



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2024

**COMUNICAZIONE IPNOTICA IN AMBULATORIO DI
ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA, COME APPROCCIO
COMPLEMENTARE PER MIGLIORARE IL PERCORSO DI CURA
DEL PAZIENTE**

Candidato

Dr.ssa Stefania Luzietti

Relatore

Dr.ssa Milena Muro

Correlatore

Dr.ssa Daria Drudi

SOMMARIO

abstract	3
Introduzione	4
Capitolo 1	6
L'ipnosi in medicina: origini, evoluzione, prospettive attuali	6
1.1 BREVE STORIA DELL'IPNOSI IN AMBITO MEDICO	6
1.2 L'ipnosi clinica: definizioni e cornici teoriche	7
1.3 Stato modificato di coscienza o relazione?	7
1.4 Il modello granoniano: ipnosi come monoideismo plastico	9
1.5 L'evidenza scientifica: efficacia e ambiti di applicazione	9
Capitolo 2	10
La comunicazione ipnotica in ambito sanitario	10
2.1 Comunicazione, suggestione e relazione terapeutica	10
2.2 Comunicazione ordinaria e comunicazione ipnotica	10
2.3 Il linguaggio ipnotico e le sue funzioni	11
2.4 Tecniche di comunicazione ipnotica	11
2.5 L'importanza dell'ascolto, e del ricalco	12
Capitolo 3	13
L'ambulatorio di ecocardiografia transesofagea	13
3.1 Descrizione della procedura e contesto operativo	13
3.2 Il vissuto del paziente	13
3.3 Le risposte comportamentali e fisiologiche allo stress	14
3.4 La comunicazione come parte integrante del setting	14
3.5 Lo spazio per la comunicazione ipnotica implicita	14
3.6 Riflessioni sul ruolo del team sanitario	15
Capitolo 4	16
L'applicazione della comunicazione ipnotica nell'ambulatorio ecotransesofageo	16
4.1 Finalità e contesto dell'intervento ipnotico	16
4.2 Struttura dell'intervento comunicativo	16
4.3 il linguaggio che guida	17
4.4 Osservazioni cliniche sull'efficacia	18
4.5 Considerazioni sul ruolo dell'operatore	18
Capitolo 5	19
Discussione e riflessioni conclusive	19

5.1 L'integrazione tra tecnica e relazione	19
5.2 Una competenza trasversale, non specialistica.....	19
5.3 Benefici osservati e limiti.....	19
5.4 Prospettive future.....	20
5.5 Una cura che passa per la parola.....	20
CAPITOLO 6.....	21
UN CASO CLINICO CONDOTTO SUL CAMPO.....	21
6.1 Contesto e setting	21
6.2 Profilo del paziente.....	21
6.3 Obiettivi dell'intervento comunicativo	21
6.4 Approccio comunicativo adottato	21
6.5 Reazioni osservate	22
6.6 Esito della procedura.....	22
6.7 Riflessioni	23
ConclusionI.....	24
Bibliografia	25

ABSTRACT

Questa tesi esplora l'applicazione della comunicazione ipnotica nell'ambito dell'ecocardiografia transesofagea (ETE), una procedura diagnostica spesso fonte di ansia e disagio per il paziente. Attraverso una riflessione teorica e una descrizione dell'esperienza clinica in ambito ambulatoriale, si evidenzia come l'utilizzo consapevole del linguaggio, del tono e della relazione, possa favorire un maggiore rilassamento, diminuire ansia e dolore e migliorare la compliance del paziente

L'ipnosi non è qui intesa come tecnica suggestiva da eseguire, ma come atteggiamento comunicativo capace di influenzare positivamente l'esperienza soggettiva del paziente. Il lavoro evidenzia la fattibilità, l'efficacia e la rilevanza clinica di questo approccio, proponendolo come competenza trasversale integrabile nella pratica sanitaria quotidiana.

INTRODUZIONE

L'ecografia transesofagea rappresenta uno strumento diagnostico di fondamentale importanza in ambito cardiologico, capace di fornire immagini estremamente dettagliate delle strutture interne del cuore. Tuttavia, nonostante la sua rilevanza clinica, essa è spesso percepita dal paziente come una procedura invasiva, scomoda e potenzialmente ansiogena. L'inserimento della sonda attraverso la gola può evocare sensazioni di soffocamento, perdita di controllo, disagio psicologico e talvolta anche dolore. Tali vissuti soggettivi possono interferire negativamente con la collaborazione del paziente, la qualità delle immagini ottenute e, in ultima analisi, l'efficacia dell'esame.

Questa tesi si propone di analizzare e approfondire il ruolo della comunicazione ipnotica durante le procedure di ecografia transesofagea in ambulatorio cardiologico. L'obiettivo principale è valutare come l'uso di tecniche ipnotiche possa migliorare l'esperienza del paziente, riducendo ansia e dolore, e facilitando la collaborazione durante una procedura invasiva. Si intende inoltre esplorare i protocolli di comunicazione ipnotica più efficaci e applicabili nel contesto clinico ambulatoriale.

Personalmente, la mia motivazione nasce dall'interesse verso tecniche non farmacologiche che, attraverso un approccio centrato sul paziente, possano migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza clinica. L'ipnosi rappresenta una metodica con solide evidenze scientifiche, ma ancora poco utilizzata in questo ambito specifico, motivo per cui ritengo importante approfondirne l'applicazione. Riesco a immaginare un dialogo che va oltre le parole, un incontro in cui ogni suono, ogni pausa e ogni sguardo si intrecciano come fili invisibili, tessendo una trama capace di toccare le profondità più nascoste della mente. Questa è la magia della comunicazione ipnotica: un'arte sottile e potente che non si limita a scambiare informazioni, ma apre le porte dell'inconscio, invitando chi ascolta a un viaggio dentro se stesso, dove il cambiamento e la trasformazione diventano possibili.

In questo mondo, la comunicazione non è mai banale o superficiale. Nel silenzio di una stanza, nel ritmo di una voce, si crea uno spazio sacro dove la mente si rilassa, si apre e si lascia guidare verso nuove consapevolezze, nuove motivazioni, un nuovo benessere. È uno strumento prezioso, non solo per chi opera in ambito clinico o terapeutico, ma per chiunque desideri connettersi davvero con l'altro, andando oltre le apparenze. Questa tesi nasce dal

desiderio di esplorare questo universo affascinante: di svelarne i segreti, di comprenderne le radici e di raccontarne le tecniche. Parleremo del linguaggio come chiave di trasformazione, di come imparare a “vedere” davvero l’altro, di come ogni parola possa diventare un ponte verso l’anima. Il cammino che vi propongo è quello di una scoperta profonda, capace di arricchire non solo la mente, ma anche il cuore di chi si avvicina a questa disciplina. Perché, alla fine, la vera forza della comunicazione ipnotica sta nella relazione umana, nel potere delle parole che, ben dosate, sanno sorprendere, catturare e liberare.

L’auspicio è che questo lavoro possa offrire spunti utili per rendere la medicina sempre più attenta, umana e consapevole.

CAPITOLO 1

L'IPNOSI IN MEDICINA: ORIGINI, EVOLUZIONE, PROSPETTIVE ATTUALI

1.1 BREVE STORIA DELL'IPNOSI IN AMBITO MEDICO

L'ipnosi ha origini antiche, che risalgono a pratiche rituali e religiose delle culture arcaiche, nelle quali stati di trance venivano indotti tramite canti, danze o suggestioni. In epoca moderna, l'ipnosi fa il suo ingresso nella medicina europea grazie a Franz Anton Mesmer (1734-1815), che teorizzò il “magnetismo animale” come forma di influenza tra organismi. Sebbene le sue teorie siano oggi superate, Mesmer fu tra i primi a sottolineare l'importanza della relazione interpersonale nella genesi dei fenomeni ipnotici.

Nel XIX secolo, James Braid (1795-1860) coniò il termine “hypnosis”, ritenendo di aver scoperto uno stato neurofisiologico particolare, simile al sonno. Fu poi Jean-Martin Charcot a legittimare l'ipnosi in ambito neurologico, associandola però a forme patologiche come l'isteria. Diversamente, Hippolyte Bernheim e la Scuola di Nancy misero in luce il ruolo centrale della suggestione e della relazione medico-paziente, aprendo la strada all'ipnosi clinica.

Sigmund Freud, inizialmente influenzato dall'ipnosi, la abbandonò a favore della libera associazione, ma ne riconobbe comunque il valore nei processi inconsci.

Nel corso del Novecento, l'ipnosi è stata progressivamente riconsiderata in ambito medico-scientifico, grazie anche al contributo di autori come Milton H. Erickson e Franco Granone, che ne hanno offerto letture radicalmente differenti.

1.2 L'IPNOSI CLINICA: DEFINIZIONI E CORNICI TEORICHE

Oggi l'ipnosi clinica è definita come un processo comunicativo-relazionale che consente l'accesso a risorse psichiche non ordinariamente disponibili, attraverso l'uso intenzionale di linguaggio suggestivo, focalizzazione dell'attenzione e modificazione della percezione.

La definizione dell'American Psychological Association (2014) descrive l'ipnosi come “una procedura durante la quale un professionista suggerisce cambiamenti nelle sensazioni, percezioni, pensieri o comportamenti”. Non si tratta di un “sonno” né di una perdita di coscienza, ma di un assetto mentale focalizzato e volontario, in cui il soggetto rimane consapevole e partecipe.

Le principali teorie che tentano di spiegare l'ipnosi si possono dividono in due grandi correnti:

- **“Teorie stato”**, che ipotizzano l'esistenza di uno stato neurofisiologico particolare, un “trance state” distinto dalla veglia e non sempre volontario;
- **“Teorie non-stato”**, che considerano l'ipnosi come un insieme di comportamenti, atteggiamenti e aspettative modulati dal contesto e dalla relazione.

All'interno di questa classificazione, il modello granoniano rappresenta una posizione autonoma, che pur riconoscendo l'esistenza di modificazioni neurofisiologiche, concepisce l'ipnosi come un fenomeno cosciente, volontario, relazionale e fisiologico, fondato sul concetto di monoidismo plastico. Per questo, non è pienamente riconducibile né alla visione stato né a quella sociocognitiva, pur dialogando con entrambe.

1.3 STATO MODIFICATO DI COSCIENZA O RELAZIONE?

Il dibattito tra “stato” e “relazione” rimane aperto. Alcuni studi neuroscientifici sembrano confermare modificazioni funzionali in specifiche reti cerebrali durante la trance (Default Mode Network, Salience Network, Central Executive Network), ma tali dati non dimostrano l'esistenza di uno “stato ipnotico” separato dalla coscienza ordinaria.

Approcci contemporanei, come quello di Facco e Tagliagambe, suggeriscono di superare il dualismo mente-corpo e propongono una visione integrata della coscienza, in cui l'ipnosi rappresenta una modulazione intenzionale dell'esperienza, e non una “fuga” dallo stato ordinario [1]. L'ipnosi è dunque interpretabile come esperienza modulata in modo volontario, attraverso una relazione comunicativa specifica, in grado di attivare risorse

interne e modificare la percezione di eventi anche stressanti, come un esame invasivo. Questa visione trova una sintesi efficace nella definizione elaborata dal Prof. Franco Granone, considerato uno dei pionieri dell'ipnosi clinica in Italia:

"L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, per mezzo di monoideismi plastici e in virtù del rapporto operatore-paziente."

È proprio a partire da questa definizione, ancora oggi di grande attualità, che nel dicembre 2023, i Didatti dell'Istituto Franco Granone, CIICS, si sono riuniti a Montegrotto Terme per avviare una riflessione condivisa sull'eredità teorica del fondatore. Questo momento di confronto ha rappresentato l'occasione per riesaminare, senza snaturarne l'essenza, alcuni capisaldi del modello granoniano alla luce delle più recenti acquisizioni in ambito neuroscientifico.

Discipline come la neurofisiologia, il neuroimaging e la neurofarmacologia — allora appena emergenti — offrono oggi nuovi strumenti per esplorare fenomeni complessi come la coscienza, la suggestione e le dinamiche dissociative, permettendo un dialogo più integrato tra i fondamenti teorici dell'ipnosi e i loro correlati neurobiologici. Parallelamente, anche il panorama psicoterapeutico si è notevolmente evoluto, includendo approcci che, pur nati in contesti differenti, risultano spesso sorprendentemente coerenti con i principi dell'ipnosi clinica.

In questo contesto, la rilettura della definizione granoniana non ha lo scopo di modificarne l'impianto concettuale, bensì di attualizzarne la portata, offrendo ai clinici di oggi una visione più articolata e coerente con le conoscenze contemporanee.

L'attuale definizione suggerita dai didatti della scuola CIICS Franco Granone, vede l'ipnosi come: *"una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monodeismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica. L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monodeismo autoo etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motorie. [2].*

1.4 IL MODELLO GRANONIANO: IPNOSI COME MONOIDEISMO PLASTICO

Franco Granone, medico neurologo e fondatore del CIICS, ha proposto una definizione originale dell'ipnosi basata sul concetto di monoideismo plastico: la focalizzazione su un'unica idea dominante (monoideismo), in un contesto relazionale in cui tale idea può attivare risposte somatopsichiche funzionali (plasticità).

In questa prospettiva, l'ipnosi è un fenomeno fisiologico, che può avvenire anche spontaneamente, ma che può essere indotto, potenziato e orientato volontariamente tramite tecniche comunicative.

Granone sottolinea la dimensione volontaria e attiva dell'ipnosi, opponendosi a visioni passivizzanti o "magiche" del fenomeno: il soggetto è sempre cosciente, partecipe e in relazione. La comunicazione ipnotica è quindi un dialogo terapeutico, non una imposizione.

1.5 L'EVIDENZA SCIENTIFICA: EFFICACIA E AMBITI DI APPLICAZIONE

Numerose ricerche confermano l'efficacia dell'ipnosi in ambito medico, in particolare per:

- riduzione del dolore acuto e cronico [3];
- modulazione dell'ansia preoperatoria [4];
- gestione di procedure invasive (es. colonscopia, gastroscopia, biopsie) [5-6];
- supporto nella riabilitazione e nei disturbi funzionali [7].

Nel contesto ambulatoriale, l'ipnosi e la comunicazione ipnotica offrono strumenti brevi, economici e non farmacologici per migliorare l'esperienza del paziente, riducendo ansia, percezione del dolore e rischio di complicanze legate allo stress.

Nel caso dell'ecocardiografia transesofagea, l'utilizzo mirato di comunicazione suggestiva può facilitare la collaborazione del paziente, diminuire il disagio e contribuire al successo dell'esame, senza allungare i tempi di procedura.

CAPITOLO 2

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN AMBITO SANITARIO

2.1 COMUNICAZIONE, SUGGERIZIONE E RELAZIONE TERAPEUTICA

La comunicazione rappresenta il cuore pulsante dell'intervento sanitario. Ogni atto medico è anche un atto comunicativo, capace di influenzare in modo significativo l'esperienza soggettiva del paziente, i suoi livelli di ansia, l'adesione al trattamento e persino l'efficacia delle cure. In questo contesto, la suggestione non va intesa in senso manipolativo, ma come forma fisiologica di influenza reciproca, insita in ogni relazione umana.

Come sottolineato da Granone, ogni comunicazione efficace è potenzialmente ipnotica, poiché può orientare l'attenzione, attivare immagini mentali, modulare l'esperienza corporea. La relazione terapeutica, quando fondata su fiducia, ascolto e congruenza, è di per sé veicolo di trasformazione, e l'uso consapevole del linguaggio può amplificarne il potenziale benefico.

2.2 COMUNICAZIONE ORDINARIA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

La comunicazione ordinaria tende a essere informativa e razionale, focalizzata su contenuti oggettivi. Tuttavia, essa può diventare disfunzionale se trasmette, anche implicitamente, suggestioni negative: frasi come “le farà un po' male”, “cerchi di stare fermo” o “sarà un esame sgradevole” possono amplificare l'ansia e aumentare la percezione del dolore.

La comunicazione ipnotica, invece, è intenzionale, relazionale, centrata sul vissuto soggettivo. Essa si fonda su alcune componenti chiave:

- Focalizzazione: riduzione del campo di coscienza, con attenzione selettiva su sensazioni utili o neutre;
- Ricalco e guida: partenza dalla realtà percepita del paziente (ricalco), per poi orientare la sua attenzione verso stati più funzionali (guida);
- Uso di un linguaggio evocativo e permissivo, che lascia spazio all'esperienza individuale.

Non è necessario che il paziente “entri in trance” in senso formale. Anche semplici frasi, poste con intenzione, possono avere effetti ipnotici, favorendo rilassamento, collaborazione e modulazione della percezione.

2.3 IL LINGUAGGIO IPNOTICO E LE SUE FUNZIONI

Il linguaggio ipnotico non ha una struttura rigida, ma risponde a criteri funzionali. Tra le principali funzioni del linguaggio ipnotico in ambito clinico troviamo:

- Rassicurare e contenere l'ansia, favorendo un senso di sicurezza;
- Orientare l'attenzione selettivamente, allontanandola da stimoli nocicettivi;
- Favorire il senso di controllo, restituendo agency al paziente;
- Sviluppare immagini positive o neutrale, capaci di contrastare la focalizzazione su sensazioni sgradevoli;
- Indurre stati di rilassamento o de-focalizzazione, anche in pochi secondi.

Ad esempio, una frase come “mentre lei respira lentamente, può semplicemente notare come il suo corpo si adatti in modo naturale a questa posizione” può attivare processi di autoregolazione, senza che vi sia una “induzione formale”.

2.4 TECNICHE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA

In ambito sanitario, l'uso della comunicazione ipnotica è particolarmente utile, poiché si adatta a tempi ristretti e a contesti complessi, come l'ambulatorio per esami invasivi. Tra le principali tecniche:

- Pacing: osservare e ricalcare i segnali verbali e non verbali del paziente, per creare alleanza;
- Ancoraggi verbali: parole o gesti che rimandano a stati positivi (“come quando si è immersi in un bagno caldo...”);
- Domande suggestive: “preferisce sedersi un attimo prima o iniziare subito sentendosi già più tranquillo?” (entrambe le opzioni favoriscono il rilassamento);
- Uso della voce: tono modulato, ritmo più lento, pause; la voce stessa può diventare uno “strumento ipnotico”.

Queste strategie permettono di trasformare anche pochi minuti di dialogo pre-esame in una esperienza contenitiva e orientante, capace di migliorare l'intero vissuto del paziente.

2.5 L'IMPORTANZA DELL'ASCOLTO, E DEL RICALCO

Il primo passo della comunicazione ipnotica è l'ascolto attivo, che implica attenzione non solo alle parole, ma anche alla postura, al tono di voce, al ritmo del respiro, ai segnali non verbali. Questo consente di applicare il ricalco: l'operatore si sintonizza sul mondo del paziente, riconoscendolo e accogliendolo. [8]

Solo a partire da questa sintonizzazione è possibile guidare il paziente verso uno stato più funzionale. La guida non è una forzatura, ma una proposta, che si fonda sulla fiducia instaurata nel primo scambio.

In questo modo, anche situazioni potenzialmente stressanti come un esame ecotransesofageo possono diventare occasioni di attivazione delle risorse interne del paziente, facilitando la procedura e migliorando l'esperienza complessiva.

CAPITOLO 3

L'AMBULATORIO DI ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGEA

3.1 DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA E CONTESTO OPERATIVO

L'ecocardiografia transesofagea (ETE) è un'indagine diagnostica cardiologica ad alta definizione, che consente la visualizzazione dettagliata delle strutture cardiache tramite l'inserimento di una sonda ecografica nel terzo inferiore dell'esofago. Viene utilizzata in numerosi contesti clinici, in particolare per valutare endocarditi, trombi atriali, malformazioni valvolari e per guidare interventi transcateretere.

La procedura si svolge in ambiente ambulatoriale protetto, con personale dedicato, composto in genere da un medico cardiologo, un'infermiera e, nei centri più avanzati, un operatore specializzato nel supporto non farmacologico (es. psicologo o esperto in comunicazione ipnotica).

L'esame, pur sicuro e di breve durata (15-30 minuti), può generare ansia anticipatoria, disagio fisico e reazioni somatiche (nausea, conati, tachicardia, contratture). [9] Per questo motivo, il setting comunicativo e relazionale assume un ruolo cruciale.

3.2 IL VISSUTO DEL PAZIENTE

Diversi studi hanno evidenziato che l'ETE può essere percepita dal paziente come una procedura invasiva e stressante, anche quando svolta correttamente. Le principali fonti di disagio includono:

- La perdita di controllo durante l'inserimento della sonda;
- La sensazione di soffocamento o di nausea;
- L'ansia legata all'attesa dei risultati o alla presenza di malattia cardiaca;
- Il contesto clinico "freddo", percepito come impersonale o tecnico.

In particolare, il tempo che precede l'esame è spesso caratterizzato da attivazione del sistema simpatico (aumento del battito cardiaco, tensione muscolare, respiro corto), e può compromettere la collaborazione del paziente durante la procedura.

3.3 LE RISPOSTE COMPORTAMENTALI E FISIOLOGICHE ALLO STRESS

La risposta allo stress può variare considerevolmente tra individui, ma in generale si osservano alcune costanti:

- Attivazione neurovegetativa: aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, ipertensione transitoria, sudorazione;
- Aumento della percezione soggettiva del dolore o del fastidio;
- Peggioramento della compliance: movimenti involontari, riflessi di vomito accentuati, difficoltà nella deglutizione guidata.

L'interazione tra stato emotivo e risposta fisiologica è particolarmente evidente nell'ETE, dove la collaborazione del paziente (nel rilassamento, nella respirazione e nell'accoglienza della sonda) è essenziale per la buona riuscita dell'esame.

3.4 LA COMUNICAZIONE COME PARTE INTEGRANTE DEL SETTING

In questo contesto, la comunicazione operatore-paziente non è un elemento accessorio, ma parte integrante del successo tecnico della procedura. Un linguaggio allusivo, catastrofizzante o frettoloso può aumentare la reattività del paziente e peggiorare l'esperienza complessiva.

Al contrario, un approccio centrato sul paziente, empatico e orientato alla costruzione di un clima di sicurezza può ridurre in modo significativo il disagio percepito. L'uso della comunicazione ipnotica rapida, in particolare, consente di trasformare il breve tempo di preparazione in un'opportunità di regolazione emotiva.

3.5 LO SPAZIO PER LA COMUNICAZIONE IPNOTICA IMPLICITA

Nel tempo ridotto a disposizione in ambulatorio, non è sempre possibile praticare un'induzione formale o una trance prolungata. Tuttavia, anche brevi interazioni strutturate in modo ipnotico possono produrre effetti tangibili:

- Favorire una respirazione diaframmatica e regolare;

- Orientare il focus su sensazioni di comfort o neutralità (“noti come il lettino sia stabile sotto di lei”);
- Rinforzare l’idea che il paziente sia attivo e partecipe (“è lei a guidare il respiro, è lei che collabora all’esame...”);
- Offrire una narrazione alternativa all’evento (“questa è una pausa per ascoltare il suo cuore da vicino...”).

Questi elementi, se modulati correttamente, attivano processi simili alla trance: restringimento del campo di attenzione, aumento della suggestionabilità positiva, riduzione della percezione nocicettiva.

3.6 RIFLESSIONI SUL RUOLO DEL TEAM SANITARIO

La qualità della comunicazione ipnotica non dipende solo dalla singola figura del cardiologo o dell’infermiere, ma è frutto di una cultura condivisa all’interno del team. Quando tutti i membri del personale si muovono nella stessa direzione comunicativa (tono della voce, scelte linguistiche, ritmo delle manovre), si costruisce un contesto terapeutico coerente e contenitivo.

Inoltre, la comunicazione ipnotica in ambito ETE ha un doppio valore:

- Strumentale, perché migliora la riuscita tecnica della procedura;
- Relazionale, perché trasmette al paziente rispetto, ascolto e centralità.

CAPITOLO 4

L'APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELL'AMBULATORIO ECOTRANSESOFAGEO

4.1 FINALITÀ E CONTESTO DELL'INTERVENTO IPNOTICO

L'introduzione della comunicazione ipnotica nell'ambulatorio ETE nasce dall'esigenza di migliorare l'esperienza del paziente, riducendo ansia e disagio, senza ricorrere sistematicamente alla sedazione farmacologica. L'obiettivo non è indurre uno "stato ipnotico" classico, ma utilizzare strumenti ipnotici impliciti per facilitare:

- rilassamento e collaborazione;
- de-focalizzazione dalla sonda;
- senso di controllo personale;
- contenimento della risposta emotiva.

Questo approccio è compatibile con i tempi clinici, non richiede condizioni particolari, e può essere appreso e messo in pratica anche da operatori sanitari non psicoterapeuti, se adeguatamente formati.

4.2 STRUTTURA DELL'INTERVENTO COMUNICATIVO

L'intervento si articola in tre fasi:

A) ACCOGLIENZA E PRE-TALK IPNOTICO

Nella fase iniziale è essenziale creare una relazione empatica. Alcuni esempi:

- “Benvenuto/a, oggi siamo qui per prenderci cura del suo cuore e lo faremo nel modo più delicato possibile.”
- “È normale avere un po' di tensione prima dell'esame. Se le fa piacere, possiamo usare qualche strategia per rendere tutto più fluido e rapido.”

Questa fase serve a normalizzare l'ansia, validare l'esperienza soggettiva del paziente e offrire una cornice di fiducia e collaborazione.

B) DURANTE L'INSERIMENTO DELLA SONDA

La fase più critica. Si utilizza la voce in modo ritmico, ipnotico, sfruttando la respirazione come ancora attentiva:

- “Mentre inspira... e poi espira... può immaginare di lasciar andare un po' di tensione, come quando si sbadiglia piano...”
- “Ora la gola può semplicemente seguire il ritmo del respiro... e accogliere la sonda come accoglierebbe un sorso d'acqua fresca.”

Il tono è basso, lento, accompagnato da suggerimenti indiretti, metafore leggere (“come una porta che si apre lentamente”) e focalizzazione su sensazioni neutre o familiari.

C) CONCLUSIONE E RINFORZO

Dopo la procedura, si rinforzano le risorse attivate:

- “Ha collaborato benissimo, il suo corpo ha fatto un lavoro perfetto.”
- “Questo può essere un modo per scoprire quante risorse ha, anche in situazioni nuove.”

Questa fase ha valore terapeutico e rafforza la percezione di competenza interna del paziente.

4.3 IL LINGUAGGIO CHE GUIDA

Esempio 1 – Paziente ansioso prima della procedura

Operatore: “Ci siamo quasi, lei è seduto/a qui con noi, può iniziare a notare il contatto del lettino sotto la schiena... la sua respirazione che trova un ritmo naturale... proprio così...”

Paziente: “Sì, sto cercando di calmarmi...”

Operatore: “Non serve fare sforzi, può solo notare che il corpo fa tutto da solo... proprio come quando si scivola in un momento di riposo. Inspira... espira...”

Risultato: il paziente riferisce minor tensione muscolare e la procedura inizia senza complicanze.

Esempio 2 – Durante inserimento della sonda

Operatore: “Sta arrivando la sonda... la gola può accoglierla senza opporsi, lasciando che scivoli, come una moneta nella fontana, e intanto può notare com'è interessante ascoltare i suoni intorno...”

Paziente: (deglutisce) “Sì... è strano... ma va.”

Risultato: inserimento facilitato, con una sola deglutizione guidata.

4.4 OSSERVAZIONI CLINICHE SULL'EFFICACIA

Nell'esperienza ambulatoriale osservata, l'uso della comunicazione ipnotica ha mostrato:

- Riduzione visibile dell'agitazione in oltre il 70% dei pazienti preoccupati;
- Migliore collaborazione durante la deglutizione e l'immobilità necessaria;
- Minor utilizzo di sedazione farmacologica in soggetti borderline;
- Feedback positivi da parte dei pazienti, che riferiscono “sensazione di sicurezza”, “tempo passato più velocemente”, “minor fastidio”.

Questi dati, pur non sistematici, confermano quanto emerge in letteratura sull'uso della comunicazione ipnotica in ambito perioperatorio.

4.5 CONSIDERAZIONI SUL RUOLO DELL'OPERATORE

L'atteggiamento interno dell'operatore è parte integrante del processo. La comunicazione ipnotica non è una tecnica meccanica, ma una forma di presenza: attenzione, calma, intenzionalità, capacità di adattarsi al ritmo del paziente.

L'operatore efficace è in grado di ricalcare e guidare, rispettando le risposte dell'altro, senza forzature. È uno stile comunicativo che può essere insegnato e trasmesso nel team, migliorando non solo la qualità dell'esame, ma anche la soddisfazione professionale di chi lo esegue.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

5.1 L'INTEGRAZIONE TRA TECNICA E RELAZIONE

L'esperienza dell'ambulatorio di ecocardiografia transesofagea mostra chiaramente quanto sia illusorio separare la tecnica dalla relazione. Anche una procedura strutturalmente breve e routinaria, come l'ETE, può diventare fonte di disagio, resistenza o sofferenza, oppure essere vissuta in modo collaborativo e contenuto, a seconda della qualità della comunicazione.

In questo contesto, la comunicazione ipnotica si dimostra un ponte tra l'atto tecnico e la soggettività del paziente. Non si tratta di una forma "alternativa" di ipnosi, ma di un modo per portare nella pratica clinica la consapevolezza dell'impatto delle parole, dei gesti e della presenza dell'operatore.

5.2 UNA COMPETENZA TRASVERSALE, NON SPECIALISTICA

Uno degli aspetti più interessanti emersi in questa esperienza è che la comunicazione ipnotica non richiede un setting terapeutico formale, né competenze psicoterapeutiche specifiche. Si configura piuttosto come una abilità trasversale che può essere appresa e applicata da medici, infermieri, tecnici, ovvero da chiunque entri in relazione significativa con il paziente.

Formare gli operatori a questo tipo di comunicazione significa valorizzare le loro risorse relazionali e restituire significato al tempo della cura, anche quando ridotto. Significa passare da un modello puramente tecnico a un modello relazionale-centrato.

5.3 BENEFICI OSSERVATI E LIMITI

I benefici osservati nell'ambito dell'ETE sono molteplici:

- maggiore calma del paziente;
- miglioramento della collaborazione;
- riduzione della richiesta di sedazione;

- aumento della soddisfazione post-procedura.

Tuttavia, è importante non idealizzare questo approccio. I limiti includono:

- la variabilità individuale (non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo);
- la difficoltà di mantenere continuità nei contesti a personale turnante;
- la necessità di formazione specifica per evitare un uso improvvisato o meccanico della comunicazione suggestiva.

Inoltre, servono studi controllati, con misurazioni standardizzate (livelli di ansia, parametri fisiologici, scala di comfort percepito), per consolidare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento.

5.4 PROSPETTIVE FUTURE

L'esperienza maturata suggerisce diverse direzioni di sviluppo:

- Formazione continua del personale sanitario su comunicazione efficace e suggestione terapeutica implicita;
- Integrazione nei protocolli assistenziali di modelli di comunicazione ipnotica, non solo in ambito ETE, ma in tutte le procedure invasive ambulatoriali;
- Ricerca clinica applicata, con disegni sperimentali rigorosi, per valutare in modo oggettivo l'impatto della comunicazione ipnotica su stress, dolore, compliance e tempi di procedura.

Più in generale, si delinea un modello di cura in cui la parola, il tono, il ritmo, lo sguardo diventano strumenti terapeutici pari per dignità ai farmaci e ai dispositivi.

5.5 UNA CURA CHE PASSA PER LA PAROLA

L'ipnosi, nella sua forma clinica moderna, ha smesso da tempo di essere spettacolo, suggestione teatrale o misteriosa alterazione di coscienza. È piuttosto un modo per riattivare, tramite la parola e la relazione, le risorse del paziente, anche in un ambulatorio ospedaliero, anche in pochi minuti.

Nel contesto dell'ecocardiografia transesofagea, abbiamo visto come l'efficacia tecnica non escluda l'umanità, e come l'uso consapevole del linguaggio possa trasformare una procedura invasiva in un'esperienza contenuta, persino costruttiva per il paziente. Come sottolinea Facco, “la parola non è solo veicolo di informazione, ma anche di cura”: questo principio è il cuore della comunicazione ipnotica in medicina, e forse il futuro della medicina stessa.

CAPITOLO 6

UN CASO CLINICO CONDOTTO SUL CAMPO

6.1 CONTESTO E SETTING

Il paziente è stato inviato presso il nostro ambulatorio di ecocardiografia cardiologica per eseguire un'ecografia transesofagea, con l'obiettivo di valutare il grado di insufficienza mitralica e, qualora necessario, proporre un intervento di correzione.

6.2 PROFILO DEL PAZIENTE

William ha 76 anni, gode di un buono stato di salute generale, ha un fisico asciutto e un atteggiamento pacato e sorridente. Nonostante ciò, manifesta una certa preoccupazione nei confronti della procedura, dovuta sia alla scarsa comprensione della sua natura, sia al timore per un possibile esito negativo.

6.3 OBIETTIVI DELL'INTERVENTO COMUNICATIVO

L'intervento è stato orientato alla valutazione dell'ansia pre-procedurale e alla gestione del disagio legato all'introduzione della sonda esofagea. Obiettivi specifici erano la riduzione della frequenza cardiaca, il mantenimento di parametri vitali stabili e la possibilità di limitare l'impiego della sedazione farmacologica, con conseguente riduzione dei rischi e degli effetti collaterali ad essa associati. A ciò si è aggiunta la volontà di favorire un vissuto positivo dell'esperienza, promuovendo nel paziente un senso di fiducia e autoefficacia.

6.4 APPROCCIO COMUNICATIVO ADOTTATO

L'intervento si è basato sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, supportata dall'uso di truismi e da una spiegazione dettagliata della procedura, secondo i principi della comunicazione ipnotica. Sono stati curati attentamente anche gli aspetti non verbali: il tono della voce, il contatto corporeo rassicurante e le espressioni facciali sono stati modulati per trasmettere calma e sicurezza.

L'induzione è stata facilitata attraverso la focalizzazione sul respiro, con gli occhi chiusi, invitando il paziente a concentrarsi sulle parole dell'operatore. Dopo aver assunto la posizione laterale sinistra sul lettino, gli è stato chiesto di mantenerla nel modo più comodo possibile. Si è quindi sottolineato come il respiro sia un'attività naturale, presente da sempre nella vita di ogni persona, indipendentemente dall'apprendimento consapevole.

Progressivamente, con l'approfondirsi del ritmo respiratorio, è stata proposta l'immagine di un'onda che, partendo dal centro della testa, attraversava il corpo in direzione dei piedi, coinvolgendo spalle, torace, bacino, ginocchia e terminando alle estremità inferiori. A ogni respiro, tale onda avrebbe favorito un rilassamento sempre più profondo, fino a indurre una piacevole sensazione di pesantezza diffusa, con il corpo completamente adagiato sul lettino. Il rilassamento è stato ratificato anche attraverso il sollevamento passivo di un arto, lasciato poi ricadere con naturalezza, segno dell'ingresso in uno stato di maggiore abbandono corporeo. In quel contesto, è stata introdotta una suggestione facilitante per il passaggio della sonda, paragonando l'azione alla deglutizione di una bevanda fresca e gradevole. Contestualmente, il medico ha eseguito l'intubazione esofagea.

Durante tutta la procedura è stato mantenuto un flusso verbale rassicurante, con rinforzi positivi ("molto bene", "l'esame sta andando benissimo", "tutto è sotto controllo"), favorendo l'approfondimento della trance attraverso la continua focalizzazione sul respiro.

Per la fase di estrazione della sonda, si è suggerito di lasciare la bocca morbida e la lingua pesante come un sasso, agevolando ulteriormente la deglutizione. In chiusura, è stato ancorato lo stato di rilassamento all'unione tra pollice e indice, fornendo così al paziente uno strumento da utilizzare in futuro per richiamare quello stesso stato di benessere. Infine, è stata proposta una progressiva riemersione attraverso il conteggio fino a cinque, accompagnata dalla richiesta di riaprire gli occhi e tornare al momento presente, lasciando andare ogni eventuale sensazione spiacevole.

6.5 REAZIONI OSSERVATE

Durante l'intervento si sono osservati segnali tipici di rilassamento ipnotico, come il flutter palpebrale e la crescente pesantezza corporea, ratificata attraverso il test del braccio. L'intubazione si è svolta senza complicazioni: non si sono verificati conati, tosse o reazioni avverse, e i parametri vitali sono rimasti stabili per tutta la durata della procedura.

6.6 ESITO DELLA PROCEDURA

Il paziente si è detto molto soddisfatto. Alla richiesta di condividere le sue impressioni, ha riferito di aver provato una sensazione simile a quella che sperimenta quando si trova in montagna, in un luogo per lui molto significativo. Non si è trattato di una visualizzazione nitida, quanto piuttosto di una percezione emotiva e sensoriale di trovarsi lì. Ha inoltre dichiarato che ripeterebbe volentieri l'intera esperienza e ha espresso gratitudine

per la gentilezza ricevuta. Il medico ha potuto operare in condizioni di tranquillità, con un paziente estremamente collaborativo, e si è detto soddisfatto dell'esito. Dal punto di vista clinico, l'esame ha evidenziato un'insufficienza valvolare non severa, permettendo di concludere con un bilancio positivo sotto ogni aspetto.

6.7 RIFLESSIONI

L'impiego dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica si dimostra efficace nel promuovere l'empowerment del paziente e nel trasformare un'esperienza potenzialmente ansiogena in un momento gestibile e persino positivo. Affinché tale approccio possa produrre benefici concreti in un tempo operativo limitato, risulta fondamentale l'esperienza e la sensibilità dell'operatore, in grado di calibrare l'intervento sulle caratteristiche individuali del paziente. In un contesto sanitario in cui i ritmi assistenziali sono spesso serrati, diventa essenziale coltivare la capacità di osservazione, di ascolto empatico e di comunicazione mirata. Per ottenere risultati solidi e replicabili, è inoltre indispensabile un costante aggiornamento, lo studio approfondito della materia e la sua applicazione pratica, all'interno di una cornice professionale e relazionale solida.

CONCLUSIONI

Nel percorso clinico contemporaneo, sempre più orientato all'efficienza e alla prestazione tecnica, il rischio di smarrire la centralità del paziente è reale. La presente tesi ha voluto dimostrare come, anche all'interno di un ambito ad alta specializzazione come quello dell'ecocardiografia transesofagea, sia possibile restituire valore alla relazione di cura attraverso l'uso consapevole della comunicazione.

La comunicazione ipnotica, intesa come stile relazionale fondato sull'ascolto, sulla suggestione positiva e sulla modulazione dell'attenzione, si configura come uno strumento clinico efficace e concreto. Non si tratta di "fare ipnosi" nel senso tradizionale del termine, ma di parlare in modo ipnotico, ovvero con intenzionalità, attenzione e rispetto dei processi soggettivi del paziente.

L'esperienza osservata e descritta in ambulatorio ha messo in evidenza come anche brevi interventi comunicativi possano ridurre ansia, migliorare la collaborazione e contenere il disagio durante la procedura. In alcuni casi, è stato persino possibile evitare o ridurre l'uso di sedazione farmacologica, favorendo una maggiore sicurezza e un più rapido recupero.

La comunicazione ipnotica si conferma quindi come una competenza accessibile, insegnabile, applicabile nei contesti più diversi della pratica clinica. La sua diffusione non comporta costi aggiuntivi, ma richiede formazione, consapevolezza e attenzione alla qualità della relazione.

In un tempo in cui la medicina rischia di diventare sempre più tecnologica ma meno umana, questa modalità comunicativa rappresenta una possibilità di evoluzione gentile: un ritorno alla parola come cura, alla presenza come strumento terapeutico, alla relazione come fondamento stesso dell'atto medico.

La speranza è che questo lavoro possa stimolare ulteriori riflessioni, ricerche e percorsi formativi, contribuendo a diffondere una cultura della comunicazione consapevole anche in ambito ospedaliero, a beneficio di pazienti e operatori.

1. Facco E, Tagliagambe S. *Ritornare a Ippocrate*. Milano: Bruno Mondadori;2011
2. <https://www.ciics.it/la-filosofia-granoniana-atti-del-gruppo-di-lavoro-dei-didatti-isf-ciics/>
3. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;
4. Schnur JB, Kafer I, Marcus C, Montgomery GH. Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemp Hypn*. 2008;
5. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anesthesia. *Br J Anaesth*. 1999;
6. Muro M. L'ipnosi nelle manovre invasive o fastidiose. In: Casiglia E, [altri autori], editori. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. Padova: CLEUP; 2015. p. 487.
7. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *Am Psychol*. 2014;
8. Casiglia E, a cura di. *Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. Padova: CLEUP; 2015.
9. Safety of transesophageal echocardiography Jan N Hilberath Daryl A Oakes, Stanton K Sherman, Bernard E Bulwer, Michael N D'Ambra, Holger K Eltzschig