

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE  
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE  
C.I.I.C.S.  
ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA  
Anno 2013

**LA COMUNICAZIONE IPNOTICA COME MODALITÀ  
SPECIALE DI RELAZIONE D'AIUTO**

Candidato

Rita Origliasso

Relatore

Dott. Ennio Foppiani

## INDICE

IL CONCETTO DI RELAZIONE D'AIUTO .....	3
LA RELAZIONE D'AIUTO NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA .....	6
L'IPNOSI DELLE ORIGINI: PRATICA PSICOTERAPICA O RELAZIONE D'AIUTO? .....	9
CARATTERISTICHE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA E SUE CAPACITÀ DI POTENZIARE L'EFFICACIA DELLA RELAZIONE D'AIUTO INFERMIERISTICA .....	11
STRUMENTI TECNICI DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA .....	16
ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN AMBITO CHIRURGICO: IL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA ..	20
BIBLIOGRAFIA .....	24

## IL CONCETTO DI RELAZIONE D'AIUTO

Le relazioni d'aiuto in campo professionale vanno iscritte in quella che è la relazione umana in generale, non possono quindi essere pensate come qualcosa di separato dalla vita. Relazione significa prima di tutto creare dei legami, legami che possono essere più o meno profondi e di cui possiamo essere consapevoli oppure no (1).



Un autore che ha scritto delle belle e importanti pagine sulla relazione è Antoine de Saint-Exupéry ne “Il piccolo principe” (2). In particolare nell’incontro con la volpe, quest’ultima chiede al piccolo principe di addomesticarla ossia di creare dei legami che

rendano la loro relazione diversa dalle altre. La relazione è quindi qualcosa di unico e irripetibile che ci modifica un po’. Il nostro modo d’essere è la nostra peculiarità , la nostra differenza, che dobbiamo mettere in campo nel rapporto con l’altro.

Ogni relazione può essere una relazione d’aiuto , ma questo termine è entrato nel linguaggio comune per indicare quelle relazioni professionali che si stabiliscono tra un soggetto che per maturità, conoscenza, capacità, ecc. è in condizioni di offrire e gestire un aiuto e mette questa sua competenza al servizio di un altro soggetto che, per motivi diversi, è portatore di bisogni.

Si tratta perciò di un rapporto asimmetrico, non paritario, in cui uno dei due soggetti è in grado di promuovere la crescita dell’altro.

L’aiuto, ossia l’impegno che un soggetto offre all’altro, si orienta sempre in direzione della crescita e dell’autonomia dell’altro.

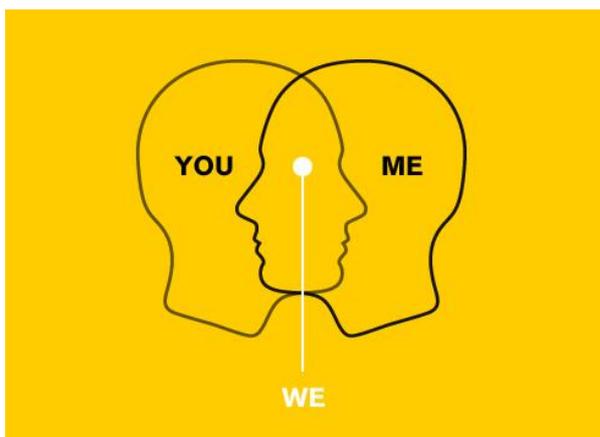
Questo concetto di “relazione d’aiuto” viene elaborato negli anni ’50 e ’60 dallo psicologo umanista statunitense Carl Rogers (3) che riconosce al paziente le potenzialità necessarie per risolvere i propri problemi, dopo averne raggiunto piena consapevolezza.

La relazione d'aiuto non consiste dunque nel fornire soluzioni all'individuo bensì nel facilitarlo nel processo di soddisfazione dei suoi bisogni.

Secondo Rogers, affinché la relazione d'aiuto sia efficace e abbia un esito positivo, l'operatore deve adottare tre atteggiamenti:

- l'empatia, cioè la capacità di mettersi al posto dell'altro, di sperimentare il mondo dell'altra persona come se fosse il proprio ma senza mai perdere di vista questa condizione di "come se". Questo atteggiamento necessita che l'operatore sia abbastanza sicuro di sé da sapere che non si perderà in ciò che nel mondo dell'altro potrebbe risultare strano o anomalo, e che può ritornare al suo mondo personale appena lo desidera.
- l'accettazione incondizionata, ossia un atteggiamento non valutativo, privo di qualsiasi tipo di giudizio verso la persona. La persona è accettata semplicemente per quello che è, indipendentemente da ciò che pensa.
- la genuinità, ossia la spontaneità dell'operatore. Si tratta di un atteggiamento autentico, privo di maschera, che implica congruenza tra ciò che l'operatore sente, ciò che pensa e ciò che fa.

Grande influenza sul pensiero di Carl Rogers ha il filosofo tedesco Martin Buber (4) che pone i temi del dialogo e della relazione alla base del suo pensiero.



Buber elabora la sua filosofia della relazione partendo dal concetto di "incontro" tra un Io e un Tu, incontro da cui nasce il riconoscimento reciproco che permette l'esistenza di entrambi come persone.

Buber distingue due tipi di relazione a seconda che si consideri l'altro come "Tu" o come "Esso".

L'Io - Tu è la relazione autentica, quella in cui l'Io vede l'altro come persona uguale a sé e costruisce un dialogo nella reciprocità. L'altro è considerato un soggetto.

Nella relazione Io - Esso, invece, l'Io usa l'altro per il proprio tornaconto, il proprio sé viene prima di tutto e di tutti. L'altro è considerato un oggetto.

Per Buber, l'incontro con l'altro si fonda sul dialogo. Il dialogo è la condizione perché si possa esprimere la dignità dell'uomo.

## LA RELAZIONE D'AIUTO NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

La professione infermieristica vede la ragione della propria esistenza nella propria capacità di dare risposte adeguate ai bisogni di salute delle persone, sia nell'ambito del rapporto con il singolo individuo, che in quello con le comunità (scuole, famiglia, ecc.).



Nel fare ciò, non si limita a prendere in considerazione la malattia di cui il soggetto è portatore, ma si prende cura della persona che assiste secondo una logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale.

Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria.

Il “bisogno” costituisce la variabile indipendente al cui mutare corrisponde un cambiamento della risposta del professionista.

Uno strumento fondamentale di cui si avvale l'infermiere per svolgere il proprio lavoro è la comunicazione.

La comunicazione non viene solo utilizzata dall'infermiere come mero strumento di raccolta dati in relazione ad un bisogno, ma anche in funzione della conoscenza della persona e del suo mondo.

L'uso efficace della comunicazione consente all'infermiere di stabilire con i pazienti una relazione terapeutica d'aiuto, la quale risulta essere l'elemento determinante al fine del raggiungimento degli obiettivi di un piano assistenziale.

In senso metaforico, si potrebbe dire che, per un infermiere, la comunicazione sta alla relazione d'aiuto come la punta della matita sta al disegno che si vuole realizzare. Perciò è importante che ogni artista (infermiere) lavori finemente la punta della matita affinché essa possa esprimere, il più fedelmente possibile la propria intenzionalità e potenzialità creativa (5).

L'utilizzo di questo importante strumento che è la comunicazione non può essere lasciato alla predisposizione individuale più o meno spiccata di ciascun operatore verso i rapporti interpersonali, ma deve essere coltivato e fatto crescere attraverso la formazione. Del resto, la differenza tra un tecnico e un professionista sta proprio nella capacità del secondo di "giocarsi" il proprio ruolo in termini relazionali e di adattare il proprio intervento alla persona che ha di fronte, nella sua unicità. E la professione infermieristica ha proprio come cardini, oltre alla componente tecnica, anche e soprattutto la relazione d'aiuto.

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica la relazione d'aiuto può essere descritta come un rapporto di scambio, verbale e non verbale, che permette l'instaurarsi di un clima di fiducia e di rispetto reciproci necessario sia al paziente per soddisfare i suoi bisogni fondamentali sia all'infermiere per poter essere autentico nei suoi atteggiamenti e gratificato nel suo operato. Entrambi devono percepire la relazione d'aiuto come un'occasione di crescita e non solo come rimedio ad un problema.

La condizione essenziale per realizzare una relazione d'aiuto è la volontà concreta dell'infermiere ad aiutare il suo paziente, assumendo nel proprio comportamento gli atteggiamenti descritti da Rogers e citati nel capitolo precedente. E' necessario che il comportamento dell'infermiere sia ispirato a quel sistema di valori che mette al centro il rispetto della persona e della sua dignità, poiché non è possibile comunicare ciò che non si sente realmente.

Questo stile di comportamento professionale si esprime concretamente attraverso:

- a) la consapevolezza che ogni persona è il prodotto unico del suo patrimonio genetico, dell'ambiente e della cultura in cui vive
- b) la convinzione che ogni persona cerca di raggiungere il massimo delle proprie potenzialità
- c) il rispetto del valore di ogni individuo
- d) la mancanza della pretesa di controllo sulla persona
- e) il riconoscimento che ogni persona ha dei bisogni fondamentali ed è motivata a soddisfarli
- f) la consapevolezza che il comportamento di ogni persona comunica dei messaggi sui propri sentimenti, le sue convinzioni ed il suo stato fisico e psicologico (6).

Più in particolare , riguardo alle caratteristiche della relazione d'aiuto nell'ambito dell'attività infermieristica, possiamo distinguere due tipi di relazione d'aiuto:

- a) la relazione d'aiuto di tipo informale. Essa nasce quotidianamente e in modo improvviso, si esplicita in un atteggiamento empatico di comprensione ed ascolto che permette al paziente di sentirsi confortato e di reagire positivamente alle difficoltà, evolve secondo la situazione e i suoi obiettivi sono definiti dalle circostanze. Gli obiettivi sono in genere a breve termine e le modificazioni che determina sono in genere piccole.

In questo caso l'infermiere deve essere capace a stabilire una relazione di fiducia e a capire i comportamenti non verbali, deve cioè avere atteggiamenti centrati sull'empatia e sull'ascolto.

- b) La relazione d'aiuto di tipo formale. Essa è prevista e pianificata, si svolge generalmente in un momento determinato, ha lo scopo di raggiungere obiettivi a medio-lungo termine e i cambiamenti che determina sono spesso consistenti e coinvolgono la persona nella sua globalità.

In questo caso l'infermiere deve possedere una buona competenza relazionale, sicurezza personale e padronanza degli atteggiamenti caratteristici della relazione d'aiuto e delle tecniche del colloquio e dell'intervista.

## L'IPNOSI DELLE ORIGINI: PRATICA PSICOTERAPICA O RELAZIONE D'AIUTO?

Il fenomeno ipnotico è presente fin dagli albori dell'umanità. Le sue tracce possono essere agevolmente seguite negli studi antropologici ed etnografici, mimetizzate nelle manifestazioni magico-religiose e sciamaniche.

Convenzionalmente, l'ipnosi approda al mondo scientifico con Mesmer nel XVIII secolo (7). Il tedesco Franz Anton Mesmer elaborò una teoria fondata sul concetto di "magnetismo animale" e sostenuta da quattro principi fondamentali:

- 1) esiste di un sottile fluido fisico (magnetismo animale) diffuso nell'universo che mette in connessione l'uomo, la terra e i corpi celesti
- 2) la distribuzione non omogenea di tale fluido all'interno del corpo umano determina l'insorgenza delle malattie
- 3) con l'aiuto di alcune tecniche il fluido può essere incanalato e diretto nel corpo del paziente anche con il passaggio tra diverse persone
- 4) l'utilizzo del fluido magnetico, inducendo delle "crisi" (fenomenologicamente assimilabili al "grande attacco isterico"), può curare le malattie.



E' da sottolineare che Mesmer non usò mai il termine "ipnosi" che comparve solo più tardi, mentre il primo riferimento alla dimensione psicologica del fenomeno arrivò dalla commissione reale (nominata da Luigi XVI nel 1784) che, escludendo l'esistenza di un fluido animale, attribuì gli effetti terapeutici alla "immaginazione" dei pazienti.

Coerente con la sua ipotesi di realtà fisica del fluido animale, Mesmer operò attraverso un serie di artifici quali magneti, acque magnetizzate e "baquet".

Più tardi il marchese di Puységur , allievo di Mesmer, dimostrò che le “crisi” non erano indispensabili alla guarigione e progressivamente rinunciò all’intermediazione dei mezzi fisici.

Attraverso le esperienze con il suo paziente più importante, il contadino Victor Race, Puységur evidenzia sempre più l’importanza del rapporto tra magnetizzatore e magnetizzato; rapporto in cui la comunicazione verbale costituisce lo strumento principale.

Solo nel 1841 il chirurgo inglese James Braid introduce il termine “ipnosi” e cerca di definirne le basi scientifiche con una teoria che associa fenomeni fisiologici (concentrazione su un oggetto) e fenomeni psichici (monoideismo).

A partire da Braid e con l’evolversi soprattutto della scuola francese (Liebault, Bernheim, Charcot e Janet) l’ipnosi entra sempre più nel campo della psicologia scientifica e della psicoterapia.

Su tutto questo, H. Ellenberger fa notare con acutezza che, indipendentemente dalle basi teoriche e dagli strumenti utilizzati nel trattamento ipnotico, una moltitudine di pazienti, da Fräulein Österlin di Mesmer a Berta Pappenheim (Anna O.) di Breuer e Freud, guarisce comunque. L’ipotesi che formula è che il denominatore comune dei trattamenti e delle guarigioni sia una speciale modalità relazionale tra terapeuta e paziente, il cosiddetto rapport.

Il postulato di Ellenberger incontra la tesi che vogliamo sostenere, ovvero che l’ipnosi delle origini, non facendo riferimento a metapsicologie strutturate e tantomeno a teorie della tecnica, non possa essere considerata una pratica psicoterapeutica ma abbia tutte le caratteristiche, ancorchè inconsapevolmente, della relazione d’aiuto.

La validità terapeutica sia delle psicoterapie che delle relazioni d’aiuto (che condividono il concetto di “rapport”) sta nel loro operare all’interno dell’ irriducibile natura relazionale dell’uomo, attivando la potente capacità terapeutica della relazione.

## **CARATTERISTICHE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA E SUE CAPACITA' DI POTENZIARE L'EFFICACIA DELLA RELAZIONE D'AIUTO INFERMIERISTICA**

Non si può parlare della comunicazione ipnotica in ambito sanitario se prima non esploriamo la modalità attraverso cui la relazione cura. L'aspetto centrale di tale modalità sta nella attivazione delle risorse di autoguarigione del paziente, il cui modello esplicativo può essere attribuito all'effetto placebo.

Già in passato l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono state associate ad una forma di placebo non ingannevole, sostenuto dalla presenza e dalle caratteristiche del terapeuta e dalle modalità di incontro (setting) col paziente.

Attualmente le neuroscienze stanno rivalutando il concetto di placebo liberandolo da una valutazione puramente negativa.

A partire dagli anni '50 la ricerca farmacologica scopriva il reale effetto psicoterapeutico del placebo (metafarmaco).

Una definizione adeguata di placebo può essere quella proposta da Shapiro&Shapiro (1997), pionieri nello studio del fenomeno, che hanno definito il placebo come "ogni procedura deliberatamente attuata per ottenere un effetto o che, anche senza che se ne abbia nozione, svolge un' azione sul paziente o sul sintomo o sulla malattia, ma che è oggettivamente priva di ogni attività specifica" (8, 9).

Sempre dal campo delle neuroscienze viene la conferma dell'importanza centrale della relazione e della comunicazione nell'indurre effetti terapeutici; Benedetti afferma:

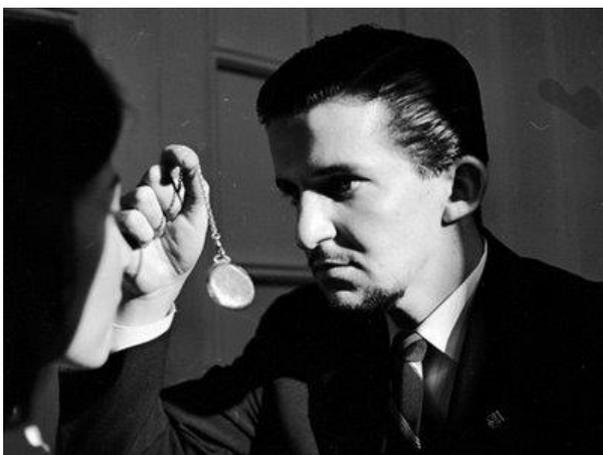
"l'effetto placebo è dipendente dallo stato di coscienza. Perché si manifesti occorre dunque che il paziente sia cosciente di poter ricevere un trattamento (accoglimento del bisogno). Non si osserva quindi in soggetti ignari, anestetizzati, in coma o cerebrolesi" (10).

La validità dell'importanza della relazione è sostenuta specularmente dall'effetto nocebo ovvero la drastica riduzione della capacità terapeutica di un trattamento somministrato in un ambiente relazionale avverso.

Studi di neuroimaging hanno svelato come la relazione e il conseguente effetto terapeutico modifichino i sistemi monaminergici cerebrali, il sistema degli oppioidi endogeni e la ristrutturazione dei circuiti intracerebrali (11).

Ciò detto, e ricordando l'atteggiamento che deve avere l'operatore coinvolto nella relazione d'aiuto, possiamo prendere in considerazione le caratteristiche che deve avere una efficace comunicazione di tipo ipnotico.

Utilizzare abilmente le parole e i gesti per creare deliberatamente un'esperienza terapeutica per una persona in difficoltà, rappresenta l'aspetto concreto dell'ipnosi. E per creare esperienze utili, l'operatore utilizza strategie che comprendono la focalizzazione dell'attenzione, l'amplificazione e l'uso delle capacità che le persone di solito possiedono senza esserne consapevoli.



Non è necessario utilizzare dei rituali ipnotici per avere un linguaggio e un comportamento ipnotico, così come non è necessario raggiungere determinati livelli in termini di profondità dell'ipnosi per ottenere risultati. Grazie allo studio dell'approccio ipnotico è possibile apprendere uno stile efficace di

comunicazione che consenta di ottenere un risultato utile. L'abilità dell'operatore sta nel selezionare le parole e i gesti in base alle necessità della persona che ha di fronte in quel determinato momento.

Condizione necessaria all'instaurarsi di una relazione terapeutica tra operatore e paziente è la creazione di un rapporto di fiducia all'interno del quale il paziente senta di potersi abbandonare e di lasciarsi guidare dall'operatore. Durante l'esperienza ipnotica, un buon livello di fiducia nell'operatore determina una riduzione (mai l'eliminazione) del livello di critica nel paziente, facilitando così la realizzazione dei monoideismi plastici, e l'accettazione dell'obiettivo.

Come già detto nelle pagine precedenti, la relazione terapeutica si costruisce con la comunicazione.

Durante l'approccio ipnotico è consigliabile che l'operatore costruisca frasi brevi con suggerimenti, commenti o direttive minimali e che le colleghi l'una all'altra con semplici congiunzioni. Il discorso, in questo modo, sembra non avere fine e risulta morbido e fluido. Le congiunzioni uniscono le frasi ad un duplice livello:

- temporale: mentre accade una cosa ne sta cominciando ad accadere un'altra
- causale: sembra che la frase antecedente abbia il potere di causare la frase seguente (12).

E' necessario un feedback continuo (verbale o non verbale) da parte delle persone: ogni suggestione che rende più superficiale l'ipnosi e ogni risposta indesiderata indicano che il paziente non segue l'operatore o che è l'operatore a non aver seguito il paziente nel modo giusto.

Le suggestioni o le istruzioni date devono essere semplici in modo che il paziente non debba analizzarle, interpretarle e giudicarle criticamente utilizzando la mente conscia (13).

Le frasi vengono proposte in modo ripetitivo e lento intercalando delle pause con l'obiettivo di indurre nella persona uno stato di rilassamento e di lasciargli il tempo per una ricerca di significato personale che nasce da dentro.

Il controllo della voce e del corpo nella comunicazione è molto importante perché permette all'operatore di rendere più o meno efficaci le suggestioni. Un tono di voce calmo e una postura rilassata rispecchiano l'esperienza che si vuole facilitare nel paziente. Passare gradualmente da un tono di voce normale a uno suadente, crea un'associazione nella mente del paziente tra quel tono di voce e l'invito implicito ad andare in ipnosi. Questa associazione facilita l'impiego dell'ipnosi nelle sedute successive.

Il contatto fisico durante l'ipnosi va usato con cautela. Gli sfioramenti che l'operatore fa con la propria mano sul viso o sugli arti del soggetto sono detti "passi" e hanno la funzione di attirare l'attenzione del soggetto su quella parte del corpo su cui si vuole ottenere catalessi, analgesia o un altro fenomeno. Tale metodica non verbale se da un lato può potenziare la relazione operatore- paziente, dall'altro può anche avere un effetto negativo e non essere gradita dal soggetto che può viverla come una violazione della propria persona. O più semplicemente un contatto inaspettato può distrarre il

paziente e rendere inutile il lavoro svolto fino a quel momento. E' importante chiedere sempre al paziente il permesso di toccarlo.

Le frasi vanno formulate in positivo: la parola "non" viene cancellata dalla nostra mente perché non rappresentabile con un'immagine.

Sostenere il soggetto incoraggiandolo e complimentandosi con lui può avere un effetto molto positivo e può aiutarlo a trovare più facilmente delle risorse positive dentro di sé. Inoltre occorre che all'interno della relazione la persona si senta un partecipante attivo in grado di controllare gli eventi della propria vita o, quando ciò non è possibile, le reazioni a tali eventi.

Usare il linguaggio della persona ogni volta che è possibile è molto utile per la riuscita dell'esperienza ipnotica ma, poiché le parole rappresentano esperienze soggettive e uniche, è necessario che la persona descriva tali esperienze all'operatore nel modo più completo possibile; solo così l'operatore può farsi un'idea di quello che il paziente sta vivendo soggettivamente e usare il suo linguaggio per creare un'esperienza significativa.

La maggior parte delle persone ha una modalità sensoriale preferita (udito, vista, gusto, olfatto, cenestesia), più sviluppata e più direttamente coinvolta nell'elaborazione dell'esperienza quotidiana. Se l'operatore riesce ad individuarla, può adeguare la propria comunicazione a quel sistema e rendere così più significativo il suo intervento.

Raccontare una storia o una metafora è un modo molto efficace per fare comunicazione ipnotica. Siamo abituati fin da piccoli ad ascoltare e poi raccontare storie e uno dei modi più classici per modificare lo stato di coscienza è proprio quello di immergersi nei mondi fantastici delle fiabe, come accade ai bambini. Storie e metafore possono essere ipnotiche in due modi:

- possono essere raccontate talmente bene ed essere talmente affascinanti di per sé, tanto da catturare l'attenzione cosciente e permettere a chi le ascolta di elaborare inconsciamente i messaggi che a più livelli vengono mandati
- possono affrontare direttamente il tema di come si fa ad entrare in trance per cui in modo traslato facilitano lo stesso processo in chi ascolta.

Storie e metafore sono validi strumenti per seminare idee e risorse ipnotiche, ma se il soggetto è particolarmente responsivo allora si traducono istantaneamente in induzioni.

La comunicazione ipnotica rappresenta dunque uno strumento speciale e di grande valore al servizio dell'infermiere per instaurare una relazione d'aiuto profonda e reciproca, in particolare nelle situazioni di criticità psicologica del paziente, quando la comunicazione empatica non è più sufficiente a soddisfare i bisogni della persona. In questi casi la persona tende, difensivamente, a modificare il suo stato di coscienza riducendo la capacità critica e cognitiva ed entrando in uno stato di dominanza emotiva. Viene a trovarsi così, automaticamente, in uno stato di ipnosi naturale che l'infermiere formato ha la capacità di riconoscere e su cui può efficacemente agire individuando nella comunicazione ipnotica lo strumento più adatto di lavoro.

## STRUMENTI TECNICI DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

La comunicazione ipnotica si sviluppa in un percorso caratterizzato da fasi successive individuabili in cinque momenti:

- la PRE-INDUZIONE durante la quale si instaura un rapporto di fiducia e confidenza tra operatore e paziente
- l' INDUZIONE che consiste nelle manovre atte ad attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici (idee che, una alla volta, si fanno pregnanti e si riverberano sul piano psicosomatico)
- il CORPO ossia la realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia operatore-soggetto
- la DEINDUZIONE ossia il progressivo allontanamento dalla realizzazione di monoideismi plastici con il ripristino dello stato di coscienza ordinario
- la CODA che coincide con il momento di maggiore facilità alla reinduzione (14).

La pre-induzione è la fase in cui si sviluppa una relazione cordiale e aperta capace di aumentare la fiducia e diminuire, di conseguenza, il livello di critica da parte del paziente. E' il momento dell'ascolto e dell'accoglimento dell'altro, il momento in cui l'infermiere raccoglie i bisogni del suo paziente e stimola in lui un desiderio in linea con l'obiettivo terapeutico. Se ad esempio l'obiettivo è sentire meno dolore durante una procedura diagnostica invasiva, l'infermiere può proporre al paziente un metodo in grado di aiutarlo stimolando così in lui il desiderio di impararlo.

L'obiettivo da raggiungere deve essere ben chiaro e fatto proprio dal soggetto.

Durante questa fase ci si può avvalere di strumenti quali (15):

- **la personalizzazione:** chiamare il paziente con il suo nome proprio fa sì che egli si senta riconosciuto come unico e speciale. In un contesto ospedaliero in cui il paziente può facilmente percepirsi come "oggetto" della cura ed essere tentato di difendere la propria soggettività manifestando ansia ed ostilità, l'operatore può consapevolmente prevenire questo disagio instaurando un contatto personalizzato il cui primo passo è chiamare per nome il paziente.

- **gli ordini motivati.** Possono essere disposizioni impartite al paziente per permettere l'esecuzione di atti terapeutici. L'esplicitazione delle motivazioni di tali atti consente al paziente di percepirsi come parte attiva rispettando il suo bisogno di controllo, ottenendo un effetto tranquillizzante. Allo stesso tempo l'operatore fruisce di una pausa di sollievo dalla tensione che la procedura implica.
- **il ricalco:** l'operatore si accosta alla realtà del paziente e la descrive passando attraverso l'esperienza del soggetto (es: "ti puoi accorgere di come stai respirando.."). E' un modo per far constatare che le parole dette dall'operatore sono una rappresentazione adeguata dell'esperienza in corso del soggetto. Questo modo di procedere favorisce un clima di collaborazione e fiducia. Il linguaggio va modulato a seconda delle situazioni: quando si ricalcano elementi osservabili si può utilizzare un linguaggio più diretto, mentre quando si ricalcano le percezioni è necessario usare modalità più indirette come ad esempio l'uso di verbi permissivi.
- **la descrizione:** l'operatore si accosta alla realtà del paziente e descrive ciò di cui egli stesso si accorge (es: "vedo che hai chiuso gli occhi.."). Questo strumento utilizza i sensi dell'operatore che, attraverso essi, restituisce al paziente un'immagine accurata della sua posizione ( es: il corpo adagiato sul letto, gli occhi socchiusi, le braccia abbandonate lungo il corpo...). Questa fase inizia a catturare l'attenzione del paziente e lo prepara alla fase successiva.
- **l'attenzione focalizzata** che si realizza facendo portare l'attenzione del paziente o verso l'interno del proprio corpo (es: sul respiro) o verso l'esterno (es: un punto da fissare). Lo scopo è concentrare ulteriormente l'attenzione già polarizzata nella fase precedente liberandola dalle interferenze sensoriali esterne.
- **il rilassamento** che consiste nel suggerire idee di rilassamento, torpore, stanchezza, da applicare a determinate parti del corpo. L'immobilità e la fatica a muoversi sono i primi fenomeni che il soggetto sottoposto a trattamento ipnotico può facilmente esperire. Sono anche i primi dati esperienziali che vengono saggiati dall'operatore, ad esempio con le suggestioni di sfida.
- **le rassicurazioni indirette** che consistono nel trasmettere al paziente un messaggio implicito all'interno di una comunicazione di per sé neutra (es: la frase "dovrà tornare

tra cinque anni” detta ad un paziente trasmette implicitamente il messaggio che la prognosi della malattia gli garantirà una lunga sopravvivenza)

- **l’assegnazione di un certo numero di compiti da eseguire** quando il paziente è particolarmente agitato al fine di dirigere la sua attenzione sui medesimi e distoglierlo dai pensieri perturbanti che lo affliggono
- **le metafore** le cui caratteristiche sono già state descritte nel capitolo precedente
- **la persistenza ripetitiva.**

Con l’aiuto di questi strumenti il soggetto approfondisce lo stato di rilassamento e giunge all’induzione, ossia alla fase in cui si realizza una transizione da uno stato di coscienza ad un altro, in cui i legami con l’ambiente diventano sempre più deboli e meno interessanti e il soggetto sprofonda in una quiete liberatoria e rilassante.

L’operatore suggerisce esperienze stimolando i sensi del paziente e utilizzando uno strumento molto potente, ossia l’immaginazione. L’esperienza dimostra che quando un soggetto riesce ad “immaginare” con particolare vividezza una certa esperienza (come spesso succede in ipnosi), questa esperienza tende a prodursi almeno a qualche livello (sensoriale, motorio, emozionale) e ad avere sulla persona uno straordinario effetto di realtà.

Il tipo di suggestioni utilizzate dall’operatore per raggiungere l’obiettivo terapeutico dipende dalla strategia che egli decide di assumere con quella particolare persona.

La suggestione diretta è un’istruzione di comportamento formulata in modo direttivo che suggerisce un comportamento che sta accadendo o accadrà (es: il tuo braccio destro è leggero come una piuma e comincia ad alzarsi).

La suggestione indiretta, invece, con le parole di Milton Erickson, “non dice al paziente cosa fare; piuttosto esplora e facilita ciò che il sistema di risposte del paziente può fare a livello autonomo senza compiere realmente uno sforzo cosciente per dirigersi” (es: mi chiedo quale delle tue braccia si solleverà per prima). Un’altra modalità di suggestione indiretta è quella di utilizzare una storia, una narrazione che contiene implicitamente le suggestioni che si desidera proporre al paziente.

Occorre poi verificare che ciò che è stato suggerito si attui così che anche il paziente sia consapevole dei cambiamenti avvenuti in lui e, di conseguenza, provi la soddisfazione di sentirsi più forte. Inoltre, solo chiedendo un feedback l'operatore può capire se il paziente sta traendo qualcosa di utile dall'intervento o se è necessario fare delle correzioni in "corso d'opera".

Prima di passare alla deinduzione, l'operatore può utilizzare delle suggestioni post-ipnotiche, ossia suggestioni che proseguono oltre la seduta e che possono attivarsi in funzione di uno stimolo esterno. Lo scopo è aiutare il soggetto ad integrare nella propria vita le nuove possibilità che l'operatore gli ha suggerito.

Al termine dell'esperienza ipnotica l'operatore deve verificare che il paziente ritorni allo stato di coscienza ordinario e riprenda le attività quotidiane in sicurezza. Il soggetto può mostrare di essere pronto a riorientarsi manifestando un'attenzione meno focalizzata e cominciando a muoversi.

Il modo in cui si conclude l'esperienza ipnotica è molto importante perché l'impressione che ricaverà il paziente in questa fase sarà quella che molto probabilmente assocerà all'intera esperienza. E' bene, quindi, che la persona si prenda tutto il tempo che gli occorre per riorientarsi secondo il proprio ritmo, sentendosi rilassata e non pressata dal nostro intervento.

## **ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN AMBITO CHIRURGICO: IL PAZIENTE IN CAMERA OPERATORIA**

Ho scelto di portare l'attenzione su questo particolare ambiente lavorativo poiché la mia esperienza come infermiera è nata ed è maturata in questo ambito. Attualmente presto servizio presso il Blocco Operatorio Misto Maxillo-Facciale e Senologia dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino.

Il paziente che giunge in camera operatoria candidato ad un intervento chirurgico soggiace ad uno stato emotivo particolarmente intenso sostenuto da fattori quali:

- lo stress accumulatosi nell'attesa dell'intervento
- la gravità della patologia e l'incertezza sulla prognosi
- il timore di mutilazioni e alterazioni della propria entità corporea
- la paura del dolore e contemporaneamente dell'anestesia
- le condizioni ambientali: ambiente ipertecnologico, freddo, distaccato
- la perdita della soggettività in quanto trattato come "oggetto clinico".

Tutti questi fattori possono concorrere a indurre nella persona uno stato di insicurezza, perdita di controllo e regressione.



L'infermiere che assiste questo paziente deve, nel breve lasso di tempo a sua disposizione, stabilire il contatto utilizzando metodiche verbali e non verbali.

Tra le metodiche non verbali sono particolarmente importanti il contatto visivo diretto e il contatto fisico.

La comunicazione verbale esplicita che l'infermiere in quel momento è la figura di appoggio per il paziente e nel contempo consente di raccogliere dati sui bisogni dello stesso e sul suo stato emotivo. Inoltre consente di cogliere il suo stile cognitivo e comunicativo.

I dati raccolti permettono all'infermiere di stabilire l'opportunità e la personalizzazione di una comunicazione di tipo ipnotico.

La mia esperienza si è focalizzata sulle donne sottoposte alla chirurgia della mammella con tecnica anestesiológica mista, ossia anestesia locale più sedazione farmacologica.

La sedazione (necessaria per ottenere la deafferentazione sensoriale ed emotiva dall'ambiente esterno e lo stato di rilassamento profondo con immobilità), tuttavia, pone alcuni problemi quali tempi di sorveglianza post-operatoria prolungati, interferenza con terapie farmacologiche in atto e patologie preesistenti, intolleranze ed allergie.

Il nostro obiettivo è quello di sostituire, o quanto meno ridurre, la sedazione farmacologica con la comunicazione ipnotica.

Durante il colloquio con il paziente appena giunto in sala, rilevando bisogni specifici quali il contenimento dell'ansia o del panico, si propone, senza mai utilizzare la parola "ipnosi", la sperimentazione di particolari modalità di rilassamento. Ottenuto il consenso del paziente e dopo aver identificato la modalità sensoriale e comunicativa in lui dominante, si procede a catturarne l'attenzione distogliendola progressivamente dall'ambiente esterno. Il continuo contatto verbale rinforza il legame inizialmente stabilito e permette il susseguirsi delle suggestioni e delle ratifiche.

Talvolta i pazienti procedono spontaneamente verso uno stato modificato di coscienza anticipando le varie mosse dell'operatore e consentendo così l'esecuzione dell'intervento chirurgico in sola anestesia locale.

Anche nei casi in cui non si riesce a indurre una trance profonda e si deve ricorrere comunque ai farmaci, la comunicazione ipnotica riesce tuttavia a trasformare totalmente l'esperienza della paziente la quale, mettendo in ombra la componente farmacologica, attribuisce il sereno distacco ottenuto alla relazione speciale stabilita tra se stessa e l'infermiere.

Vorrei portare due esperienze di applicazione di quanto appreso durante il corso.

La prima esperienza riguarda il caso di una paziente di 58 anni, obesa, candidata ad un intervento di ampia resezione mammaria. La donna è stata accolta nel blocco operatorio e accompagnata nella sala preparazione. Durante il tragitto è apparsa mutacica ed ha esplorato attentamente l'ambiente circostante con gli occhi sbarrati. Al tentativo di posizionamento di un accesso venoso periferico, la paziente si è retratta energicamente

ed ha rifiutato ogni ulteriore approccio del personale. Rimanendo ad una adeguata distanza ho osservato la paziente riconoscendo, dalla morfologia delle mani e dall'abbronzatura caratteristica unite ai dati personali della cartella clinica, la sua origine contadina. A questo punto ho cominciato a parlare, come se niente fosse, della mia casa in campagna e dei miei animali (dati inventati). La paziente ha ascoltato stupita il discorso apparentemente insensato e fuori contesto e dopo un po' ha iniziato a dialogare con me parlandomi della sua cascina e dei suoi cani a cui è particolarmente legata.

Quest'ultimo particolare ha fornito un aggancio a una tecnica di visualizzazione guidata da suggestioni. La paziente è stata invitata a fare un esercizio: immaginarsi nella sua casa in compagnia dei suoi cani in una situazione tranquilla, percependo il tatto morbido del pelo, il calore e le sensazioni che il contatto con i suoi cani le procura. L'esercizio è stato rinforzato associando un respiro ritmato, profondo e tranquillo. La paziente è stata così portata per passi successivi a concentrarsi sulle sensazioni corporee profonde distogliendola progressivamente dalla percezione dell'ambiente esterno. Una volta raggiunta la certezza che la signora era totalmente assorbita dall'immagine evocata, l'anestesista ha proceduto all'incannulamento della vena senza incontrare resistenza da parte della paziente. Una volta entrata in sala, la donna ha mantenuto uno stato di concentrazione tranquilla rendendo sufficiente un livello di sedazione farmacologica ben al di sotto dell'usuale. A fine intervento la paziente si è stupita della facilità con cui ha affrontato l'intervento e della durata del medesimo avendolo soggettivamente percepito come molto più breve.

Il secondo caso riguarda una donna di 60 anni, insegnante, candidata ad un intervento di mastectomia bilaterale. La donna è giunta al blocco operatorio manifestando ansia intensa e comunicando forte preoccupazione per l'imminente anestesia generale e per il dolore post-operatorio. I suoi timori sono stati accolti senza critica e non sminuiti, le ho spiegato che è normale essere ansiosi in un momento del genere e che l'ansia svolge in natura una funzione difensiva. Contemporaneamente l'ho rassicurata sul fatto che la narcosi è protettiva, che permette di elevare il livello di sicurezza dell'intervento ed è la premessa di un buon controllo del dolore post-operatorio. Dopo di che ho spostato il colloquio sulla sua vita, sui suoi interessi, ed ho individuato nella sua passione per la

pittura una possibilità di aggancio sensoriale. Le ho proposto un esercizio di concentrazione in grado di farla sentire meglio e, avendo lei accettato, le ho chiesto di chiudere gli occhi per riuscire a sentire meglio il suo respiro. Dopo aver utilizzato strumenti quali la descrizione, il ricalco e la guida l'ho invitata ad immaginare una scena piacevole con cui sostituire quella attuale della sala operatoria, di immaginarla in tutti i particolari e di percepire anche le sensazioni piacevoli che questa le induceva. Le ho chiesto di immaginare questa scena come un quadro a colori, colori che ad ogni atto respiratorio davano sempre maggiore vita e luce al quadro rendendolo sempre più realistico. Ad un certo punto la paziente è apparsa completamente "presa" dall'esercizio, indifferente all'ambiente e con un'espressione del viso serena e distesa. In quel momento l'anestesista ha dato inizio alla narcosi somministrando i farmaci anestetici. Al termine dell'intervento, la paziente si è svegliata rapidamente e in modo sereno, senza lamentare dolore. Chiedendole come si sente, ha sorpreso l'equipe dichiarando di "aver mangiato benissimo in quel ristorante!"; poco più tardi ci spiega di aver visto nel quadro la sua festa di compleanno insieme a tutti i suoi amici e di essersi addormentata con la sensazione di essere già lì. In questo caso l'induzione ipnotica ha permesso di sostituire un'emozione negativa con un vissuto positivo.

In conclusione, allo stato attuale della mia formazione ritengo di aver constatato la validità e la praticabilità delle tecniche apprese e di aver verificato l'effettivo potenziamento dei risultati terapeutici connessi alla comunicazione ipnotica utilizzata come modalità speciale di relazione d'aiuto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Torre E. *Lezioni di psichiatria e psicologia clinica*. Aracne editrice, Roma. 2010
2. De Sainte-Exupéry A. *Il piccolo principe*. Bompiani, Milano.1981
3. Rogers C. *La terapia centrata sul cliente*. Edizioni G. Martinelli, Firenze.1989
4. Buber M. *Il principio dialogico e altri saggi*. Ed. San Paolo. 1991
5. Redigolo D., Kaldor K., Illica Magrini R. *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Rosini Editrice, Firenze. 1994
6. Lindberg J., Hunter M., Kruszewski A. *Introduction to person-centered nursing*. Tr. It. Assistenza infermieristica centrata sulla persona. USES, Ed. Scientifiche , Firenze. 1987.
7. Ellenberger H. *La scoperta dell'inconscio*. Volume primo. Bollati Boringhieri, Torino. 1976
8. Shapiro A. K., Shapiro E. (1997), *The powerful placebo: from ancient priest to modern physician*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
9. Valerio C., Mammini C. *L'evoluzione clinica dell'ipnosi*. FrancoAngeli, Milano. 2009
10. Benedetti F. *Il cervello del paziente: le neuroscienze della relazione medico-paziente*. Giovanni Fioriti Ed., Roma. 2012
11. Siegel D. *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Cortina Ed., Milano. 2013
12. Del Castello D., Casilli C. *L'induzione ipnotica*. FrancoAngeli, Milano. 2007
13. Yapko M. *Lavorare con l'ipnosi*. FrancoAngeli, Milano. 2003
14. Somma M. Dispense su “*Struttura dell'induzione*”. Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica. C.I.I.C.S. Anno 2013
15. Muro M. Dispense su “*Comunicazione ipnotica nelle procedure diagnostico/terapeutiche*”. Corso base di ipnosi cinica e comunicazione ipnotica. C.I.I.C.S. Anno 2013