: LEvitazione, CAtalessi, MOvimenti automatici rotatori, INibizione di movimenti volontari, Analgesia, Sanguinamento, COndizionamento), si entra nel corpo della seduta ipnotica.

Il CORPO è la fase in cui è possibile far leva su immagini liberamente scelte dal paziente per spostare la sua attenzione da una realtà per lui potenzialmente ansiogena o dolorosa. L'ipnotista guida il soggetto nel percorso psichico che si vuole compiere. Le metafore, i simboli, le immagini mentali possono inoltre favorire il superamento del fattore critico della mente conscia, quel meccanismo di valutazione della realtà che è alla base della maggior parte della dispersione energetica mentale.

La metafora è un procedimento di trasposizione simbolica di immagini in cui il rapporto tra due cose o idee è stabilito direttamente senza la mediazione del come. Attraverso la metafora l'accostamento simbolico di due elementi ci permette di capire meglio il primo attraverso le caratteristiche del secondo.¹⁸

Attraverso la metafora ci si può avvicinare all'esperienza reale in modo generico e non invasivo, "attirando" le capacità e le risorse degli individui. La metafora, creando risonanze emotive, permette di lavorare sui vissuti degli individui, diventando un punto da cui partire o ritornare per comprendere e spiegare eventi personali.

Al termine del corpo della seduta ipnotica con l'ANCORAGGIO possiamo dare al paziente l'opportunità di acquisire in autonomia la possibilità di rivivere la stessa esperienza in autoipnosi, tutte le volte che vorrà e lo riterrà opportuno.

Infine si ha la DEINDUZIONE, con un progressivo ripristino della coscienza ordinaria e una CODA, che è un periodo di maggior suscettibilità ad una eventuale nuova induzione.

TECNICHE DI IPNOSI

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 delle tecniche passate, adattate alla personalità dei singoli operatori.

Per Granone "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" ma, secondo Tirone, la consapevolezza dell'inutilità del concetto apre nuovi orizzonti all'ipnosi e libera della necessità di cercare stati di maggiore profondità.

Alle tecniche di induzione "classiche" si aggiunge ciò che Meggle ha chiamato "triccò", termine che rappresenta il minuzioso lavoro dell'operatore, con 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.

Le tecniche utilizzate possono essere TECNICHE DIRETTE o INDIRETTE

Nell'induzione ipnotica diretta l'operatore usa la propria autorità e il proprio prestigio con suggestioni esplicite, rivolgendosi alla persona direttamente e dando delle istruzioni precise ("fai questo").

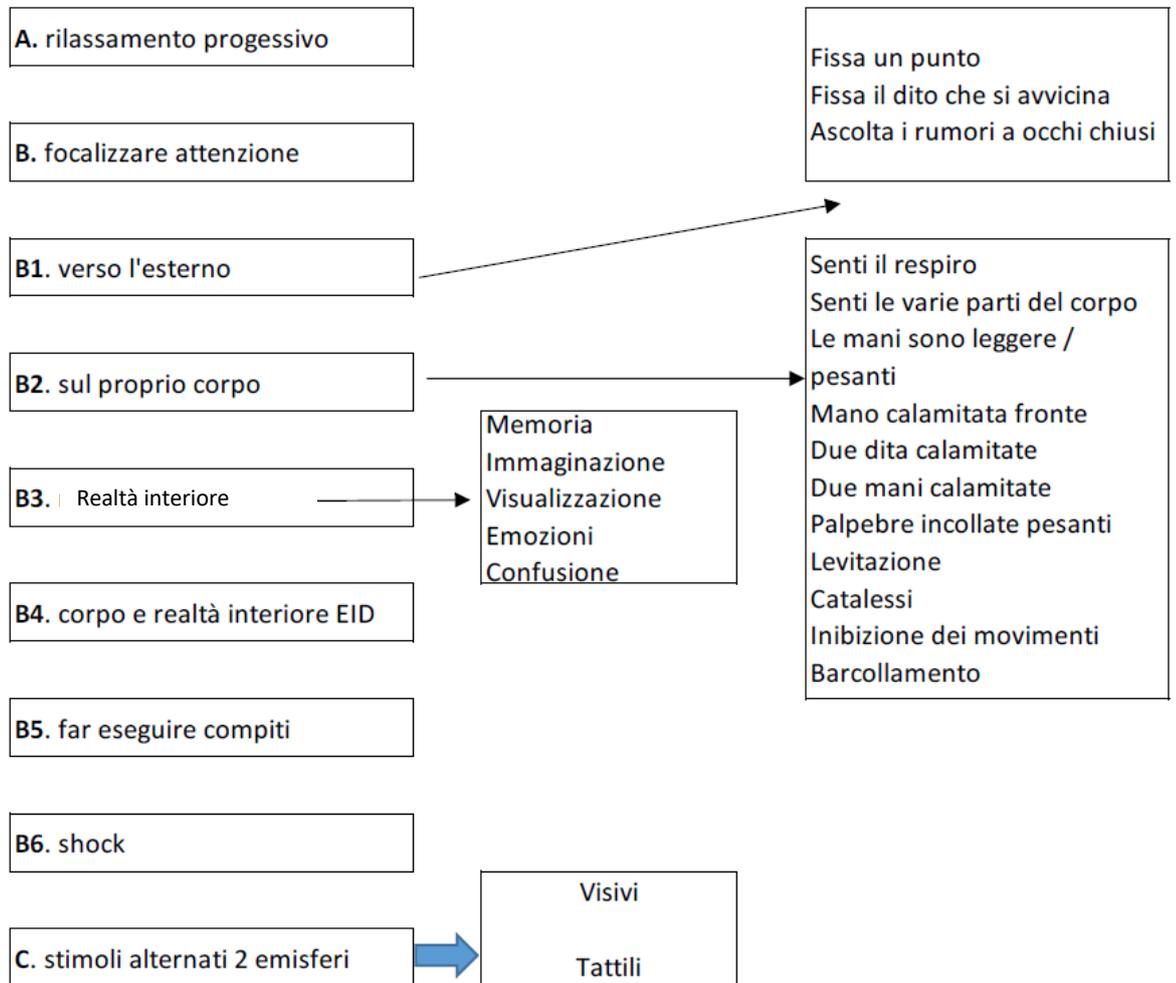
Tra i metodi diretti, i più utilizzati consistono nel parlare a lungo al paziente, con voce bassa e monotona, suggerendogli sensazioni fisiche di pesantezza e di rilassamento. Può essere utile il conteggio all'indietro (ad esempio da venti a uno), suggerendogli che ad ogni numero sentirà il suo rilassamento diventare sempre più profondo.

Nelle tecniche di induzione indirette si utilizzano strategie che si adattano volta per volta alla situazione. La più caratteristica è l'aneddoto (fiabe, leggende,

parabole, metafore). In questo modo si riducono le resistenze del soggetto, si suggeriscono soluzioni e si ristruttura e ridefinisce un problema.

Lo schema sottostante riporta alcune tecniche di induzione.

Strumenti di induzione:



Casi clinici

Ho deciso di descrivere dei casi delle mie prime ipnosi perché credo, e spero, che possano essere utili ai nuovi ipnologi. Nel mio percorso fallire e sperimentarsi è stato fondamentale e ancora mi sento molto lontana dall'essere soddisfatta delle mie induzioni.

All'inizio del corso mi sembrava che mi si parlasse in arabo, tanto alcuni concetti erano distanti dalla mia realtà lavorativa e dalle mie capacità comunicative.

Devo ammettere che non è stato facile. All'inizio mi mancavano uno "schema" e le parole da dire. Avevo più chiare in testa le parole da NON dire e da NON usare e mi bloccavo quando inevitabilmente "sbagliavo" e dicevo cose inadatte alla comunicazione ipnotica ("NON proverà dolore!", tanto per fare un esempio).

Per me un'altra grande difficoltà è stata quella di imparare a non "partecipare" emotivamente ai problemi dei pazienti e cercare di indurre l'ipnosi in un paziente creando un rapporto con lui ma mantenendo anche il sufficiente distacco per poter compiere il mio lavoro.

All'inizio inoltre ero preoccupata che l'induzione avesse un buon esito e quindi soffrivo un po' di ansia da prestazione.

Le mie prime esperienze sono state tutte negative. Ho provato dapprima con dei familiari e non sono riuscita ad indurre alcuna trance, provocando prevalentemente risate o sbadigli.

Successivamente ho provato in una giovane paziente in un'urgenza: questa donna di 43 anni doveva essere portata in sala di emodinamica per la seconda volta in poco tempo ed era molto angosciata, oltre a provare un intenso dolore toracico. Ho iniziato senza fare un contratto con la paziente (primo errore!), semplicemente focalizzando la sua attenzione sul suo respiro, facendole chiudere gli occhi e ricalcando le reazioni che vedevo sul suo volto. Dopo una prima fase in cui la paziente si stava rilassando, le è stata praticata l'anestesia locale al polso. La paziente ha provato dolore ed ha ricominciato ad agitarsi. Ho tentato di guidarla e di focalizzare nuovamente la sua attenzione sul respiro, senza riuscirci assolutamente. Il setting era molto disturbato da chi stava preparando la sala, che mi rivolgeva o le rivolgeva la parola, non comprendendo quello che stavo cercando di fare...

A questo punto, piuttosto intristita dalle mie esperienze negative, ho provato a chiedere a degli amici di fare le cavie, non sentendomi abbastanza "capace" di sperimentarmi con i pazienti, in cui mi sentivo obbligata ad ottenere un risultato più tangibile e difficile come l'analgesia. Alcuni si sono rifiutati categoricamente,

avendo in testa l'ipnosi alla Giucas Casella, altri invece si sono sottoposti entusiasti, curiosi dell'esperienza.

Ho notato che chi voleva provare questa esperienza era più spesso una persona che già praticava lo yoga o metodi di auto rilassamento e che il fatto di voler provare questa esperienza ha permesso loro di lasciarsi andare, facilitando il mio compito. Con gli amici sono riuscita a sperimentare diverse tecniche di ipnosi e ad indurre le prime trance.

Il primo caso che vorrei raccontare è quello di una infermiera con cui lavoro in sala quotidianamente, molto brava nel suo lavoro ma sempre molto ansiosa sia per questioni lavorative sia personali. Mi ha chiesto con entusiasmo di essere ipnotizzata.

Prima di tutto ho fatto attenzione al setting perché avevo notato in altre occasioni che in ospedale spesso si veniva disturbati da voci o dalla presenza di qualcun altro. A dire la verità ero io per prima ad essere distratta. Abbiamo pertanto trovato una stanza tranquilla, alla fine del turno.

Ci siamo sedute entrambe su due sedie comode e poi io ho iniziato a parlare. Le ho fatto fissare lo sguardo sul mio dito che si avvicinava e ha chiuso presto gli occhi, con flutter palpebrale. Poi le ho dato suggestioni di leggerezza al braccio destro e con mia grande emozione il braccio ha cominciato a levitare. Il suo viso appariva rilassato e sereno.

Essendo sicura di aver ottenuto la trance, le ho dato delle suggestioni di un posto sicuro, in cui si sentiva bene e rilassata, cercando di rimanere il più possibile vaga in modo da lasciarla immaginare il luogo a lei più consono. Le ho poi suggerito l'immagine di una brezza che soffiava prima piano e poi più forte, dicendole che non la infastidiva e che avrebbe portato via le foglie secche. Poi le ho suggerito che la brezza si calmava di nuovo e lei poteva godere con calma la tranquillità del suo posto sicuro.

Al termine l'ho riorientata suggerendole una sensazione di benessere quando avesse avuto voglia di riaprire gli occhi.

Nell'emozione di averla vista in trance e visivamente rilassata, come non capita mai nella quotidianità, mi sono dimenticata di darle un ancoraggio, di cui probabilmente avrebbe giovato. Mi ha raccontato che durante la trance era nel giardino di casa sua, attornata dai suoi fiori, con il sole che le accarezzava la pelle. Mi ha detto che era stata bene e che avrebbe voluto durasse di più.

Sperimentarmi con gli amici mi ha dato la possibilità di sbagliare e provare diverse tecniche, perché non avevo un reale obiettivo, come invece ho per i pazienti in sala. Questo mi ha permesso di acquisire un pochino di fiducia in me stessa.

Dopo alcuni tentativi con altri amici, ho provato con alcuni pazienti in procedure più brevi (impianti di pacemaker), in cui la maggior difficoltà è stata trovare un

paziente idoneo (spesso si tratta di pazienti anziani, con associata demenza). In queste procedure ho sempre usato una tecnica induttiva focalizzata sul respiro e poi dato suggestioni di analgesia della zona interessata usando immagini di freddo. Ho poi ratificato con l'ago l'ottenimento dell'analgesia sulla zona interessata. Nei quattro pazienti che ho sottoposto ad impianto pacemaker con questa tecnica ho comunque praticato l'anestesia locale con lidocaina. In tutti e 4 i pazienti la procedura si è svolta in tranquillità e tutti si sono detti soddisfatti e rilassati alla fine dell'intervento.

Mi sono poi cimentata in procedure più lunghe, come l'ablazione di fibrillazione atriale.

In queste procedure ho di nuovo avuto problemi legati al setting, che è molto disturbato (la sala è condivisa con l'emodinamica, con un va e vieni continuo di persone che parlano). L'altro mio grosso limite è stato che mi sono resa conto di non essere in grado di gestire l'ipnosi e la procedura come primo operatore insieme.

Pertanto, dopo alcuni insuccessi, per ora mi sono ritagliata lo spazio per eseguire procedure in ipnosi quando potevo dedicarmi completamente al paziente in qualità di ipnologa, mentre i miei colleghi facevano la procedura.

Il primo paziente in cui sono riuscita ad ottenere la trance è stato G. P., un uomo di 47 anni, con storia di fibrillazione atriale persistente.

L'induzione della trance è stata agevole; si è focalizzato sul respiro rallentando velocemente la frequenza respiratoria e rilassando visivamente i lineamenti del viso, con flutter palpebrale e scialorrea. Ho poi suggerito al paziente l'immagine di un posto sicuro e tranquillo, in cui nulla lo potesse disturbare. Ho successivamente usato delle suggestioni di freddo per indurre analgesia e ho ratificato l'analgesia provando a pungerlo sul braccio, senza avere alcuna reazione. La trance appariva profonda, nessuna reazione né dolore è stato evocato neppure quando è stata praticata l'anestesia locale all'inguine ed è stata punta la vena femorale con l'ago percutaneo.

All'inizio della procedura è stato necessario eseguire anche un Ecotransesofageo. Ho dato altre suggestioni, suggerendo di ingoiare un gelato fresco e la procedura si è svolta senza alcun problema. Al momento delle erogazioni in parete posteriore il paziente ha cominciato a lamentarsi per il dolore. A quel punto ho praticato del Fentanest ev (1 fl) e ho dato nuove suggestioni. Il paziente non ha avuto necessità di altri farmaci né di una sedazione profonda.

Al termine dell'encircling delle vene polmonari, essendo il paziente in fibrillazione atriale, è stato praticato dell'Ipnovel ed è stata eseguita la cardioversione elettrica. Io ho avvisato il paziente che lo avremmo addormentato e l'ho fatto uscire dalla trance e riorientato prima della cardioversione elettrica. Dopo il ripristino del ritmo sinusale, sono state eseguite alcune ulteriori erogazioni in vena polmonare

superiore sinistra. Il paziente a quel punto era sedato e assolutamente “fuori controllo”. Quello che mi ha colpito è che a quel punto le escursioni respiratorie erano molto più irregolari ed il catetere ablatore molto meno stabile. Questo mi ha fatto avere molte speranze per il futuro!

Al termine mi ha confidato che durante la procedura aveva immaginato di essere in montagna, al colle dell’Assietta, a giocare con la figlioletta di 5 anni.

Un analogo caso mi è accaduto in una donna di 73 anni. Anche in lei ho ottenuto una trance focalizzando la sua attenzione sul respiro. Il viso era rilassato, il riflesso della deglutizione era ben visibile così come la lacrimazione. Analogamente al caso precedente ho dato suggestioni di un posto sicuro e anche lei pareva “analgesica” testando l’assenza di dolore con un ago. Inoltre ha tollerato benissimo l’ecotransesofageo intraprocedurale. Tuttavia fin dalla prima erogazione di radiofrequenza ha iniziato a lamentare dolore. Non volendo provocarle dolore, visto che si muoveva compromettendo anche la procedura, l’abbiamo sedata.

Alla fine della procedura mi ha confidato che, almeno all’inizio, si trovava nel giardino di casa sua a chiacchierare con le figlie.

Di recente, oltre all’applicazione dell’ipnosi nelle procedure, ho iniziato ad usare le tecniche di comunicazione ipnotica in ambulatorio, utilizzando lo YES set. Trovo molto utile esercitarmi in ambulatorio – e mi rammarico di non averlo fatto prima, iniziando proprio da lì la mia pratica- perché mi serve ad imparare ad utilizzare i termini corretti, in modo che la mia abilità comunicativa diventi sempre più fluente. Ho notato che comincio a capire più facilmente quale è il canale comunicativo del paziente e riesco sempre di più, anche nei pochi minuti concessi dai tempi delle visite ambulatoriali, a creare una relazione positiva.

Il mio più grande successo rimane la comunicazione ipnotica che ho applicato a mia figlia in occasione di un suo recente ricovero in Day Hospital. Chiara, che ha quasi 7 anni, era molto agitata. All’arrivo le è stato praticato il tampone per il COVID19 e l’umore era ancora più nero. Sapevo che subito dopo le avrebbero messo la cannula.

Ho deciso che potevo provare a fare qualcosa di diverso per lei e le ho proposto un gioco, ricordandomi della tecnica del sovraccarico che era stata fatta vedere in una lezione.

All’ingresso nella sala medica ho chiesto al personale infermieristico di lasciarmi interagire con mia figlia senza interferire. Dopo averla sdraiata sul lettino le ho chiesto di stringermi la mano fortissimo, sempre più forte, e l’ho sfidata a contare al contrario, da 30 a zero. Nel frattempo tenevo lo sguardo fisso nel suo e le sorridevo. Le infermiere hanno messo la cannula e quando Chiara ha detto “zero” si è girata verso di loro che le stavano mettendo la medicazione. A quel punto ha sorriso e ci ha detto che non aveva sentito la puntura.

Le infermiere si sono molto stupite e mi hanno chiesto informazioni sulla tecnica dicendomi:” Sembra ipnosi!”. Mi hanno detto che proveranno ad replicare il mio metodo con altri bambini e questo pensiero mi emoziona. Trasformare una procedura negativa in qualcosa di positivo, specialmente in un bambino, mi dà la voglia di migliorare e di sperimentare la tecnica ipnotica sempre di più.

CONCLUSIONI



C'è una crepa in ogni cosa. E' da lì che entra la luce (L. Cohen)

Ho sempre pensato che nelle difficoltà della vita si possa comunque ritrovare la luce.

In Giappone si pratica un' antica tecnica artistica che è anche una lettura della vita e delle relazioni: il Kintsugi. La parola Kintsugi letteralmente significa *riparare con l'oro*. Infatti si tratta di una procedura per riparare gli oggetti in ceramica impazziosendoli, anziché buttarli. La bellezza non è data dalla perfezione – uno standard irraggiungibile –, ma dalla capacità di fare delle imperfezioni un punto di forza e di vanto. Delicatezza e pazienza sono le parole chiave di questa tecnica, che – parallelamente a quella che è l'elaborazione del dolore negli esseri umani – prevede che vengano raccolti i pezzi dopo la rottura, che vengano quindi riassembleti e che le crepe vengano riparate. L'oggetto risultante sarà chiaramente diverso, ma bellissimo. Anzi, proprio quelle ferite avranno contribuito a migliorarne l'essenza e lo stile. Una bellezza che andrà sfoggiata con fierezza al mondo.

Credo che tutti i ricoveri, tutte le procedure che i nostri pazienti subiscono, siano una crepa, più o meno grande, nel loro percorso di vita. L'ipnosi ci offre la possibilità di trasformare questa esperienza in qualcosa di meno doloroso, se non addirittura di piacevole. Insieme al paziente, nel rapporto creatosi con l'ipnosi, possiamo, analogamente alla tecnica kintsugi, riparare le crepe in modo positivo.

Nella mia piccola esperienza i maggiori benefici che ho potuto individuare includono la diminuzione dell'ansia, l'aumento del rilassamento, la sensazione di benessere.

In procedure meno complesse e dolorose questo ha permesso all'operatore ed all'equipe infermieristica di lavorare con serenità e ha dato un beneficio al paziente, che si è sempre detto soddisfatto del risultato ottenuto.

Per quanto riguarda l'analgesia, soprattutto per procedure più lunghe o dolorose, non credo di aver ancora trovato le suggestioni giuste per sentirmi sicura.

Talora non ho provato ad applicare la metodica, spaventata dall'eccessiva ansia dei pazienti e non sentendomi ancora in grado di guidarli sufficientemente bene, ma credo che si tratti di un percorso di crescita personale, che richiede tempo ed allenamento.

Nei casi di ablazione descritti mi sono dedicata esclusivamente all'ipnosi, in modo da essere completamente concentrata sul paziente. Questo è stato possibile grazie ai colleghi elettrofisiologi che mi hanno aiutata, lasciandomi a riposo come elettrofisiologa e facendomi vestire i panni dell'ipnologa.

La prossima frontiera sarà di riuscire a fare le procedure come primo operatore e nel contempo l'ipnosi.

Il cammino è ancora lungo, ma affascinante, anche perché ad ogni induzione avviene qualcosa di nuovo, di diverso...è un'esplorazione che continua e mi arricchisce ogni volta.



BIBLIOGRAFIA

1. Dominique Megglé, *Psicoterapie brevi*, Red Edizioni, 1998 Como, p. 32
2. Jay Haley, *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma 1976, p. 10
3. Milton H. Erickson - Ernest L. Rossi, *Ipnositerapia*, Astrolabio, Roma 1982, p. 10
4. Milton H. Erickson *Opere*, Vol. IV
5. Adachi T, Fujino H, Nakae A, Mashimo T, Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014;62(1):1–28
6. Wobst AHK. Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesth Analg*. 2007 May;104(5):1199–208
7. Baglini R, Sesana M, Capuano C, Gneccchi-Ruscione T, Ugo L, Danzi GB. Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *Am J Cardiol*. 2004 Apr 15;93(8):1035–8.
8. Amedro P, Gavotto A, Gelibert D, Fraysse V, De La Villeon G, Vandenberghe D, et al. Feasibility of clinical hypnosis for transesophageal echocardiography in children and adolescents. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019 Feb; 18(2):163-170
9. Barbero U, Ferraris F, Muro M, Budano C, Anselmino M, Gaita F. Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2018 Jan;19(1):18–21
10. Scaglione M, Battaglia A, Di Donna P et al Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. *IJC Heart & Vasculature* 2019 Sep; 24:100405
11. Scaglione M, Battaglia A, Lamanna A et al Adjunctive hypnotic communication for analgosedation in subcutaneous implantable cardioverter defibrillator implantation. A prospective single centre pilot study. *IJC Hearth & Vasculature* 2021 Aug; 35: 100839
12. Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R., Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 63, 1–9
13. F. Granone *Trattato di ipnosi* UTET 1989
14. A. M. Lapenta, M. Somma, G. Tirone et al *Ipnosi sperimentale e clinica* Ed. Artistica Bassano 2006
15. R. Bandler, J. Grinder *Ipnosi e trasformazione. La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi*. Casa Editrice Astrolabio
16. Jacobson E (1938) *Progressive relaxation* Chicago IL University of Chicago

17. Mastronardi V 2002 Le strategie della comunicazione umana, Milano, Franco Angeli
18. Milton H Erickson 1983 La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici Casa editrice Astrolabio