

COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2010

Titolo Tesi

La comunicazione ipnotica in broncoscopia

Studente

Giraudò Paolo

Relatore

Dott. Massimo Somma

CORSO DI COMUNICAZIONE IPNOTICA E IPNOSI ANNO 2010

Titolo della tesi:

La comunicazione ipnotica in broncoscopia

INDICE

PREFAZIONE.....	PAG 4
COS'E LA BRONCOSCOPIA.....	PAG 6
ESECUZIONE DELL'ESAME.....	PAG 7
PRENDERSI CURA DELL'ALTRO.....	PAG 8
LA RELAZIONE DI AIUTO.....	PAG 9
GENUINITA',ACCETTAZIONE,COMPRESIONE.....	PAG 10
IL COMPORTAMENTO E LA COMUNICAZIONE NON VERBALE.....	PAG 12
IL CONTATO OCULARE.....	PAG 13
L'ESPRESSIONE FACCIALE/IL TONO DI VOCE.....	PAG 14
LA POSTURA E L'ANDAMENTO/LA GESTUALITA'.....	PAG 15
LA DISTANZA INTERPERSONALE.....	PAG 16
LE 12 BARRIERE DELLA COMUNICAZIONE.....	PAG 17
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA	
STRUMENTO DI CAMBIAMENTO.....	PAG 18
LA STORIA DI GUIDO.....	PAG 24
APPROFONDIMENTI.....	PAG 26
CONCLUSIONE.....	PAG 29
BIBLIOGRAFIA.....	PAG 31

*Perché un pensiero cambi il mondo
bisogna che cambi prima la vita
dell'uomo che lo esprime:
che cambi in esempio.*

A. Camus, Taccuini, II

PREFAZIONE

La facoltà del linguaggio verbale umano, con le singole lingue naturali che ne sono l'attuazione storica, è certamente uno dei principali prodotti della mente umana (se non addirittura il principale). Lo studio del linguaggio getta luce sul funzionamento della mente stessa e, contemporaneamente, illustra la struttura di un sistema complesso creato dalle potenzialità della mente, ma continuamente riorganizzato dal caso o, per meglio dire, dalla storia. Lo studio del linguaggio offre così l'opportunità di cogliere profondi processi di interazione tra natura e storia.

Come aveva già ben chiaro Ferdinand de Saussure, la linguistica, sul piano epistemologico, è inquadrata in un più ampio ambito di indagine scientifica, che chiamiamo semiologia o semiotica e che si occupa di studiare i sistemi e i processi di comunicazione a qualunque livello.

La specificità della linguistica, come semiologia del linguaggio verbale umano, si manifesta però spesso come una superiorità (rivestendo cioè un ruolo-guida anche per gli studi semiotici in senso lato), non solo per una priorità storica della disciplina, ma anche e soprattutto per le particolarità eccezionali dell'oggetto di indagine: ossia, appunto, il linguaggio verbale umano.

Questo sistema di comunicazione è il più potente e complesso di quelli conosciuti: per esempio è l'unico di tutti i codici semiotici che permette in effetti di espletare la cosiddetta "funzione metalinguistica", ossia è l'unico in grado di descrivere sé stesso e tutti gli altri codici.

Prescindendo da altre peculiarità, basterebbe ricordare come il linguaggio verbale umano ci differenzi abissalmente da tutte le altre specie animali, avendoci posti, sul nostro pianeta, in una posizione, per così dire, di "supremazia". Tramite esso possiamo formulare ed esternare (cioè "mettere in comune" ossia "comunicare") pensieri complessi con una rapidità e una precisione a dir poco straordinari.[1]

Il linguaggio verbale e non verbale è uno strumento necessario nella relazione tra esseri umani, esso rappresenta le fondamenta di una struttura superiore che prende il nome di comunicazione. In una relazione di aiuto, la comunicazione ha la finalità di suggellare un rapporto tra chi aiuta e chi riceve. La comunicazione può essere paragonata a una figura poliedrica che presenta più facce, ad esempio nell'ipnosi, la comunicazione rappresenta uno strumento essenziale per realizzare una particolare condizione di funzionamento cerebrale, e garantire l'accesso diretto all'inconscio.

INTRODUZIONE

La comunicazione ipnotica ha origine da tecniche comunicative avanzate ,e più precisamente da una disciplina della comunicazione chiamata PNL(Programmazione Neurolinguistica) e l'ipnosi Eriksoniana all'interno di una cornice funzionale indirizzata verso l'applicazione immediata della metodologia. La comunicazione ipnotica consente:

- Utilizzare la comunicazione non verbale in modo naturale, ottenendo lo scopo di affascinare inconsciamente.
- Legare la terminologia utilizzata agli stati emozionali di chi è di fronte.
- Sfruttare la comunicazione non verbale per costruire relazioni vincenti per entrambi.
- Costruire livelli di rapport multipli(posturale,verbale,ecc..).
- Comprendere i bisogni della persona che si ha di fronte.
- Sfruttare al meglio il rapporto fra linguaggio e tempo.
- Costruire modelli linguistici per contrastare le obiezioni.[2]

La comunicazione ipnotica rappresenta una risorsa importante nell'aiutare il paziente lungo un percorso assistenziale,in cui vengano contenute l'ansia e la paura che spesso precedono un esame strumentale come la broncoscopia. Inoltre rende il paziente attore al centro della scena,in cui le molteplici emozioni che insorgono durante l'esame,siano annullate. La comunicazione ipnotica non si improvvisa,non è una recita a soggetto,ma per metterla in pratica occorre aver frequentato un corso che renda l'operatore sanitario esperto in tale materia.

Tab.1 La comunicazione ipnotica.[3A]

Chi?	Trasmittente	IPNOTISTA
Comunica con chi?	Ricevente	IPNOTIZZATO
Cosa?	Contenuto	IL TUO BRACCIO E' LEGGERO
Come?	Modo	PACATAMENTE
Con quale canale	Mezzo	VERBALE/NON VERBALE
Sulla base di quali elementi	Fondatezza	"SONO LEGATI AL TUO POLSO DEI PALLONCINI"
Con quale effetto	Risultato	IL BRACCIO SI SOLLEVA INVOLONTARIAMENTE
In quale contesto	Ambiente	SEDE DEL CORSO/AMBULATORIO/SALA PARTO/SALA OPERATORIA ECC...
In quale circostanza	Occasionale	LEZIONE/TERAPIA/ESPERIMENTO
Con quale scopo	Finalità	DIDATTICO/TERAPEUTICO/ESPERIMENTALE

COS'E' LA BRONCOSCOPIA

Generalità sull'esame: La broncoscopia è una procedura che consente di osservare direttamente, la trachea ed l'albero bronchiale. Viene effettuata da uno Specialista Pneumologo in un ambulatorio diagnostico appositamente attrezzato.

E' un esame di secondo livello che tradizionalmente viene utilizzato per la diagnosi delle neoplasie polmonari, ma negli ultimi dieci anni sono aumentate

le indicazioni anche per alcune malattie infiammatorie, e in particolare per le malattie dell'interstizio e le fibrosi polmonari, soprattutto la sarcoidosi, e recentemente per le malattie ostruttive bronchiali come l'asma bronchiale e la BPCO, dove l'esame delle cellule dei tessuti bronchiali permette una diagnosi più precisa.

L'esecuzione dell'esame: dopo la fase di preparazione, uno speciale strumento flessibile chiamato broncoscopio, sarà inserito attraverso la bocca o il naso. Il fibroscopio sarà poi spinto dolcemente nelle vie respiratorie. Il broncoscopio non determina ostruzione completa delle vie respiratorie e pertanto non compromette la respirazione. In ogni modo la respirazione sarà tenuta sotto controllo mediante un apparecchio chiamato pulso-ossimetro che consente di valutare la necessità di somministrare ossigeno supplementare.

La preparazione con l'anestetico locale, avviene mediante la nebulizzazione attraverso il set Devilbis di oxibuprocaina al 1%. L'anestetico viene spruzzato attraverso il naso e la bocca a fasi ripetute.

La durata dell'esame è in media di 10-15 minuti ma la durata complessiva comprendente le fasi di preparazione, esecuzione e controllo post-esame è di circa 1 ora.

Questo tipo di esame può rappresentare una causa di paura e di ansia, legata alla mancata conoscenza della procedura, oppure tale emotività è legata ad una diagnosi incerta o alla sintomatologia, che può assumere caratteri drammatici nel caso in cui vi è la presenza di sangue (ad esempio emoftoe) che ha portato il paziente ad eseguire l'esame endoscopico.

Il ruolo dell'infermiere durante la broncoscopia è determinante, poiché egli non cura ma si prende, non viene più utilizzato il verbo "To care" ma viene aggiunto il verbo prendere "To Take care". "Prendersi cura"

PRENDERSI CURA DELL'ALTRO

Quale ruolo occupa l'opera di cura nell'agire infermieristico e nelle professioni sanitarie? La cura rappresenta un elemento essenziale della vita e nel lavoro di cura si incontra sempre un "altro". Prendersi cura dell'altro implica la capacità di essergli accanto. Ma chi è l'altro che incontro e scopro diverso da me? Perché accoglierlo? Per dovere? Per etica professionale? Per educazione? Le emozioni ed i sentimenti rivestono un ruolo fondamentale nelle relazioni. Negarli o volerli nascondere non consente a coloro che si dedicano all'attività di cura di agire una buona cura. Il rispetto, il riconoscimento e il dialogo sono requisiti indispensabili all'accoglienza, ma è l'ascolto, fra tutte, la facoltà che ci consente di entrare in contatto con il mondo dell'altro, un ascolto (per dirla con le parole di Simone Weil) in cui trovi posto il silenzio, l'attenzione, l'umiltà.[3]

Il primo a parlarci di cura in termini filosofici è Heidegger, che definisce l'uomo l'unico ente in grado di prendersi cura dell'essere. Arricchendo la filosofia heideggeriana di una componente significativa, la dimensione trascendente, possiamo dire ancora di più: l'uomo è essenzialmente capacità di prendersi cura. La sua esistenza non è riducibile a pura presenza: il "rimanere a guardare se stessi e il proprio intorno" è lasciarsi vivere, proiettati nel baratro di un'esistenza in autentica. L'essenza dell'uomo, creato a immagine di Dio, è relazione, possibilità, apertura, ec-sistenza, trascendenza, dono: tutti valori che, solo se realizzati, fanno gustare la felicità di un'esistenza autentica. E' proprio dell'uomo, quindi, prendersi cura del proprio essere e di quello altrui.

Cosa significa prendersi cura

Prendersi cura non ha un significato univoco. Diverso è prendersi cura di una pianta, di un cane o di un uomo. Prendersi cura di un uomo non vuol dire addomesticarlo. Addomesticare, come ci insegna Saint-Exupery, significa creare legami di dipendenza, fino a far nascere in ciò che si è addomesticato

il bisogno di qualcuno e considerarlo unico per sé. Finché si tratta di una volpe è legittimo e non ripugna. Ma diventa offensivo se lo si pensa per l'uomo. Nessuno, per quanto grande sia il numero delle persone di cui deve prendersi cura, può porsi con loro in una relazione di addomesticamento. Prendersi cura di una persona significa innanzitutto rispettare, stimolare e valorizzare lo svolgersi della sua esistenza, secondo la progettualità che essa stessa contiene e che a priori non è conosciuta neanche dal soggetto stesso, ancor meno da chi la osserva.

Nella relazione personale, il prendersi cura dell'altro non può mai rifarsi a schemi precostituiti, elaborati su esperienze pregresse, tanto da forgiare un cliché. Se l'altro è accolto nella sua unicità, colui che si prende cura dovrà necessariamente partire dalla unicità del soggetto a cui rivolge questa cura, questo comporterà un atteggiamento attento all'altro, di accoglienza, ascolto e apertura non condizionata. Nel campo antropologico, la sapienza empirica (la cosiddetta esperienza!) è fuori luogo, e, se utilizzata come unico metro d'azione, è addirittura devastante. E questo in forza del fatto che l'essere di cui mi prendo cura non mi apparterrà mai come qualcosa, e qualcosa per me (lo ridurrei, altrimenti, ad un'esistenza inautentica).

LA RELAZIONE DI AIUTO

Si ha una relazione di aiuto quando vi è un incontro fra due persone di cui una si trovi in condizioni di sofferenza/confusione/conflicto/disabilità, rispetto ad una determinata situazione o un determinato problema che si trova a dover gestire e un'altra invece dotata di grado "superiore" di adattamento/competenza/abilità rispetto a queste situazioni o tipo di problema.

Se fra queste due persone si riesce a stabilire un contatto (una relazione) che sia effettivamente di aiuto allora è probabile che la persona in difficoltà inizi qualche movimento di maturazione/chiarificazione/apprendimento che la porti ad avvicinarsi all'altra persona e a rispondere in modo soddisfacente al proprio ambiente e a proprie esigenze interne ed esterne.

Il contributo di Carl Rogers si estrinseca nello spostamento di enfasi, nell'ambito della relazione di aiuto, dal ruolo dell'operatore/esperto al ruolo della persona portatore del problema. Per lunga tradizione l'aiuto era ritenuto un processo che si

elaborava, per così dire, esclusivamente all'interno della persona che lo andava a offrire. Tutta l'attenzione, la responsabilità era centrata sull'esperto, l'altra persona non era che colui che doveva semplicemente attendere e ricevere. Rogers ribalta con decisione questo schema.

L'attore principale del processo di aiuto è individuato sempre più chiaramente in colui che questo aiuto ricerca e richiede.

Anche la stessa concezione di aiuto viene rivoluzionata, infatti l'aiuto non consiste tanto nel proporre soluzioni e nell'eseguire complicati aggiustamenti terapeutici, quanto piuttosto nel togliere ostacoli (emozionali, cognitivi, di oggettivi impedimenti esterni) rendendo così possibile il dispiegarsi di energie/potenzialità che la persona possiede.

La principale finalità della relazione di aiuto è quella di restituire autonomia, un maggiore senso di dignità e autostima alla persona.

Sicuramente si assiste ad uno spostamento d'enfasi dalle abilità tecnico-procedurali alle cosiddette qualità umane (genuinità, coerenza, disponibilità, sensibilità, creatività) dell'operatore di aiuto. La relazione di aiuto consiste nell'incontro fra due persona vere. Si riconosce in questo modo il primato delle qualità personali (del saper essere), nel senso che prima, a fondamento devono esserci tali qualità e solo su di esse possono innestarsi proficuamente le abilità tecniche più specifiche.

Ovviamente queste due componenti non sono in antinomia, ma sono complementari: la tecnica consiste nel padroneggiare razionalmente degli atteggiamenti (di ascolto, di empatia, di comprensione, di rispetto) che altro non sono, quando sono armonicamente integrate nel modo d'essere della persona, delle autentiche qualità umane.

E' chiaro che le stesse qualità personali, indispensabili alla relazione di aiuto, non sono date a priori e una volta per tutte, esse devono essere sottoposte a continuo affinamento per effetto di successivi apprendimenti esperienziali.

Un operatore di aiuto “totale” è colui che è contemporaneamente padrone della propria personalità, ma anche della meccanica della relazione di aiuto.

Rogers aveva individuato una triade di atteggiamenti personali ritenute condizione necessarie e sufficienti perchè i processi interpersonali si dispiegassero in senso costruttivo:

→ **genuinità** o la spontaneità dell'operatore di aiuto “Tutti noi conosciamo individui di cui ci fidiamo perché sentiamo che essi sono realmente come appaiono, aperti e trasparenti; in questo caso sentiamo di avere a che fare con la persona stessa, non con una facciata”.

La genuinità si evidenzia nell'essere sempre se stesso, sempre in collegamento con i propri sentimenti, la propria personalità, esprimendola. (implica congruenza fra i livelli psicologici, cioè fra ciò che sente, ciò che pensa e ciò che fa);

→ **accettazione incondizionata** della persona o considerazione positiva incondizionata, cioè si intende l'atteggiamento di non porre condizioni al fatto di accettare o di mantenere una positiva disposizione verso la persona. La persona è accettata, indipendentemente da ciò che pensa, solo per quello che è. Questa disposizione si riflette nell'helper nella capacità di interagire senza dare giudizi morali, nè di riprovazione, nè di approvazione;

→ **comprensione empatica**, interviene quando già il rapporto esprime i suoi contenuti e la sua dinamica e riguarda la capacità dell'helper di cogliere accuratamente la situazione personale di colui che gli sta di fronte: da ciò che dice (contenuti oggettivi delle sue espressioni e da ciò che è (dal suo non verbale).

Per Rogers empatia significa “ capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede costui.

Queste tre disposizioni personali hanno la caratteristica di essere di tipo passivo. Un helper capace di autenticità, di accettazione completa, di empatia accurata è

un operatore che ha sviluppato una capacità di accogliere la persona e creare un clima dentro la quale la persona si sente accettata e ben protetta.

La capacità di accoglienza è essenziale all'aiuto perchè permette l'iniziale libertà alla persona di muoversi senza pericoli nell'auto-esplorazione, creando, nella tranquillità le premesse per ricompattare le energie endogene di auto-realizzazione.

Il fondamento di tutto questo processo di aiuto è costituito dal lavoro di elaborazione intra-personale di chi è in difficoltà.

Elaborazione intra-personale, ovvero capacità di guardare dentro di sé per rileggere in prima persona il proprio vissuto, ciò richiede la capacità di esplorare le esperienze umane, comprendere gli obiettivi ed agire seguendo dei programmi per raggiungerli.

Ovviamente prima di arrivare alla possibilità di esplorare è necessario che l'helper presti attenzione all'helper e si sia creato un coinvolgimento, cioè la disponibilità da parte di entrambi a condividere con altri le esperienze personali significative.

Quindi il coinvolgimento porta all'esplorazione dell'esperienza, guardare dentro di sé per cercare di stabilire esattamente il punto in cui si trova in rapporto alla propria esperienza, quindi trarre elementi che possono facilitare l'individuazione degli obiettivi del processo di aiuto.

Prestare attenzione alla persona in difficoltà

La persona che chiede aiuto si sente vulnerabile, insicura, guardinga e ancora incapace di fiducia. Quindi per mettere la persona nella condizione di sentirsi accolta, colui che offre una relazione di aiuto deve essere consapevole del suo modo di comunicare coinvolgimento ed empatia nei suoi confronti.

Vi sono degli aspetti fondamentali per comunicare attenzione e passano attraverso due canali: quello non verbale e quello verbale.

Il comportamento e la comunicazione non verbale

“L'impossibilità di non comunicare”

Il comportamento non ha un suo opposto, cioè non esiste un non-comportamento. Se in una situazione di interazione il comportamento ha valore di messaggio, vale a dire è comunicazione, ne consegue che comunque ci si sforzi **non si può non comunicare**.

L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri a loro volta non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro.

Esempio: “l'uomo che guarda fisso davanti a sé mentre fa colazione in un bar affollato, o il passeggero d'aereo che siede con occhi chiusi stanno entrambi comunicando che non vogliono parlare con nessuno né vogliono che si rivolga loro la parola, e i vicini di solito afferrano il messaggio e rispondono in modo adeguato”.

Le prime informazioni scambiate tra due soggetti che entrano in relazione sono proprio quelle provenienti dal canale non verbale: l'espressione del volto, il contatto oculare, l'andatura, segnali gestuali e mimici, la distanza interpersonale, il tono di voce, forniscono gli elementi sui quali ciascuna delle parti si formerà la prima impressione inerente all'altra. Inoltre i soggetti continueranno ad attingere proprio da queste prime impressioni per molto tempo: esse saranno la base sulla quale verranno fondati più o meno inconsciamente riflessioni e giudizi futuri.

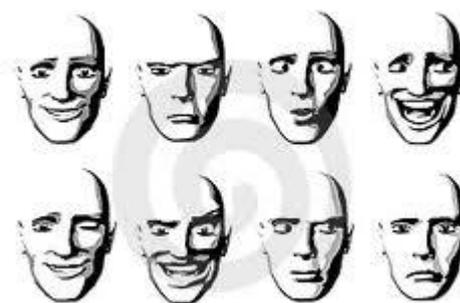


Il Contatto Oculare

Nel rapporto interpersonale il modo in cui viene stabilito il contatto con lo sguardo dell'interlocutore può fornire utili informazioni sul tipo di relazione, sui contenuti e

sulle emozioni provate dai soggetti in interazione e su aspetti di natura temperamentale.

Un contatto oculare regolare e continuato, ad esempio, generalmente metacomunica interesse per lo scambio interpersonale e risulta essere caratteristico degli individui **estroversi** e delle persone con comportamento **affiliativo** (Affiliazione: motivazione per la quale l'uomo cerca la compagnia di altre persone). Il **contatto oculare** assume caratteristiche diverse nei comportamenti **passivo**, **assertivo**, **aggressivo**. Per lo più nel comportamento passivo lo sguardo è diretto verso il basso, è sfuggente; nel comportamento assertivo è diretto, costante e discreto; nel comportamento aggressivo è fisso verso l'interlocutore e provocatorio.



L'Espressione Facciale

Il volto costituisce **la sede privilegiata per l'espressione delle emozioni** e, in quanto tale, fornisce informazioni preziose sul tipo e sull'intensità dei sentimenti sperimentati dalle persone in interazione. Il sorriso, ad esempio, rappresenta uno dei più efficaci indicatori dell'atteggiamento amichevole e dell'emozione propria della gioia.

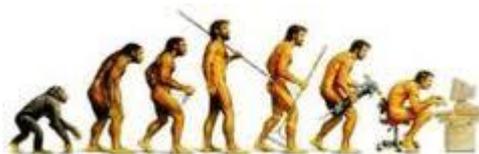
Anche per l'espressione facciale è possibile individuare configurazioni diverse nel comportamento: passivo, assertivo e aggressivo.

Nel comportamento passivo l'espressione facciale è povera, rigida, incongruente alla comunicazione verbale; nel comportamento assertivo è espressiva e corrispondente alla comunicazione verbale; nel comportamento aggressivo è inadeguata alla comunicazione verbale.



Il Tono di Voce

Il tono della voce rappresenta un aspetto della dinamica vocale, indipendente dal contenuto verbale, che tuttavia fa da corona ad esso, **contribuendo a dare significato o espressione alle parole**. Nel comportamento passivo il tono di voce è basso, incerto, tremante, opposto-incongruente alla comunicazione verbale; nel comportamento assertivo è opportuno, sicuro, dinamico-modulato congruente alla comunicazione verbale; nel comportamento aggressivo è elevato, concitato con prevalenza di toni acuti, inadeguato alla comunicazione verbale.



La Postura e l'Andatura

La posizione del corpo, degli arti, il modo in cui una persona si siede, si alza e cammina, **riflettono l'atteggiamento che la persona ha con se stessa e con gli altri**.

La postura e l'andatura di una persona con la quale si comunica, possono rivelare irrequietezza, timore, sicurezza, assertività.

Ad esempio, una persona che raggiunge il proprio interlocutore camminando con le spalle incurvate, può essere percepita come timida e impacciata; al contrario, una persona dalle spalle diritte e con un'andatura risoluta può suggerire sicurezza. Per lo più nel comportamento passivo la postura è reclinata in avanti, dimessa, rigida, goffa; nel comportamento assertivo è rilassata, regolare fluida; nel comportamento aggressivo è ravvicinata, invadente, scattante.



La Gestualità'

La gestualità e, più in generale, il linguaggio corporeo dell'individuo, rappresentano una comunicazione non verbale che **informa i soggetti in interazione sul tipo di sentimento intra e inter-personale che accompagna lo scambio comunicativo.**

Sebbene nella maggioranza dei casi i gesti del corpo rinforzino i messaggi verbali, talvolta essi possono rappresentare il solo canale comunicativo possibile o opportuno tra due interlocutori.

Nel comportamento passivo i gesti sono limitati nel numero, ripetitivi, non finalizzati e non correlati al significato della comunicazione verbale, incerti,

ambigui rapidi; nel comportamento assertivo sono aperti e cordiali; nel comportamento aggressivo sono sovrabbondanti, ampi e vistosi, irruenti e invadenti lo spazio sociale altrui.

La Distanza Interpersonale

Un altro importante aspetto della comunicazione non verbale è rappresentato dalla distanza interpersonale che separa fisicamente gli interlocutori. Quest'ultima può variare quantitativamente e caratterizzare quindi diverse tipologie di contatto sociale e/o interpersonale. In particolare, la distanza interpersonale viene distinta in:

- **intima** (0 -18 pollici/ 2,5 cm);

- **personale** (18 pollici/ 4 piedi);



- **sociale** (4/ 12 piedi);

- **pubblica** (oltre 12 piedi).

Una distanza eccessiva, caratteristica di uno stile passivo, riflette la tendenza ad assicurarsi un maggiore spazio interpersonale in difesa del proprio "territorio"; una distanza troppo ridotta, rappresentativa di uno stile aggressivo, esprime la tendenza ad affermare i propri diritti ignorando o minimizzando quelli altrui. Ai fini di una adeguata capacità ad entrare in contatto con gli altri, si dimostra particolarmente critica la capacità di modulare la distanza interpersonale adeguandola al tipo di relazione sociale che si sta vivendo. Tale capacità, indicativa di uno stile

relazionale assertivo, risulta facilitare il contatto e la comunicazione interpersonale, trasmettendo rispetto simpatia e apertura.

Relativamente alla distanza interpersonale occorre inoltre precisare che sebbene sia fortemente correlata a caratteristiche personali e motivazionali, essa dipende anche da variabili culturali. Così, in alcune popolazioni del mondo orientale, come ad esempio in quella islamica, è piuttosto diffusa la tendenza ad interagire attraverso il contatto fisico o ad avere distanze molto ravvicinate anche con persone estranee.

LE 12 BARRIERE DELLA COMUNICAZIONE

1. Dare ordini, comandare, dirigere es. "Tu devi..." "Bisogna che tu..." "Tu farai..."
2. Minacciare, ammonire, mettere in guardia es. "Se non fai così..." "E' meglio per te..., altrimenti...!"
3. Moralizzare, far prediche es. "Tu dovresti..." "Sarebbe opportuno..."
4. Offrire soluzioni, consigli, avvertimenti es. "Quello che farei io al posto tuo..." "Perché tu non..." "Consentimi di darti un consiglio..."
5. Argomentare, persuadere con la logica es. "Ecco perché tu sbagli..." "In realtà le cose stanno così..."
6. Giudicare, criticare, biasimare es. "Tu sei un indolente" " Tu non pensi come una persona umana..."
7. Fare apprezzamenti, manifestare compiacimento es. "Penso che tu stia facendo un ottimo lavoro" "Hai proprio ragione..."
8. Ridicolizzare, etichettare, usare frasi fatte es. "Piagnone!..." "Bravo, furbacchione!..."
9. Interpretare, analizzare, diagnosticare es. "Tu sei semplicemente stanco..." "Tu in realtà non vuoi dire questo..."
10. Rassicurare, consolare es. "Non aver paura..." "Su, fatti coraggio..." "Vedrai ti andrà meglio..."
11. Indugiare, investigare es. "Perché..." "Ma cosa hai fatto..."
12. Cambiare argomento, minimizzare, ironizzare es. "Parliamo piuttosto di cose piacevoli..." "Perché non provi a riposarti..."

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA STRUMENTO DI CAMBIAMENTO PRESSO L'AMBULATORIO DI BRONCOSCOPIA DELL'OSPEDALE MOLINETTE

Prima del corso di comunicazione ipnotica

Paziente seduto sulla sedia	Infermiere in piedi (Fig1): <ul style="list-style-type: none">❖ rilevazione segni vitali❖ spiegazione nel dettaglio tutto l'iter diagnostico dalla preparazione all'esecuzione della broncoscopia. <i>"Al termine dell'anestesi avvertirà una sensazione di gonfiore in gola"</i>❖ Firma del consenso informato da parte del paziente.
Paziente seduto sulla sedia	Preparazione con Oxibrupocaina all'1%, del cavo orale e del naso attraverso spray ripetuti. Il paziente accusa in questa fase tosse continua e spesso conati di vomito legati all'anestetico locale.
Termine anestesia locale	Il paziente viene fatto accomodare nella stanza adiacente dove eseguirà l'esame.
Prima dell'esecuzione dell'esame	<ul style="list-style-type: none">❖ Incanulamento vena per avere un vaso pervio per eseguire farmaci d'urgenza.❖ Posizionamento occhiali nasali, per somministrare ossigeno durante l'esame.

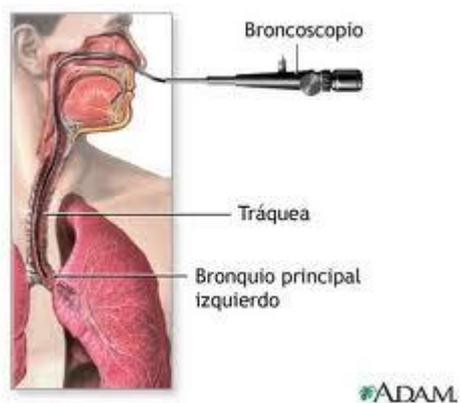
	❖ Inserimento della pinza del saturimetro in un dito della mano
Prima dell'esecuzione dell'esame	❖ Somministrazione di Midazolam(Ipnovel)
Dopo esecuzione esame	❖ Infusione di Idrossizina Cloridrato (Atarax),per favorire il risveglio
Controllo parametri vitali e stato generale	Dimissione dal servizio di Broncoscopia
L'AMBIENTE	
Durante la preparazione vi era un vociare continuo da parte di colleghi che entravano ripetutamente nel servizio,lo squillo del telefono continuo,le varie melodie dei cellulari,la porta che sbatteva.....	

Dopo il corso di comunicazione ipnotica.....

Prima dell'esecuzione dell'esame	<p>Infermiere <u>SEDUTO vicino al malato (Fig.2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ rileva segni vitali ❖ Intanto osserva il paziente,per raccogliere elementi utili per la fase di induzione) ❖ Spiega in minima parte l'iter diagnostico,il paziente non viene più informato degli effetti della terapia anestetica locale (sensazione di gonfiore in gola)
----------------------------------	---

	❖ Firma del consenso informato da parte del paziente.
Prima dell'esecuzione dell'anestesia e durante tutta la preparazione	L'infermiere utilizza la comunicazione ipnotica per ridurre ansia e paura legati all'esame o al suo esito. INDUZIONE
Esecuzione dell'anestesia	INDUZIONE E APPROFONDIMENTO STATO DI RILASSAMENTO CONDIZIONAMENTO (Viene dato un ancoraggio) <u>Riduzione netta della tosse e dei conati di vomito</u> <u>Riduzione della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria</u>
Termine anestesia	Riemersione
Paziente viene fatto accomodare in un'altra stanza adiacente per eseguire l'esame	Verifica del condizionamento Verifica del grado di approfondimento Posizionamento cannula venosa Applicazione occhialini nasali e saturi metro
Esecuzione esame	Minima quantità di Midazolam,per

	tranquillizzare il medico.
Al termine dell'esame	Riemersione Verifica del beneficio della fase ipnotica
Controllo segni vitali e stato di coscienza	Dimissione i pazienti asseriscono di aver sentito una riduzione dell'ansia già in fase di preparazione
L'AMBIENTE	
Ridotto se non annullato il vociare dei colleghi, i vari suoni e le porte che sbattono sono state inserite all'interno dell'induzione, che rafforzerà lo stato di trance nel paziente.	



Prima del corso di ipnosi Fig.1



Dopo il corso di ipnosi Fig.2

LA STORIA DI GUIDO

Qualche mese fa si presentò presso l'ambulatorio di broncoscopia in cui svolgo la mia professione di infermiere, il Sig. A. Guido, di anni 48, appena aprì la porta per farlo accomodare, egli con occhi sgranati, il volto paonazzo e la cute sudaticcia mi disse: "Buongiorno, io sono un agente di polizia, se una persona mi punta la pistola davanti al volto non mi spavento, ma l'idea di fare questo esame mi terrorizza". La frase gli uscì dalla bocca tutta in un fiato, senza lasciarmi dire nemmeno buongiorno.

Lo feci accomodare, egli nel frattempo continuava a parlare, non era preoccupato per la sua diagnosi, ma dell'esame endoscopico e degli aghi. Intanto rilevai i segni vitali, gli feci firmare il consenso informato, non le dissi nulla riguardo la preparazione.

Lo chiamai per nome, gli appoggiai una mano sulla spalla, e gli dissi: "Guido, chiudi gli occhi siediti comodo". Erano passati solo tre mesi dalla prima lezione di Comunicazione Ipnotica. Al mio ordine Guido chiuse gli occhi e inizio a respirare in un altro modo, la sua frequenza respiratoria che era di 27-30 atti respiratori al minuto, scese a 20-22 atti respiratori/min. Gli chiesi di concentrarsi sul suo respiro, e gli dissi che nella fase di espirazione tutti i suoi muscoli erano rilassati.

Lo studente, ancora concentrato più su me che sugli altri, tra le cose che non dovevo dire e tutto ciò che dovevo osservare, ero stupefatto, la fase di INDUZIONE stava avendo successo, il paziente presentava una deglutizione evidente, le palpebre sbattevano freneticamente, gli passai la mano sugli arti e verificai il rilassamento di entrambi le braccia.

Poi aggiunsi: "adesso Guido immagina un luogo che ti piace tanto, dove tu stai bene e ti senti rilassato e felice, lontano dai pensieri e dalla routine di tutti i giorni"

Attesi qualche minuto, poi gli dissi: "Adesso Guido io conto da 1 a 10, quando arriverò al dieci il rilassamento sarà ancora più profondo", al termine del conteggio il paziente era profondamente rilassato. Gli diedi l'ancoraggio, in modo che potesse utilizzarlo anche in altre situazioni. Gli incanulai una vena, gli misi gli occhiali nasali per erogare ossigeno durante la broncoscopia e la pinza del saturimetro. Il paziente non aveva sentito alcunché. Poi dovetti iniziare a spruzzare nelle narici l'anestetico locale, gli dissi: "Ora Guido, ti spruzzo l'anestetico nelle narici, ma tu sei così rilassato che riesci ad immaginare il posto in cui stai bene, senza sentire gli spray che sto per fare".

Feci la prima spruzzato e Guido con la sua espressione beata di chi sta su una splendida spiaggia tropicale o è immerso in una splendida piscina termale, non diede nemmeno un colpo di tosse.

Continuai a spruzzare fino al termine della procedura. Praticai per ordine medico 0,5 ml di Midazolam, per tranquillizzare il medico, che alla vista del paziente così sedato senza l'utilizzo dell'Ipnovel, rimase sconcertato. Poi iniziammo ad eseguire la broncoscopia, vennero eseguite alcune biopsie della mucosa bronchiale, per Guido purtroppo la diagnosi vista attraverso il broncoscopio presupponeva un esito negativo.

Finimmo l'esame, feci riemergere Guido, che non appena aprì gli occhi mi chiese: "ma è già terminato tutto, non ho sentito nulla"; aveva un bel sorriso che gli rendeva il volto luminoso... Dopo qualche istante mi disse: "Non ho sentito nulla grazie a quelle belle parole che mi hai detto, che mi hanno fatto rilassare, così che non ho pensato più a niente, mi sono affidato a te ed ho potuto superare l'esame.

Quando fu ben sveglio, gli chiesi di unire il dito ed il pollice della mano sinistra, per verificare il condizionamento, egli si rilassò di nuovo e poi riemerse.

Purtroppo la diagnosi di Guido era molto sfavorevole, adenocarcinoma, quando ritirò l'esame venne a cercare il medico e me, al medico chiese spiegazioni riguardo al referto

dell'istologico, a me chiese: "adesso cosa faccio?". io gli risposi: "Segui le indicazioni che ti darà il medico, ma ricorda che se unirai il pollice con l'indice come ti ho insegnato, potrai sempre ritornare in quello stato di rilassamento che hai provato durante la broncoscopia, sei stato così bravo che potrai fare ancora meglio, ottenendo ottimi risultati."

Qualche tempo dopo, ho in contatto Guido nel corridoio dell'ospedale poiché ha iniziato il ciclo chemioterapico, mi ha detto: "Sai, utilizzo sempre il trucchetto che mi hai insegnato, non sento più nulla e la paura mi è sparita". Gli dissi che ero molto contento del risultato lo salutai e Guido sparì tra le tante persone che attraversano il corridoio dell'ospedale.

APPROFONDIMENTI

Stato di pre-induzione

*Al paziente dopo che si è accomodato sono stati dati due ordini:
"chiudi gli occhi"
"mettiti comodo"
La mano appoggiata sulla spalla, chiamare il paziente per nome, utilizzare un tono calmo e pacato hanno dato sicurezza al malato. Hanno permesso di stabilire un contatto.*

Induzione

In questa fase l'operatore deve osservare alcuni segni ad es.

La deglutizione, lo sbattere delle palpebre, i muscoli del volto si rilassano, mancato controllo del capo, ecc....

*Focalizzazione dell'attenzione:
"Concentrati sul tuo respiro"*

*"L'aria entra e l'aria esce, tu senti
Guido che l'aria entra ed esce"*

*"Mentre l'aria esce dal tuo corpo
tu rilassi tutti i tuoi muscoli"*

*"sei così rilassato che se prendo il
tuo braccio destro e lo lascio
andare cade, senti come sei
davvero rilassato"*

*Il paziente constata che l'aria esce
ed entra, il braccio è rilassato, si
fida dell'operatore, cade il fattore
critico.*

Suggestione ipnotica

*"Immagina di essere in un posto
che ti piace tanto...."*

*Superato il fattore critico, è stato
fornito un monoidesmo plastico
, che ha consentito
l'approfondimento del
rilassamento.*

*Ho ottenuto la risposta e l'ho
ratificata.*

Condizionamento

I segnali post-ipnotici sono due, uno servirà tra noi

E il soggetto in futuro, ricreando in pochi secondi la condizione di ipnosi senza dover ripetere tutta la procedura.

Il secondo segnale servirà al soggetto per entrare in autoipnosi quando lo desidera in perfetta autonomia.

“Adesso unisci il dito pollice e l’indice”.
Viene stabilito e fissato nella mente profonda un segnale, chiamato comando post-ipnotico o ancoraggio.

Riemersione

“Ora conterà da 10 a 1 al termine tu aprirai gli occhi lentamente.....”

Si termina la prima fase dell’ipnosi facendo tornare il paziente abbastanza rapidamente ad un livello normale di coscienza e vigilanza.

Verifica del condizionamento

Si invita il soggetto a provare l'efficacia del suo segnale per riprodurre l'ipnosi e poi lo si fa uscire in autonomia dalla condizione di trance.

Per la tipologia del paziente e per ciò che esprimeva in quel momento prima della broncoscopia, non è stato possibile eseguire i due step iniziali, vale a dire: la conoscenza del soggetto e la scelta dell'obiettivo, fasi in cui è necessaria la cooperazione con il malato. L'obiettivo è stato fissato da me: "Riduzione dell'ansia e della paura dell'esame"

CONCLUSIONE

L'umanizzazione dell'ospedale è una locuzione che include parecchi aspetti, come si conviene ad un argomento che non rientra in una specifica disciplina. Gli uomini si sono da sempre posti il problema della promozione della salute e della cura delle malattie. L'ospedale è una istituzione di antica origine, declinata secondo concezioni diverse di salute e di malattia, di diagnosi e cura. I processi scientifici e tecnologici hanno aperto nuovi orizzonti di cura, prevenzione e raffinato i mezzi per poter stabilire una diagnosi.

L'ospedale diviene una crocevia di interazioni caricate di valenze di attese non sempre reali: l'immortalità o la sopravvivenza ad oltranza. Spesso gli operatori medesimi colludono inconsciamente con questa prospettiva, rendendo quest'utopia l'obiettivo della formazione e del lavoro. Questo immaginario contribuisce a spostare l'attenzione dalla relazione con persona malata a quella con la malattia: questa prerogativa della medicina occidentale ha stravolto il ruolo tradizionale del

terapeuta, sostituendolo con quello del tecnico e dello specialista, mutando la componente relazionale della medicina, costringendoci a riflettere sulla necessità di sviluppare nuovi modelli di intervento che promuovono l'umanizzazione.

La comunicazione ipnotica inserita in un contesto ambulatoriale, ha reso al servizio di broncoscopia, un valido aiuto nel migliorare il percorso diagnostico del malato, riducendo ansia e paura, in un ambiente in cui la routine e l'efficienza gravano pesantemente. [7]

BIBLIOGRAFIA

- 1.LA TRASFORMAZIONE DEL COMUNICARE NELLA STORIA M.NEGRI-G .M. FACCHETTI
- 2.VENDITA E COMUNICAZIONE PERSUASIVA DR.MARCO PARET
- 3.PRENDERSI CURA DELL'ALTRO G.MASERA
- 3A.TECNICHE DIRETTE ED INDIRETTE IN IPNOSI E.DEL CASTELLO
- 4.L'UOMO E ESSENZIALMENTE CAPACITA' DI PRENDERSI CURA ORIANA PARISI
- 5.L'ASCOLTO NELLA RELAZIONE DI AIUTO DOTT.F.ANDERLINI
- 6.I MONDI DELLA COSCIENZA CASIGLIA-FACCO-ROSSI
- 7.L'UMANIZZAZIONE IN OSPEDALE A.DELLE FAVE-S.MARSICANO

ALTRI TESTI CONSULTATI PER LA STESURA DELLA TESI:

Il counseling in una prospettiva multimodale, Roma, 2004 Paola Binetti;
Rosa Bruni

Counseling. L'arte della relazione d'aiuto attraverso l'empatia, 2^a ed. Como
Marcella Danon