



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2024

**Utilizzo dell'Ipnosi nel trattamento del Disturbo da Stress Post
Traumatico (PTSD), negli Operatori dell'Emergenza Territoriale.**

Candidato

Dott. David Orlandini

Relatore

Dott. Ennio Foppiani

Correlatore

Dott. Marco Vitali

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	pag. 5
CAPITOLO 1:	
<u>LO STRESS E I SUOI POSSIBILI QUADRI PATOLOGICI:</u>	pag. 6
Cos'è lo Stress e come agisce su di Noi:	pag. 6
Disturbo da Stress Acuto e PTSD nel DSM V (Diagnosi Descrittiva):	pag. 9
Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD):	pag. 11
CAPITOLO 2:	
<u>I DIVERSI APPROCCI NEL TRATTAMENTO DEL PTSD:</u>	pag. 14
Approccio cognitivo-comportamentale:	pag. 14
Approccio di stampo cognitivo:	pag. 15
Terapie Basate sulla Mindfulness:	pag. 15
Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT):	pag. 15
Terapia psicofarmacologica:	pag. 15
EMDR (Eye movement desensitisation and reprocessing):	pag. 16
Interventi di Supporto tra Pari:	pag. 17
Terapia Breve Strategica:	pag. 17
Trattamenti Alternativi e Complementari:	pag. 18
CAPITOLO 3:	
<u>IPNOSI, DA DOVE SIAMO PARTITI E DOVE SIAMO ARRIVATI:</u>	pag. 19

CAPITOLO 4:

L'APPROCCIO DELL'IPNOSI SULLE PATOLOGIE STRESS CORRELATE: pag. 22

Agire sullo Stressor pag. 24

Aumentare la Resilienza: pag. 24

Modulare la Risposta: pag. 26

CAPITOLO 5:

CONFRONTO TRA L'IPNOSI E I VARI APPROCCI AL PTSD: pag. 27

Approccio Cognitivo Comportamentale (CBT) pag. 27

Terapie basate sul Mindfulness: pag. 28

Terapia Dialettico-comportamentale (DBT): pag. 29

Approccio con EMDR
(Eye movement desensitisation and reprocessing): pag. 30

Interventi di supporto tra pari: pag. 31

Terapia Breve Strategica: pag. 32

CAPITOLO 6:

LO STRESS NEGLI OPERATORI DI EMERGENZA SANITARIA: pag. 34

Aspetti peculiari della professione: pag. 34

Stress lavoro correlato: pag. 36

CAPITOLO 7:

COSA PUÒ FARE L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL PTSD DEGLI OPERATORI SANITARI: pag. 37

CAPITOLO 8:

LA PREVENZIONE:

pag. 39

Prevenire il PTSD negli operatori sanitari

pag. 39

Possibili Interventi specifici in caso di Maxiemergenze

pag. 40

La mia realtà lavorativa:

pag. 42

CAPITOLO 9:

SEDUTA DI IPNOSI CLINICA PER IL TRATTAMENTO DI UN MEDICO

DELL'EMERGENZA CON STRESS ACUTO E INIZIALE PTSD:

pag. 47

CAPITOLO 10:

DISCUSSIONE:

pag. 50

CAPITOLO 11:

**PROPOSTA DI PROGETTO PILOTA PER UNA PROCEDURA
STANDARDIZZATA DI INDIVIDUAZIONE E PRESA IN CARICO
DEGLI OPERATORI DELL'EMERGENZA, CON INTEGRAZIONE
DELL'IPNOSI CLINICA, NELLA RETE DI SOSTEGNO
PSICOLOGICO AZIENDALE:**

pag. 52

CAPITOLO 12:

CONCLUSIONI:

pag. 55

BIBLIOGRAFIA

pag. 57

ABSTRACT

Questa Tesi si pone l'obiettivo di mettere in luce, l'impatto psicologico che gli operatori dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (118), affrontano quotidianamente, evidenziando l'errata percezione della loro impermeabilità agli stati d'animo e allo Stress. Attraverso un'analisi approfondita delle conseguenze psicologiche degli eventi traumatici e la ricerca di possibili terapie, in particolare attraverso l'ipnosi; il lavoro mette in luce l'efficacia di questa tecnica nel trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). La metodologia si basa su una revisione della letteratura scientifica, con riferimenti a database come PubMed e PsycINFO, per garantire attendibilità e aggiornamento delle informazioni.

Il primo capitolo delinea i vari aspetti dello stress e i suoi quadri patologici, chiarendo la differenza tra Eustress e Distress, e come lo stress possa portare a patologie come il PTSD. Vengono analizzate le fasi della Sindrome Generale di Adattamento (SGA) di Selye, e l'importanza della corretta diagnosi nel contesto del DSM-V. Il secondo capitolo esplora i diversi approcci terapeutici per il trattamento del PTSD, dal CBT all'EMDR, fino all'integrazione dell'ipnosi come strumento di primo piano per il coping e miglioramento della resilienza e la modulazione della risposta corporea allo stress.

Il terzo capitolo indaga in particolare sugli operatori di emergenza, documentando i rischi di disturbi psico-fisici e la necessità di un sistema di supporto organizzativo. L'ipnosi emerge come tecnica, capace di migliorare il benessere psicologico degli operatori e gestire le conseguenze del trauma. L'elaborato conclude sottolineando l'importanza di prevenire la cronicizzazione dei disturbi da stress e la necessità di implementare protocolli standardizzati di presa in carico degli operatori, integrando l'ipnosi tra gli interventi terapeutici proposti. La ricerca auspica una maggiore valorizzazione dell'ipnosi nella pratica clinica e una cooperazione sinergica tra diverse figure professionali nella gestione del PTSD.

INTRODUZIONE:

Gli operatori di emergenza sanitaria, come quelli del 118 (attualmente 112), si trovano quotidianamente a fronteggiare situazioni estremamente critiche. Con l'intento di salvare vite umane, ricoprono un ruolo in cui ci si aspetta una totale impermeabilità agli stati d'animo, dimostrando una capacità di mantenere la freddezza e di prendere decisioni rapide e razionali. Tuttavia, esiste una concezione errata secondo cui questi professionisti possedano una "corazza" emotiva che li protegge dalle conseguenze psicologiche del loro lavoro. Niente è più falso: nessuno può rimanere indifferente di fronte alla sofferenza umana e agli eventi traumatici a cui sono quotidianamente esposti. Gli operatori del 118, pur essendo addestrati a gestire situazioni di emergenza seguendo protocolli predeterminati, possono subire un impatto significativo sul piano psico-fisico, che spesso emerge nel tempo piuttosto che immediatamente. Il presente lavoro si propone di evidenziare le conseguenze psicologiche derivanti dal compito di gestire eventi altamente stressanti e di esplorare le possibili terapie disponibili, in particolare l'ipnosi. La scelta di focalizzarsi su questa tecnica risiede nella mia esperienza personale come medico dell'emergenza e nella crescente evidenza scientifica che suggerisce l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico o Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Questo approccio terapeutico, grazie alla sua capacità di facilitare il rilassamento, migliorare la rielaborazione dei ricordi traumatici e potenziare le risorse interiori dei pazienti, rappresenta una strategia promettente per migliorare il benessere psicologico degli operatori. Gli obiettivi di questa ricerca sono molteplici: innanzitutto, intendo analizzare in profondità le conseguenze psicologiche degli eventi critici affrontati dai professionisti del 118, per poi esaminare l'efficacia dell'ipnosi come terapia per il PTSD nei suddetti operatori. Le domande guida di questa tesi includono: Come influiscono le esperienze traumatiche sul benessere psicologico degli operatori dell'emergenza? Quali sono le potenzialità dell'ipnosi nel prevenire la cronicizzazione del PTSD? Le parole chiave utilizzate per questa ricerca includono: ipnosi, stress, disturbo da stress post-traumatico, prevenzione e cura. Per quanto riguarda il metodo di analisi della letteratura, ho consultato fonti attendibili ed aggiornate presenti in database scientifici, tra cui PubMed, PsycINFO e Google Scholar. Ho selezionato articoli peer-reviewed e pubblicazioni di riviste riconosciute nel campo della psicologia e della medicina, applicando filtri di ricerca basati sull'attendibilità scientifica e sull'attualità delle informazioni. Questa metodologia consentirà di garantire che i dati e le teorie presentate siano supportati da evidenze solide e riconosciute. In sintesi, la ricerca mira a fornire una visione chiara e informata sull'importanza di affrontare adeguatamente gli effetti del trauma tra gli operatori del 118 e sul potenziale terapeutico dell'ipnosi nel trattamento del PTSD, sperando di contribuire a migliorare le strategie di intervento e il benessere psicologico di questi professionisti vitali.

CAPITOLO 1

LO STRESS E I SUOI POSSIBILI QUADRI PATOLOGICI:

Cos'è lo Stress e come agisce su di Noi:

Il termine stress proviene dal latino "strictus", che significa "serrato" o "compresso". La sua connotazione negativa è diffusa nel linguaggio comune, ma è importante chiarire che non è possibile formulare una definizione esaustiva e universale. La confusione riguarda principalmente l'utilizzo del termine, che si riferisce sia agli stressor (stimoli stressanti) sia alla risposta dell'individuo a questi stimoli. Quindi, stress è una risposta biologica complessa degli organismi a fattori esterni e interni. Lo stress, in determinate situazioni, può quindi avere effetti benefici sul nostro organismo e in tal caso parliamo di Eustress (livello di stress positivo che può migliorare le prestazioni e motivare l'individuo), con l'aumentare dello stress possiamo però passare al Distress (livello di stress che ostacola le performance e affligge il benessere psicologico e fisico).

È importante tenere presente che, mentre un certo grado di stress è inevitabile e necessario per la vita, un eccesso può portare a conseguenze negative.

Di fondamentale interesse è il riscontro che circa il 95% delle patologie ad oggi note risente dello Stress e noi sappiamo che l'Ipnosi può agire su tutte quelle patologie Stress correlate; Ciò fa dell'Ipnosi un'arma eccezionale per trattare lo stress e quindi anche i Disturbi da Stress post traumatico.

Walter Cannon, nel 1914, introdusse il concetto di «combatti o fuggi» per descrivere le risposte fisiologiche del corpo in situazioni di stress. Le sue osservazioni ponevano l'accento sulla rapidità con cui l'organismo attiva una serie di risposte fisiologiche per affrontare minacce immediate. I risultati delle sue ricerche hanno gettato le basi per le future indagini sullo stress come risposta adattativa.

Hans Selye, nel 1936, sviluppò la teoria della Sindrome Generale di Adattamento (SGA), spiegando come ogni essere vivente deve sviluppare una risposta fisiologica per affrontare e adattarsi agli stimoli ambientali¹. Nella sua pubblicazione "A syndrome produced by diverse noxious agents" (Selye, 1936), Selye evidenzia come lo stress sia una risposta generale aspecifica a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente. La sottolineatura del termine "aspecifico" è fondamentale, poiché indica che gli organismi possono sviluppare risposte simili a stimoli diversi, non necessariamente correlati. Questa visione elude l'idea tradizionale che ogni risposta biologica sia generata da una singola causa.

In termini di risposta fisiologica, gli stressors possono essere di natura fisica, chimica o psicologica, e la loro intensità e durata svolgono un ruolo cruciale nella risposta dello stress². Come segnalato da Selye, anche stimoli intensamente piacevoli possono attivare una risposta di stress, delineando una complessa interazione tra gli stimoli e le risposte.

Selye scoprì inoltre che nella sindrome generale di adattamento esistono tre fasi di reazione allo stress:

- 1) Fase di Allarme: il corpo riconosce lo stress e attiva rapidamente le sue risorse. Durante questa fase, si verifica un'attivazione neurovegetativa con il rilascio di catecolamine nel sangue, producendo una reazione immediata.
- 2) Fase di Resistenza: se lo stress è persistente, il corpo continua a fronteggiarlo, liberando ormoni come l'ACTH e il cortisolo. Sebbene questa fase possa apparire come un periodo di adattamento, può presentare danni se prolungata troppo a lungo³.
- 3) Fase di Esaurimento: se lo stress persiste per un tempo prolungato, il corpo perde le sue risorse di adattamento, con conseguenze potenzialmente devastanti per la salute fisica e psicologica.

Nell'essere umano in particolare dal punto di vista psicologico lo stimolo stressogeno può essere esterno (es interazione con un'altra persona) o interno (pensiero che ci assilla e non ci fa dormire). Lo stimolo soggettivamente percepito per qualità e intensità come positivo e in grado di produrre benessere si definisce Eustress, il contrario è distress. Anche stimoli usualmente definiti come piacevoli possono causare distress se superano un certo grado di intensità e durata: ad esempio un matrimonio può passare da evento desiderato a fattore stressante se è vissuto in modo molto emotivamente intenso, (ad esempio, durante la sua preparazione).

In psicologia si può quindi definire Critical Incident⁴ (fattore stressante) ogni condizione che va a turbare l'equilibrio che l'individuo ha creato fra sé stesso e l'ambiente che lo circonda. L'Impatto dello stressor è tale da andare ad annientare i meccanismi di coping solitamente utilizzati per poter gestire al meglio gli eventi che gli capitano.

La risposta individuale da stress è una risposta fisiologica, non è di per sé patologica. Superata una certa soglia di intensità e durata, anche sulla base di fattori personali (psicofisiologici, endogeni ed esogeni) può evolvere in un quadro patologico: disturbo da stress acuto o disturbo post traumatico da stress.

Oltre all'intensità e alla durata dello stimolo stressogeno i fattori che possono determinare l'instaurarsi di un quadro patologico sono:

- 1) lo stato psicofisiologico antecedente l'evento stressante, cioè le condizioni della persona nel momento in cui accade l'evento come il tono dell'umore, positivo o negativo che sia o la risonanza psicologica all'evento (ad esempio evento che interessa un familiare).
- 2) i fattori endogeni come il patrimonio genetico e le caratteristiche di personalità.
- 3) i fattori esogeni legati all'apprendimento, alle abitudini alimentari, all'uso di farmaci e droghe.

È anche cruciale distinguere tra stress acuto e stress cronico. Mentre il primo si verifica in risposta a uno stimolo definito, di alta intensità e breve durata, il secondo coinvolge eventi ripetuti e di medio-basso livello che possono perdurare nel tempo, portando a un'usura delle risorse fisiche e psicologiche; nello specifico:

Il Disturbo Acuto da Stress: Si verifica entro un mese da un evento traumatico e si manifesta con sintomi simili al PTSD, ma di durata più breve.

I Disturbi dell'Adattamento: Riguardano risposte emotive o comportamentali disadattive a uno o più eventi stressanti identificabili.

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) è una condizione psicologica che può svilupparsi in seguito all'esposizione a eventi traumatici estremi o stressanti, come incidenti gravi, atti di violenza o eventi catastrofici. I sintomi del PTSD possono manifestarsi in una varietà di forme, inclusi flashback ricorrenti, incubi, ansia intensa ed evitamento delle situazioni che possono ricordare l'evento traumatico.

Il DSM-V utilizza criteri specifici per distinguere tra questi disturbi, tenendo conto della durata dei sintomi e della natura dell'evento scatenante. La diagnosi accurata è fondamentale per pianificare un trattamento mirato.

In questo contesto, l'approccio di Critical Incident Stress Management (*Mitchell ed Everly, 1997*) diventa significativo. Questa metodologia offre una strategia di intervento per gestire in modo proattivo le conseguenze psicologiche degli eventi critici attraverso il supporto tra pari e l'attenzione al benessere psicologico. L'importanza di tale intervento nel trattamento del PTSD è evidente, considerando i fattori esogeni ed endogeni che possono contribuire all'insorgenza della patologia.

Disturbo da Stress Acuto e PTSD nel DSM V (Diagnosi Descrittiva):

Secondo il DSM V⁵ si definisce stress acuto quando la persona ha vissuto un evento traumatico che ha implicato la morte o la minaccia di morte, o gravi lesioni fisiche o una minaccia all'integrità psico-fisica propria o altrui. La persona ha reagito all'evento con intensa paura, sentimenti di impotenza e di orrore.

Per soddisfare i criteri del DSM-5-TR⁶ per la diagnosi del disturbo da stress acuto, i pazienti devono essere stati esposti direttamente o indirettamente a un evento traumatico, e ≥ 9 dei seguenti sintomi da una delle cinque categorie (intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento, e eccitazione) devono essere presenti per un periodo da 3 giorni fino a 1 mese:

Sintomi intrusivi

- Ricorrente, involontario, e invadente ricordo angosciante dell'evento
- Sogni inquietanti ricorrenti riguardo ad alcuni eventi
- Reazioni dissociative (p. es., flashback in cui i pazienti si sentono come se l'evento traumatico si ripettesse)
- Sofferenza psicologica o fisiologica intensa quando si ricorda l'evento (p.es., entrando in un posto simile, con suoni simili a quelli uditi durante l'evento)

Umore negativo

- Persistente incapacità di provare emozioni positive (p. es., felicità, soddisfazione, sentimenti di amore)

Sintomi dissociativi

- Un senso alterato della realtà (p. es., sentirsi in uno stato confusionale, rallentamento del tempo, percezioni alterate)
- Impossibilità di ricordare una parte importante dell'evento traumatico

Sintomi di evitamento

- Sforzi per evitare angoscianti ricordi, pensieri o sentimenti associati all'evento
- Sforzi per evitare sollecitazioni esterne (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) associate all'evento

Sintomi di eccitazione/iperattivazione

- Disturbi del sonno
- Irritabilità o scoppi d'ira
- Ipervigilanza
- Difficoltà di concentrazione
- Esagerata risposta di allarme

Se i sintomi significativi durano più di 1 mese, deve essere presa in considerazione una diagnosi di disturbo post-traumatico da stress.

Il disturbo post-traumatico da stress è un disturbo invalidante che si sviluppa dopo l'esposizione a un evento traumatico. È caratterizzato da pensieri intrusivi, incubi e flashback; evitamento dei ricordi del trauma; cognizioni e umore negativi; ipervigilanza e disturbi del sonno. La diagnosi si basa su criteri clinici.

Per soddisfare i criteri del DSM-5-TR⁵ per la diagnosi del disturbo post-traumatico da stress, i pazienti devono essere stati esposti direttamente o indirettamente a un evento traumatico e presentare sintomi di ciascuna delle seguenti categorie⁶, per un periodo maggiore o uguale a un mese.

Sintomi di intrusione (≥ 1 dei seguenti punti):

- Avere ricordi ricorrenti, involontari, intrusivi e inquietanti
- Avere ricorrenti sogni inquietanti (p. es., gli incubi) riguardo all'evento
- Agire o sentire come se l'evento stesse accadendo di nuovo in quel momento, dalle allucinazioni alla completa perdita di consapevolezza del presente.
- Sensazione di intensa sofferenza psicologica o fisiologica quando si ricorda l'evento (p. es., per il suo anniversario, attraverso suoni simili a quelli uditi durante l'evento)

Sintomi di evasione (≥ 1 dei seguenti):

- Evitare pensieri, sensazioni o ricordi associati all'evento
- Evitare attività, luoghi, conversazioni o persone che innescano il ricordo dell'evento

Effetti negativi sulla cognizione e sull'umore (≥ 2 dei successivi punti):

- Perdita di memoria di parti significative dell'evento (amnesia dissociativa)
- Opinioni negative persistenti ed esagerate o aspettative su sé stessi, gli altri, o il mondo.
- Pensieri distorti persistenti sulla causa o sulle conseguenze del trauma che portano a incolpare sé o gli altri.
- Stato emotivo negativo persistente (p. es., la paura, l'orrore, la rabbia, il senso di colpa, la vergogna).
- Notevole diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
- Una sensazione di distacco o di estraneità verso gli altri.
- Persistente incapacità di provare emozioni positive (p. es., felicità, soddisfazione, sentimenti di amore)

Eccitazione alterata e reattività (≥ 2 dei punti seguenti):

- Disturbi del sonno
- Irritabilità o scoppi d'ira
- Comportamento imprudente o autodistruttivo
- Difficoltà di concentrazione
- Aumento delle risposte di allarme
- Ipervigilanza

Inoltre, le manifestazioni devono causare disagio significativo o compromettere significativamente il funzionamento sociale o lavorativo e non essere riconducibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un altro disturbo medico.

Il sottotipo dissociativo del disturbo post-traumatico da stress viene diagnosticato quando, oltre a tutti i sintomi sopra menzionati, vi è evidenza di depersonalizzazione (sensazione di distacco dal proprio sé o corpo) e/o derealizzazione (esperienza del mondo come irreali o onirica).

Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD):

Analizzando i sintomi del PTSD vedremo che l'evento traumatico vissuto porta a vivere una "esperienza emozionale correttiva negativa" che conduce la persona ad un cambiamento catastrofico: la persona rimane impigliata a quel faticoso evento, come un pesce nella rete, incapace di vivere il presente e in nessun modo di progettare il futuro; viene a vivere una vera e propria rottura temporale e la sua narrazione sarà caratterizzata da un "prima" e un "dopo" (l'evento traumatico)⁷

Aldilà di quale sia l'evento che ha prodotto il trauma nella persona, il problema si crea e si mantiene nel tempo poiché il soggetto reitera dei comportamenti (tentate soluzioni) che paradossalmente lo portano ad acuire e amplificare il disagio, invece che risolverlo. In particolare, la volontà di cancellare il ricordo non riesce nel suo intento e il soggetto si ritrova sempre più sommerso da angoscia dolore, paura, senso di impotenza, rabbia, e spesso un forte senso di colpa.

Quello che viene fatto per allontanarsi dai ricordi intrusivi dal malessere diffuso, dal disagio e irritabilità porta a un inesorabile peggioramento della propria condizione aggravandola a volte con attacchi di panico e generalizzazione della paura. Il tentare di non pensare e di non ricordare diventa il copione percettivo reattivo ridondante.

La prova di come le inappropriate Tentate Soluzioni generino e alimentino il disagio psichico la si comprenderà quando interrompendo la spirale che si è innescata, otterremo la scomparsa del disturbo⁸.

Le Tentate Soluzioni possono essere messe in atto dalla persona in modo conscio sperando nella loro efficacia nel risolvere la difficoltà, oppure non conscio.

L'individuo mette in atto comportamenti che si pensano efficaci come smettere di pensare "e pensare di non pensare è pensare ancora di più", oppure che si realizzano senza consapevolezza

come non frequentare le persone luoghi che portano a ricordare - i drammatici momenti. Tra le altre tentate soluzioni più frequenti vi sono la richiesta d'aiuto, di rassicurazioni e lamentele.

Spesso chi subisce un PTSD è portato a cercare rassicurazione e aiuto in particolare dai propri cari, convincendosi poi col tempo di non essere più in grado di affrontare autonomamente anche le situazioni comuni. Si può instaurare un senso di impotenza anche se completamente ingiustificato, senso di colpa che porta a pensare di essere l'artefice, il responsabile della propria sciagura.

Altro aspetto da non sottovalutare è la progressiva generalizzazione degli evitamenti: si parte da quelli specifici legati all'evento traumatico (luoghi, persone, circostanze) fino ad arrivare a coinvolgere anche situazioni non connesse con il trauma e che precedentemente risultavano essere indifferenti o piacevoli, ma che col tempo assumono una connotazione negativa, creando continue fobie e riducendo gradualmente ma inesorabilmente l'interazione col mondo circostante⁷.

A volte il PTSD si può nascondere dietro un altro disturbo; si può presentare in concomitanza ad altre patologie secondo percentuali che variano dal 62% al 92%⁹. Analogamente, ricerche compiute da alcuni centri negli ultimi anni (come il Centro di Terapia Strategica di Arezzo) hanno evidenziato come il DTSD possa gradualmente evolvere in altre direzioni, dando vita a problematiche differenti. Ci si troverà quindi di fronte a due diverse situazioni che comportano due diversi protocolli di trattamento: nel primo caso la persona arriva in terapia portando come problema un disturbo ad esempio una fobia severa, il cui punto d'inizio viene fatto risalire a un evento traumatico ben definito (ad esempio un incidente d'auto) di cui il disturbo ne rappresenta l'evoluzione⁷.

In questo caso si dovrà lavorare parallelamente sul sintomo presentato e sull'elaborazione del trauma.

Le possibili evoluzioni di un Disturbo Post Traumatico da stress sono:

- Disturbo Fobico: è l'evoluzione più comune e si verifica quando l'evitamento comportamentale diventa la reazione dominante del paziente, spesso unitamente alla richiesta di aiuto alle persone che la circondano. Gli evitamenti possono essere limitati a certe situazioni o certi oggetti (in questo caso, spesso, sviluppando una fobia specifica) oppure generalizzarsi gradualmente, partendo dalle situazioni più vicine al trauma fino ad arrivare all'evitamento della maggior parte delle attività quotidiane, o alla richiesta di continua presenza delle altre persone come aiutanti in caso di malessere o difficoltà, In questo caso la vita quotidiana risulta gravemente invalidata e la persona finisce per intrappolarsi all'interno di un disturbo agorafobico severo.

- Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Doc): Si tratta di quei casi in cui la persona ha l'illusione di poter prevenire il ripresentarsi di un'esperienza traumatica mediante l'esecuzione di rituali propiziatori, rituali riparatori con l'obiettivo di annullare gli effetti dell'esperienza traumatica, possa alleviare la sua angoscia legata al trauma vissuto.
- Abuso o dipendenza da sostanze: la sostanza diventa un'altra tentata soluzione per prendere le distanze dall'evento traumatico, portando la persona non solo a fallire nel suo tentativo di dimenticare il passato, ma anche a sviluppare un ulteriore problema: la dipendenza.
- Disturbo depressivo: Posta di fronte ai propri fallimentari tentativi di dimenticare l'evento traumatico e di superarne gli effetti, spesso la persona manifesta uno spiccato senso di impotenza fino alla rinuncia. A questo sviluppo concorrono spesso anche i sensi di colpa, assai frequenti quando si parla di eventi traumatici quali stupro, abuso fisico o incidente, rispetto ai quali la persona può sviluppare un forte senso di autocolpevolizzazione biasimo (es: Non mi sarei dovuta vestire in maniera provocante). E proprio gli altri possono, loro malgrado, contribuire ad alimentare l'atteggiamento vittimistico di colui che sta scivolando lungo il versante depressivo del disturbo continuando a rincuorarlo e rassicurarlo non fanno altro che incrementare paradossalmente la sua tendenza alla lamentazione e alla rinuncia¹⁰.
- Disturbo paranoico: idee persecutorie che nascono in riposta alla rabbia provata a seguito del trauma, rabbia verso sé stessi, verso gli altri o verso la natura o Dio.

È sempre più frequente che il paziente porti un disturbo ad esempio di tipo fobico, depressivo o altro e che, una volta sbloccato sveli un trauma passato che a sua volta richiederà un trattamento ulteriore. Sono questi i casi in cui il disturbo emergente si configura proprio come una sorta di copertura nei confronti del trauma passato, l'effetto finale di reiterati tentativi fallimentari messi in atto dalla persona nell'intento di superare un evento traumatico originario¹

CAPITOLO 2

I DIVERSI APPROCCI NEL TRATTAMENTO DEL PTSD:

Il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) ha visto un'evoluzione significativa nel corso degli anni, con un crescente numero di approcci terapeutici supportati da evidenze a volte empirici.

Secondo una recente review del British Medical Journal¹¹, i trattamenti utilizzabili per il disturbo post-traumatico da stress sono per lo più psicoterapeutici e comprendono: i trattamenti di stampo cognitivo comportamentale o puramente cognitivo, l'EMDR e la terapia psicofarmacologica.

Di seguito, vengono esplorati i principali metodi e le tendenze attuali nella gestione di questa condizione:

Approccio cognitivo-comportamentale:

Questo è uno dei metodi più ampiamente studiati e utilizzati per il trattamento del PTSD, si basa su tre cardini: esposizione a tutto ciò che correla con l'evento traumatico, tecniche di rilassamento e educazione respiratoria, stress inoculation training¹². L'esposizione agli stressor può avvenire in modo astratto nella mente del paziente oppure "in vivo" nella realtà, chiedendo al soggetto di avvicinarsi gradualmente agli stimoli ansiogeni.

Le tecniche di rilassamento e educazione respiratoria sono finalizzate ad acquisire il controllo del sintomo e la capacità di calmarsi in caso di ansia. Lo stress inoculation training comprende varie tecniche con elementi di rilassamento, blocco del pensiero, auto-dialogo guidato, razionalizzazione, rietichettamento delle sensazioni somatiche ansiose e giochi di ruolo; il tutto in corrispondenza di immagini e stimoli ansiogeni.

Gli studi dimostrano che la CBT può ridurre in modo significativo i sintomi del PTSD e migliorare il funzionamento globale dei pazienti. Varianti come la Prolonged Exposure Therapy e la Cognitive Processing Therapy hanno dimostrato particolare efficacia.

Di contro questo approccio così fortemente espositivo comporta dei rischi, come il possibile aumento della naturale resistenza al cambiamento, resistenza che già questi pazienti posseggono come logica conseguenza dell'evento traumatico vissuto.

Approccio di stampo cognitivo:

Punta al cambiamento di quelle che vengono definite “interpretazioni distorte” e che condurrebbero a una sovrastima delle minacce reali da parte del paziente che soffre di un PTSD. Un lavoro quindi di estrema razionalizzazione degli eventi e presa di consapevolezza del funzionamento della paura e dell'ansia legate al trauma.

Anche qui la via della consapevolezza potrebbe portare ad un' aumentata resistenza al cambiamento poiché la paura scatta prima e più rapidamente di qualsiasi processo cognitivo razionale, e cercare di superarla grazie alla consapevolezza può apparire per alcuni, un'impresa decisamente titanica.

Terapie Basate sulla Mindfulness

L'integrazione delle pratiche di mindfulness nel trattamento del PTSD ha guadagnato attenzione. Le tecniche di mindfulness possono aiutare i pazienti a rimanere ancorati al momento presente e a gestire i sintomi di ansia e rivisitazione del trauma. Programmi come la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) sono stati adattati per affrontare il PTSD e mostrano risultati promettenti.

Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT)

Sviluppata per il trattamento del disturbo borderline, la DBT si è rivelata utile nel trattamento del PTSD, in particolare nei pazienti che presentano sintomi complessi e co-occorrenti, come l'autolesionismo e le difficoltà relazionali. La DBT combina elementi di CBT con componenti di mindfulness, risolvere problemi e supporto interpersonale.

Terapia psicofarmacologica

La terapia psicofarmacologica viene solitamente consigliata in abbinamento a una psicoterapia.

Essendo ampio lo spettro dei sintomi che solitamente accompagnano questo disturbo, una terapia farmacologica che volesse coprirli tutti risulterebbe decisamente pesante in quanto non esiste un farmaco miracoloso in grado di agire su tutta la sintomatologia correlata.

Inoltre, l'effetto del farmaco è puramente sintomatologico, non ha nessun impatto migliorativo né sulle cause né sui meccanismi che mantengono il problema.

EMDR (Eye movement desensitisation and reprocessing)

La desensibilizzazione e rielaborazione con il movimento degli occhi nasce negli Stati Uniti meno di vent'anni fa. Si tratta di far eseguire al paziente una rievocazione delle esperienze negative, distraendolo facendogli compiere movimenti ritmici degli occhi, oppure tamburellamenti o stimolazioni sonore mentre è concentrato sulle emozioni negative. Successivamente si ripete il tutto facendolo concentrare sulle condizioni desiderabili, nel tentativo di far desensibilizzare il paziente al ricordo traumatico¹³.

L'EMDR si compone di otto fasi:

- 1) Piano Terapeutico: analisi del trauma, del vissuto dell'individuo, soprattutto del primo anno di vita e obiettivi della terapia.
- 2) Spiegazione di come funziona l'EMDR e di come si possono sfruttare le risorse individuali per l'elaborazione del trauma
- 3) Descrizione dettagliata dell'evento traumatico insieme alle sensazioni, credenze, emozioni provate, con pensieri negativi e positivi provati.
- 4) Fase di Desensibilizzazione tramite il movimento degli occhi o altri stimoli bilaterali, come suoni e mentre si esegue questa fase si ascolta dentro di sé cambiamenti che si vivono a livello di emozioni, pensieri, immagini e sensazioni corporee. La fase viene eseguita fino a quando il soggetto non viene completamente desensibilizzato, fino a quando, ricordando l'evento traumatico non prova più nessun disagio.
- 5) Sostituzione delle valenze negative eliminate con risorse positive per aumentare la propria autostima e produrre uno stato di calma e serenità.
- 6) Tramite una "scansione corporea" si osserva la presenza di eventuali scorie tensivo nell'organismo. La non presenza di tensioni conferma la completa riuscita terapeutica.
- 7) Chiusura della seduta e informazioni al paziente su come gestire eventuali futuri disagi provocati da una terapia che non ha completamente desensibilizzato il trauma o è ancora presente una sequela emotiva negativa.
- 8) Verifica dei risultati ottenuti o aspetti su cui è ancora necessario lavorare

Questa tecnica, pur essendo spesso inserita all'interno delle terapie cognitivo-comportamentali, dovrebbe piuttosto rientrare in quelle di tipo ipnotico.

L'EMDR può infatti essere vista come una sorta di suggestione ipnotica all'interno della quale la persona viene guidata a provare tutta una serie di emozioni positive da sostituire a quelle negative nel ricordo del trauma. Numerosi studi hanno rivelato come questa manovra produca un iniziale e anche rapido miglioramento del paziente, che tuttavia non porta a un reale e definitivo superamento del disturbo e pertanto non perdura nel tempo.

Interventi di Supporto tra Pari:

Programmi di supporto tra pari sono sempre più riconosciuti come un'importante risorsa per le persone che soffrono di PTSD. Questi programmi possono fornire un senso di comunità e comprendere, oltre a offrire strumenti pratici per il coping.

Terapia Breve Strategica:

Questa strategia sta prendendo piede negli ultimi anni per il trattamento del PTSD, con ricerche basate sulla pratica clinica quotidiana che sembrano aver una buona efficienza e efficacia complessiva¹⁴.

Nardone e Coll (1997), hanno condotto studi su circa 102 pazienti e l'89% di questi ha portato a termine la terapia e risolto il problema con una media di 9 sedute; da qui si potrebbe trarre la conclusione che sia una strategia rapida ed efficace (chi ha terminato le sedute ha risolto il problema) con assenza di ricadute a un anno dal termine delle sedute.

La Terapia Breve Strategica si basa su tre aspetti fondamentali: comunicazione, relazione e tecnica.

- **Comunicazione:** Il terapeuta utilizza un linguaggio suggestivo e ipnotico per superare la resistenza del paziente. L'uso di metafore e aneddoti aiuta a evocare emozioni e rende più efficace la comprensione del trauma, paragonato a una ferita che deve riaprirsi per poter guarire. È importante utilizzare frasi evocative che incoraggiano il paziente a confrontarsi con il dolore.
- **Relazione:** La relazione deve essere empatica e accogliente, consentendo al paziente di esprimere liberamente le proprie emozioni. Il terapeuta deve dimostrare competenza e attenzione, stabilendo una connessione attraverso sguardi e ascolto attivo.
- **Tecnica:** Le tecniche comprendono protocolli e stratagemmi specifici progettati per facilitare esperienze emozionali correttive, bypassando la resistenza al cambiamento. L'obiettivo è generare nuove forme di rappresentazione della realtà, con cambiamenti nelle sensazioni e comportamenti del paziente.

Prescrizioni Utilizzate:

- 1) **Romanzo del Trauma:** Il paziente deve scrivere dettagliatamente la propria storia traumatica, ristrutturando la memoria e distanziandola dal presente.
- 2) **Galleria dei Ricordi:** Il paziente crea ricordi enfatizzando dettagli positivi, aiutando a unire esperienze negative con quelle piacevoli.
- 3) **Congiura del Silenzio:** Si incoraggia il paziente a smettere di parlare del proprio problema, per evitarne l'alimentazione e il rafforzamento.

- 4) "Se fai uno fai 5": In caso di disturbi ossessivo-compulsivi, si prescrive di raddoppiare i rituali compiuti per acquisire controllo su di essi.
- 5) Come Peggiorare: Il paziente riflette su come potrebbe peggiorare la sua situazione, realizzando che ciò che considera come "tentativo di stare meglio" può in realtà contribuire al peggioramento.
- 6) Paura dell' Aiuto: Si invita il paziente a riflettere su come farsi aiutare dagli altri possa conferire un senso di incapacità e contribuire al mantenimento del problema.
- 7) Tecnica della Scala: Si richiede di misurare i progressi su una scala da 0 a 10, definendo i passi necessari per progredire verso la soluzione.
- 8) Peggiorare Fantasia: Il paziente è invitato a immaginare deliberatamente pensieri e sentimenti negativi in un tempo controllato, creando un effetto paradossale e riducendo l'ansia associata.
- 9) Come Se: Il paziente si chiede cosa farebbe se fosse completamente libero dai propri problemi, promuovendo piccole conquiste quotidiane per favorire il cambiamento.

Queste tecniche e prescrizioni mirano a facilitare il superamento del PTSD creando un contesto terapeutico strutturato e dinamico, che favorisce il cambiamento e la rielaborazione delle esperienze traumatiche; qui la consapevolezza è il punto d'arrivo dell'intero trattamento, non la base di partenza: prima si porta il paziente a "sentire" sperimentando nuove prospettive e solo in un secondo tempo lo si accompagna a "capire".

Trattamenti Alternativi e Complementari:

Tecniche come la terapia con animali l'agopuntura e l'arteterapia stanno emergendo come opzioni valide per alcuni pazienti. Ricerche preliminari suggeriscono che questi approcci possono essere efficaci nell'aiutare a gestire i sintomi del PTSD, anche se necessitano di ulteriori studi per convalidarne l'efficacia. Alcuni mettono anche l'Ipnosi tra questi trattamenti alternativi

CAPITOLO 3

IPNOSI, DA DOVE SIAMO PARTITI E DOVE SIAMO ARRIVATI:

Per comprendere tale approccio si deve fare un breve excursus storico, parlando di alcuni autori che hanno posto le basi su cui si fonda l'ipnosi moderna.

Claude Bernard (Villefranche-sur-Saône, 12 luglio 1813 – Parigi, 10 febbraio 1878) fisiologo francese, considerato il fondatore della medicina sperimentale e a lui si deve in concetto di “Ambiente interno” (Milieu interieur) il quale evidenzia l'importanza della stabilità interna per la vita degli organismi viventi, illustrando come essi siano in grado di mantenere l'equilibrio necessario a fronteggiare le sfide ambientali. La capacità di regolazione interna è fondamentale per la salute e il benessere degli organismi e riflette la complessità delle interazioni tra gli esseri viventi e il loro ambiente. In seguito *Walter Bradford Cannon* (Prairie du Chien, 19 ottobre 1871 – Franklin, 1° ottobre 1945) fisiologo statunitense riprendendo gli studi di Bernard elabora il concetto di Omeostasi¹⁵ e cioè la tendenza naturale, al raggiungimento di una relativa stabilità, sia delle proprietà chimico-fisiche interne sia comportamentali, che accomuna tutti gli organismi viventi, per i quali tale regime dinamico deve mantenersi nel tempo, anche al variare delle condizioni esterne, attraverso precisi meccanismi autoregolatori. Nell'omeostasi abbiamo due presupposti importanti; il primo è che nel corpo c'è un unico livello/numero/quantità ottimale, per mantenere una condizione di equilibrio e il secondo, che la condizione di equilibrio ideale viene raggiunto tramite un determinato meccanismo di regolazione locale. Se alla nostra omeostasi applichiamo un cambiamento esterno (STRESS), avremo una perturbazione interna che porterà necessariamente alla perdita dell'omeostasi, con a seguire tre diversi tipi di compensazione: recupero con ripristino dell'omeostasi; arricchimento con nuova omeostasi con guadagno e conseguente EVOLUZIONE; fallimento con totale perdita dell'omeostasi ed ESTINZIONE. Parliamo quindi di un organismo che deve ritrovare l'equilibrio dopo l'esposizione allo Stress, dove l'equilibrio è considerato come costante e uguale a sé stesso; nel 1988 *Sterling* ed *Eyer*, hanno proposto il concetto di ALLOSTASI¹⁶ definita come il processo adattativo per mantenere attivamente la stabilità attraverso il cambiamento, in sintesi cambi la condizione attuale per raggiungerne una diversa.

L'Allostasi diviene fondamentale per l'organismo al fine di adattarsi a eventi stressogeni prevedibili o imprevedibili, ma ha un limite, la persistenza degli eventi stressogeni può portare a discrepanze nella capacità dell'organismo di fargli fronte e può portare ad una inadeguata risposta

fisiologica, definita “CARICO ALLOSTATICO” energeticamente molto costosa e seguita da un “sovraccarico”¹⁷ (*McEwen*, 1988) e questo è ciò che pone le basi per la comparsa delle malattie Stress-correlate.

Walter Bradford Cannon oltre a elaborare il concetto di omeostasi, elaborò la teoria della FUGA-ATTACCO¹⁵ in cui definì l’innato istinto degli animali a reagire a situazioni stressogene di minaccia con due modalità, la fuga e l’attacco. L’animale partendo da un suo stato di omeostasi, percepisce una minaccia (Arousal), elabora la minaccia (Appraisal) e decide se lottare o scappare (Coping), dopodiché si può rilassare, digerire e recuperare energie (Disruption), con a seguire ripristino dell’omeostasi. Nella fase di lotta-fuga anche detta “fight and flight” c’è attivazione del sistema simpatico con conseguenti alterazioni corporee che preparano ad un’azione immediata, mentre nella fase rilassamento si attiva il parasimpatico promuovendo appunto rilassamento e risparmio delle energie. La teoria di Cannon ha però un limite dettato dal fatto che se la minaccia, non si esaurisce, rimarremo sempre in “fight and flight” senza mai giungere al rilassamento e al ripristino dell’omeostasi.

Hans Selye (Vienna, 26 gennaio 1907 – Montréal, 16 ottobre 1982), uno dei più grandi endocrinologi del XX Secolo, candidato al Nobel 17 volte è il fondatore della moderna teoria dello stress; nel 1936 pubblica su Nature un articolo in cui scrive di esperimenti su ratti e riporta, come diversi agenti nocivi (stressor), fossero capaci di provocare sintomi simili; in tale pubblicazione coniò il termine di “SINDROME GENERALE DI ADATTAMENTO (S.G.A.)”¹ per descrivere questa risposta comune dell’organismo, a uno stress fisico o psicologico. Negli anni successivi continuò gli studi e definì tre fasi di tale sindrome: la fase di allarme, quella di resistenza e quella di esaurimento. Secondo l’autore, questa risposta allo stress è una parte fondamentale dell’adattamento dell’organismo all’ambiente, ma anche causa di malattie se il livello di stress è troppo alto o troppo prolungato. Per S.G.A. intendiamo “una risposta aspecifica a qualsiasi richiesta, proveniente dall’ambiente”; dove con “aspecifico “si rivoluziona la vecchia teoria per la quale un effetto (biologico per esempio) sia sempre riconducibile a una causa specifica, enfatizzando che stimoli diversi possano indurre una risposta simile chiamata STRESS, determinata non tanto dalla sua natura ma dalla sua intensità; mentre con il termine “qualsiasi” si sottolinea come la medesima risposta sia causata anche da stimoli diversi. La S.G.A. non si attiva solo per eventi straordinari ma anche per richieste ambientali consuete, purché siano intense o percepite come tali.

Hans Selye nella sua pubblicazione definì anche i concetti di EUSTRESS E DISTRESS, definendo per l’appunto, come uno stimolo stressante può portare a fenomeni definiti positivi per l’organismo (Eustress) e invece aumentando di intensità o perdurando a lungo, lo stress porta a Distress con effetti negativi per l’organismo in toto.

Robert Ader (February 20, 1932 – December 20, 2011) eminente psicologo americano noto per le sue ricerche sullo stress e sulla relazione mente-corpo, fondò la PNEI; verso la metà degli anni 70 elaborò il concetto di: “CONDIZIONAMENTO IMMUNITARIO” grazie a una serie di esperimenti fatti sui topi, con un collega immunogo, **Nicholas Cohen**. Dimostrarono che se ai topi, veniva iniettato un mix di saccarina e un farmaco immunosoppressivo per un tempo adeguato, in seguito avrebbero avuto gli stessi effetti immunosoppressivi, anche somministrando la sola saccarina. Nacque quindi l'idea che il sistema immunitario alla pari del sistema nervoso centrale, può essere istruito, addestrato e condizionato attraverso l'apprendimento associativo. Nel 1981 Ader pubblicò un suo volume da titolo *Psychoimmunology*¹⁸ dove raccolse tutti i suoi studi e pose le basi per la nascita ufficiale della PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), disciplina scientifica che studia l'interazione tra mente (psiche), sistema nervoso (neuro), sistema endocrino (ormoni) e sistema immunitario (immunologia). Lo scopo primario della PNEI è lo studio riunificato dei sistemi psico-fisiologici, che mai fino ad ora erano stati analizzati in maniera integrata.

Candace Beebe Pert (Manhattan, 26 giugno 1946 – Potomac, 12 settembre 2013), neurofisiologa e biochimica Americana, concentrò le sue ricerche sull'identificazione dei recettori per dei neuropeptidi. Nel 1977 scopre le endorfine e in seguito un vasto numero di neuropeptidi, molecole proteiche liberate dalle cellule nervose a seguito degli stimoli più svariati tra cui per l'appunto stress e emozioni; come i neurotrasmettitori, queste molecole modulano la comunicazione neurale, legandosi a recettori di superficie, che sono però presenti anche su tanti altri tipi di cellule del corpo (snc, intestino, sistema immunitario, endocrino, cellule del sangue) le cellule immunitarie non hanno recettori per tali molecole ma sono in grado di produrle. Nel 1997 pubblica il libro: “Molecole di Emozioni” in cui illustra le sue ricerche e suggerisce l'esistenza delle basi biomolecolari delle emozioni, fisicamente presenti nel corpo e veicolate dai neuropeptidi. Attualmente si conoscono circa 120 neuropeptidi prodotti da differenti popolazioni neuronali e di cui se ne conoscono le funzioni. Lo stress andrà quindi ad agire sulla modulazione endocrina e immunologica.

Franco Granone (Favignana. 18 09 1911-Torino 21 10 2000), medico psichiatra e maggiore esperto italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale; nel 1979 fonda il C.I.I.C.S era scuola di Ipnosi, la Sua più grande intuizione è “il MONOIDEISMO PLASTICO” che è alla base dei meccanismi terapeutici dell'ipnosi. Il monoideismo plastico è la realizzazione di un'immagine mentale, che conduce, grazie alla condizione ipnotica, a un livello talmente elevato di concentrazione e intensità, da diventare “plastica”; in grado in altre parole di produrre effetti sia psichici che fisici.

CAPITOLO 4

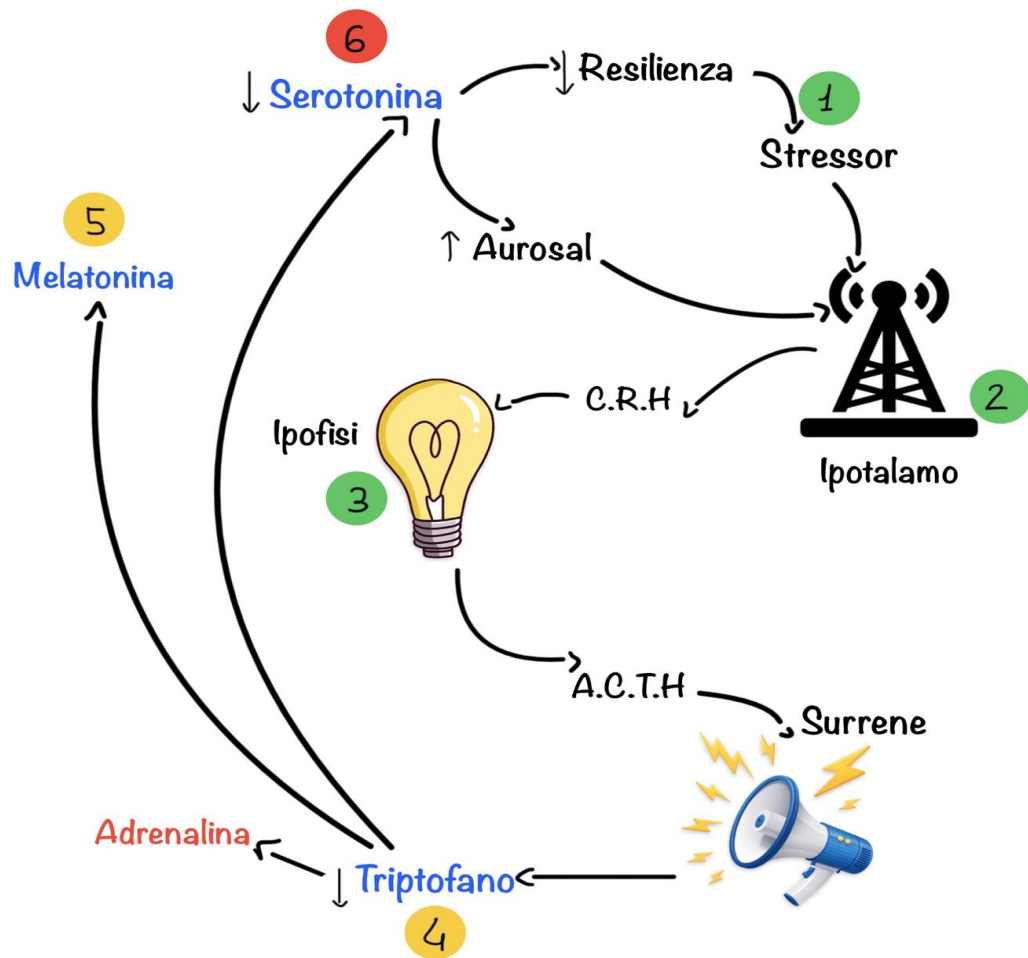
L'APPROCCIO DELL'IPNOSI SULLE PATOLOGIE STRESS

CORRELATE:

Assodato che possiamo distinguere tra Stress oggettivo, cioè quella risposta finalizzata a mantenere l'omeostasi e Stress soggettivo, cioè quello caratterizzato da eventi stressogeni per l'organismo e partendo dalla Teoria fuga-attacco di *Cannon* e dalla SGA di *Selye*, se ne deduce che non dobbiamo e non possiamo evitare lo Stress, ma dobbiamo viverlo, in modo efficace e cercare di trarre vantaggi da esso, imparando i suoi meccanismi e adattando la nostra filosofia di vita ad esso. Sappiamo che se rimaniamo nell'ambito dell'Eustress, questo ci può rendere più performanti, energici, attenti e che se trascendiamo nel Distress diverremo stanchi, avremo sovraccarico, saremo irritabili, ansiosi e depressi; indi dovremo rimanere o ritornare nell'ambito del Eustress.

Gli eventi stressogeni (Stressor)**1** attiveranno l'ipotalamo**2**, con conseguente produzione e liberazione di C.R.H.(Corticotropin-Releasing Hormone), che agirà sull'ipofisi**3** che produrrà ACTH che andrà a sua volta ad agire sul surrene con conseguente calo del triptofano**4** produzione di adrenalina e calo della produzione di melatonina**5**, diminuzione della serotonina**6**, che porterà direttamente a un aumento dell'Arousal (eccitazione, allerta) che andrà a sua volta a attivare maggiormente l'ipotalamo e a dare un calo della Resilienza del soggetto che a sua volta porterà ad un Aumento e mantenimento dello Stressor. Si viene quindi a creare un circolo vizioso su cui però possiamo agire con vari mezzi e principalmente con l'Ipnosi ai punti **1,2 e 3** mentre ai punti **4,5 e 6** si agirà farmacologicamente e rispettivamente al punto **4** con somministrazione di precursori Triptofanici, al punto **5** con somministrazione di Melatonina, al punto **6** con Antidepressivi SSRI (farmaci che agiscono aumentando i livelli di serotonina nel cervello).

CIRCOLO VIZIOSO DELLO STRESS:



Analizziamo ora i punti di questo circolo vizioso, su cui può agire l'Ipnosi:

Agire sullo Stressor:

favorendo i processi di COPING, tenendo presente che l'Ipnosi è il più potente strumento di Coping. Le strategie di Coping comprendono tutti quei meccanismi additivi messi in atto dall'individuo per far fronte a tutte le situazioni potenzialmente stressanti e/o pericolose per il normale stato di benessere psicofisico (omeostasi). Si tratta quindi dell'insieme dei processi (fisici, mentali, spirituali ed emozionali) che rendono consapevoli gli individui dei propri limiti, permettendogli di sviluppare soluzioni finalizzate ad aumentare le proprie capacità di adattamento all'ambiente. Le risposte di Coping possono agire di base attraverso due canali: Interiore e cioè l'organismo si adatta all'ambiente o tramite il Problem Solving, adattando quindi l'ambiente all'organismo. Con un Coping adeguato possiamo ottenere maggiore flessibilità fisica, resistenza, forza sull'ambito fisico; flessibilità mentale, durata dell'attenzione, capacità di focalizzazione sull'ambito mentale; flessibilità emozionale, atteggiamento positivo e autocontrollo sull'ambito Emozionale; flessibilità spirituale, potenziamento dei propri valori, tolleranza verso gli altrui valori, sull'ambito Spirituale.

Aumentare la Resilienza:

cercando di spostare l'asticella del punto di passaggio da Eustress a distress, in altre parole permettendo di tollerare maggiori quantità di stress rimanendo nell'ambito dell'Eustress e quindi dei vantaggi da esso offerti. Fisicamente parlando la Resilienza è: "la capacità di un materiale di assorbire energia quando sottoposto a deformazione elastica, e di restituirla tornando alla forma originale senza subire rotture", questo si può tranquillamente applicare alle persone che dovranno avere perseveranza a prescindere dalle probabilità. Dal Nostro punto di vista, la Resilienza è la capacità di un individuo di generare fattori Biologici, Psicologici e Sociali che gli permetteranno di Resistere, Adattarsi e Rafforzarsi a fronte di una situazione Stressante. Glen Richardson pubblicò nel 2002 "La metateoria della Resilienza e della Resistenza"¹⁹ teoria che si sviluppa in tre fasi:

- Prima Fase: Si concentra sull'identificazione delle qualità resilienti attraverso l'analisi di beni di sviluppo e fattori protettivi.
- Seconda Fase: Descrive la resilienza come un processo di disintegrazione e reintegrazione per accedere a queste qualità.
- Terza Fase: Adozione di una visione postmoderna e multidisciplinare, in cui la resilienza è considerata la forza che spinge una persona a crescere dalle avversità.
- L'applicazione della resilienza in un contesto educativo e pratico aiuta a connettersi e nutrire la resilienza del soggetto, suggerendo paradigmi che potenziano il controllo e la scelta del medesimo.

Altri autori hanno trattato il tema della Resilienza, ad esempio *Tedeschi e Calhoun* nel 2004, svilupparono un modello teorico secondo cui ci sarebbe la tendenza a sviluppare cambiamenti positivi in seguito a un evento traumatico, coniato il termine di “Crescita Post Traumatica”²⁰ in sintesi come disse Friedrich Wilhelm Nietzsche nel Crepuscolo degli Idoli del 1888: “ciò che non mi uccide, mi rende più forte”. Anche *Nassim Nicholas Taleb* nel 2012 trattò il tema della Resilienza nel suo testo

*l'Antifragile*²¹ in cui indica la qualità fondamentale degli individui di modificarsi e migliorare a seguito di fattori stressanti.

La Resilienza è contraddistinta da diversi fattori:

- Autoefficacia: sicurezza nelle proprie capacità di risolvere i problemi; tale sicurezza deriva dalla conoscenza dei propri punti di forza e debolezza.
- Autostima: è il sentimento associato all'osservazione delle proprie caratteristiche, sia come l'azione di valutare sé stessi dotati di determinate caratteristiche (valutazione possibile solo dal confronto delle proprie caratteristiche con quelle degli altri) che dal Giudizio derivante dalla valutazione delle proprie caratteristiche rapportate a quelle degli altri.
- Consapevolezza Emotiva: capacità di identificare accuratamente le emozioni che si prova e all'occorrenza esser capaci di regolarle efficacemente.
- Capacità Analitica e di Pianificazione: essere capaci di pensare globalmente al problema da affrontare, vedere il problema da molte prospettive e considerando più fattori; così da essere abili pianificatori, esercitare un buon controllo sul compito, dimostrando tenacia nel perseguire i propri obiettivi, il tutto sia in condizioni standard ma soprattutto in emergenza.
- Attribuzione della Causalità interna: capacità di interpretare i risultati e gli effetti delle proprie azioni, come determinati dai propri comportamenti e non da fattori esterni.
- Capacità di Indipendenza: giusto bilanciamento tra dipendenza e indipendenza dagli altri.
- Senso di Ottimismo: capacità di vedere il “bicchiere mezzo pieno”, giudicando favorevolmente il corso degli eventi, vedendoli dal loro lato migliore, giudicando favorevolmente uomini e accadimenti, nutrendo fiducia nel futuro, anche a costo di illudersi.
- Senso dell'Humor: capacità di mantenere il sorriso anche di fronte alle avversità
- Capacità Empatica: capacità di “leggere” e comprendere le emozioni altrui, così da essere agevolati a costruire relazioni, anche intime con gli altri, così da poter avere e offrire anche supporto sociale.

Ulteriore fattore che si può annoverare tra quelli della Resilienza è l'Egotismo, definito come: “un atteggiamento caratterizzato da una stima eccessiva di sé, che porta a un culto della propria persona e delle proprie qualità, spesso accompagnato da un'eccessiva focalizzazione su sé stessi e sulle proprie esperienze. Non è semplicemente sinonimo di egoismo o egocentrismo, ma rappresenta un'enfasi narcisistica sul proprio valore e importanza”, ma in senso positivo, anche come: “Atteggiamento che implica una costante e minuziosa indagine delle proprie facoltà e una estatica contemplazione di sé”. Tutti possono diventare Resilienti, ma alcuni fortunati lo sono dalla nascita.

Modulare la Risposta:

cioè saper attivare o inibire la risposta agli stimoli esterni sulla base di quello di cui abbiamo bisogno o che desideriamo; della serie: a fronte di uno stimolo esterno stressogeno abbiamo bisogno di aumentare le nostre prestazioni, andando verso il fronte del “lotta e fuggi” o abbiamo bisogno di tranquillità andando più sul versante del “luogo sicuro”. L'OSSITOCINA²² gioca un ruolo molto importante nella modulazione della risposta allo stress, spesso chiamata l'ormone dell'amore. Studi⁶⁴ hanno dimostrato che l'ossitocina può ridurre l'ansia, promuovere sentimenti di calma e migliorare la fiducia durante le interazioni sociali. Questo ormone agisce riducendo la risposta dell'organismo allo stress, in particolare riducendo i livelli di cortisolo e adrenalina, ormoni dello stress, e aumentando la sensazione di benessere. È per l'appunto un neuromone che agendo sul SNC, aggiusta gli istinti sociali, fa fare cose che rafforzano le relazioni, desiderare contatto fisico, migliora empatia e a essere più amorevoli; quando rilasciato ci spinge a cercare supporto, a parlare con qualcuno delle nostre noxa stressanti, invece di tenercelo dentro, ci porta a notare altri che stanno soffrendo come noi, così da poterci vicendevolmente sostenere. In più l'Ossitocina non agisce solo sul SNC ma protegge il sistema cardiovascolare dallo stress, è un antinfiammatorio naturale, mantiene rilassati i vasi sanguigni durante lo stress.

In sintesi, lo Stress è uno dei principali fattori Etiologici della maggioranza delle Patologie, ma i suoi effetti dannosi non sono inevitabili, basta saperlo vedere come utile, così da poter creare dentro di Noi, i meccanismi biologici della gioia e dell'entusiasmo e quindi, conoscendo e utilizzando strumenti adeguati, quali l'Ipnosi possiamo trasformare in non dannoso e addirittura in vantaggioso lo stress dei Nostri Pazienti. Va da sé che chi mette l'Ipnosi tra i trattamenti “alternativi” nel trattamento dello Stress e del Disturbo da Stress Post Traumatico non conosce la materia o ne ha una conoscenza superficiale.

CAPITOLO 5

CONFRONTO TRA L'IPNOSI E I VARI APPROCCI AL TRATTAMENTO DEL PTSD:

Molti dei su citati approcci al trattamento del PTSD hanno nei loro punti cardine elementi in comune con l'approccio ipnotico, esaminandoli più nel dettaglio:

Approccio Cognitivo Comportamentale (CBT)

Questo approccio si basa sull'idea che i pensieri, le emozioni e i comportamenti siano interconnessi, e che modificare i pensieri disfunzionali e le credenze errate possa portare a cambiamenti positivi nelle emozioni e nel comportamento e per farlo utilizza:

- Rielaborazione delle Esperienze Traumatiche:
 - CBT: Utilizza la ristrutturazione cognitiva e le tecniche di esposizione per aiutare i pazienti a rielaborare esperienze traumatiche e a modificarne la percezione.
 - Ipnosi: Facilita la rielaborazione delle esperienze attraverso uno stato di coscienza straordinaria, permettendo di affrontare e integrare ricordi traumatici in un contesto sicuro e controllato.
- Utilizzo di Immagini Evocative:
 - CBT: Le tecniche di visualizzazione possono essere implementate per immaginare situazioni a basso carico di stress e per lavorare su nuove modalità di pensiero.
 - Ipnosi: Utilizza immagini evocative e suggestioni per guidare il paziente attraverso i ricordi e le emozioni positive, favorendo un'elaborazione profonda.
- Tecniche di Rilassamento:
 - CBT: Insegna tecniche di rilassamento come il respiro profondo e il rilassamento muscolare per ridurre l'ansia e stimolare la calma.
 - Ipnosi: Promuove rilassamento profondo, dove l'individuo può essere più aperto al cambiamento e alla rielaborazione delle esperienze traumatiche.

- Aumento della Consapevolezza:
 - CBT: Mette l'accento sulla consapevolezza dei pensieri e delle emozioni, migliorando l'auto-osservazione e la riflessione.
 - Ipnosi: Favorisce la consapevolezza e l'introspezione, permettendo ai pazienti di esplorare parti della loro esperienza di vita che potrebbero non essere accessibili in uno stato di coscienza normale.
- Focus sulle Esperienze Emotive:
 - CBT: Riconosce e lavora con le emozioni legate ai pensieri disfunzionali, cercando di ottenere un cambiamento a livello emozionale.
 - Ipnosi: Utilizza esperienze emozionali correttive come parte fondamentale del processo terapeutico, dove la rielaborazione emotiva avviene attraverso suggestioni.

Terapie basate sul Mindfulness:

Questo approccio si concentra sull'insegnare ai pazienti a prestare attenzione al momento presente senza giudicare, consentendo loro di affrontare le esperienze traumatiche in modo nuovo, attraverso:

- Consapevolezza e Introspezione:
 - Mindfulness: Le pratiche di mindfulness migliorano la consapevolezza dei pensieri e delle emozioni, facilitando un'osservazione oggettiva delle esperienze interne.
 - Ipnosi: Favorisce uno stato di consapevolezza profonda e introspezione, consentendo ai pazienti di esplorare parti inesplorate della loro esperienza.
- Accettazione e Integrazione Emotiva:
 - Mindfulness: Incoraggia i pazienti a riconoscere e accettare le proprie emozioni senza giudizio, facilitando una rielaborazione sana delle esperienze traumatiche.
 - Ipnosi: Utilizza suggestioni positive per aiutare il paziente a integrare e accettare le emozioni legate al trauma, promuovendo una risposta adattativa.
- Tecniche di Rilassamento:
 - Mindfulness: Insegna diverse tecniche di rilassamento, come la respirazione consapevole, per gestire l'ansia e migliorare il benessere.
 - Ipnosi: Induce stati di profondo rilassamento, riducendo l'ansia e permettendo al paziente di affrontare il trauma in un contesto sicuro.

- Focalizzazione sul Presente:
 - Mindfulness: Lavora per portare l'attenzione al momento presente, aiutando i pazienti a distogliere l'attenzione dai pensieri ruminativi.
 - Ipnosi: Utilizza suggestioni per ancorare il paziente al presente, creando un'opportunità per rielaborare esperienze passate da una nuova prospettiva.
- Emergere di Nuove Percezioni:
 - Mindfulness: Permette di sviluppare nuove percezioni e interpretazioni delle esperienze traumatiche, grazie alla consapevolezza e all'accettazione.
 - Ipnosi: Facilitando la ristrutturazione cognitiva, consente al paziente di modificare le proprie percezioni e credenze sul trauma.

Terapia Dialettico-comportamentale (DBT):

Approccio terapeutico originariamente sviluppato per il trattamento del disturbo borderline di personalità, ma ha dimostrato la sua efficacia anche nel trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). La DBT combina elementi di terapia cognitivo-comportamentale con pratiche di mindfulness, autocompassione e regolazione emotiva, fornendo gli strumenti necessari per affrontare esperienze traumatiche e le emozioni ad esse collegate, attraverso:

- Mindfulness e Consapevolezza:
 - DBT: Promuove la consapevolezza e la presenza nel momento attuale, aiutando i pazienti a connettersi con le proprie emozioni senza giudizio.
 - Ipnosi: Induce uno stato di consapevolezza profonda che facilita l'accesso a ricordi e stati emozionali, favorendo la rielaborazione del trauma.
- Regolazione Emotiva:
 - DBT: Insegna tecniche per riconoscere e gestire emozioni intense, supportando la resilienza del paziente.
 - Ipnosi: Utilizza suggestioni per calmare l'ansia e promuovere il rilassamento, permettendo una migliore gestione delle emozioni e dei sintomi legati al trauma.
- Esperienze Emozionali Correttive:
 - DBT: Attraverso la pratica e il feedback, fornisce opportunità per modificarne le reazioni emotive e migliorare le risposte comportamentali.
 - Ipnosi: Facilita esperienze emozionali correttive, permettendo al paziente di rielaborare il trauma e le emozioni associati in un contesto sicuro.

- **Affrontare il Trauma:**
 - DBT: Insegna ai pazienti come affrontare e integrare esperienze traumatiche nelle loro vite senza che queste li sovrastino.
 - Ipnosi: Promuove lo sviluppo di strategie per affrontare i ricordi traumatici in un modo nuovo e meno angosciante.

- **Comunicazione e Relazione Empatica:**
 - DBT: Enfatizza l'importanza di una comunicazione assertiva e di una relazione empatica, permettendo ai pazienti di sentirsi compresi e supportati.
 - Ipnosi: Stabilisce una connessione empatica tra terapeuta e paziente con la Comunicazione Ipnocica, fondamentale per il successo del trattamento.

Approccio con EMDR (Eye movement desensitisation and reprocessing):

Questa tecnica, pur essendo spesso inserita all'interno delle terapie cognitivo-comportamentali, dovrebbe piuttosto rientrare in quelle di tipo ipnotico. L'EMDR può infatti essere vista come una sorta di suggestione ipnotica all'interno della quale la persona viene guidata a provare tutta una serie di

emozioni positive da sostituire a quelle negative nel ricordo del trauma.

Questo metodo combina la stimolazione bilaterale, solitamente attraverso il movimento degli occhi, con il rielaborare ricordi traumatici, facilitando un processo di guarigione, attraverso:

- **Rielaborazione delle Esperienze Traumatiche:**
 - EMDR: Permette l'accesso e la rielaborazione dei ricordi traumatici attraverso la stimolazione bilaterale, facilitando una nuova integrazione emotiva e cognitiva.
 - Ipnosi: Consente ai pazienti di esplorare e rielaborare esperienze traumatiche in uno stato di trance profonda, favorendo una riduzione dell'ansia e una ristrutturazione della memoria.

- **Utilizzo di Tecniche Suggestive:**
 - EMDR: Durante il trattamento, il terapeuta può utilizzare un linguaggio evocativo per guidare il paziente attraverso il processo di rielaborazione, rendendo i ricordi più gestibili.
 - Ipnosi: Utilizza suggestioni positive e immagini evocative per guidare il paziente e facilitare la modifica della percezione del trauma.

- **Desensibilizzazione Emotiva:**
 - EMDR: Mira a desensibilizzare il paziente dai sintomi associati al trauma, riducendo l'angoscia emotiva nei confronti dei ricordi.
 - Ipnosi: Induce stati di rilassamento profondo, favorendo la desensibilizzazione emotiva e aiutando il paziente a affrontare le sue paure.
- **Focus sul Momentaneo:**
 - EMDR: Richiede che il paziente si concentri sui ricordi del trauma in modo diretto durante le sedute, mentre la stimolazione bilaterale aiuta a elaborare l'esperienza.
 - Ipnosi: Invita il paziente a concentrare la propria attenzione su aspetti specifici del trauma, facilitando l'esplorazione dei ricordi e la trasformazione della loro rilevanza.
- **Integrazione delle Esperienze:**
 - EMDR: Si propone di integrare i ricordi traumatici nel contesto della vita del paziente, affinché non interferiscano più con il funzionamento quotidiano.
 - Ipnosi: Favorisce la ristrutturazione delle esperienze di vita del paziente, consentendo una nuova prospettiva sugli eventi traumatici.

Interventi di supporto tra pari:

Questo approccio terapeutico coinvolge persone con esperienze simili nel fornire supporto emotivo e pratico a coloro che stanno affrontando il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Questi interventi si basano sulla premessa che la condivisione delle esperienze e l'uscita dalla solitudine possono ridurre la sofferenza e migliorare la qualità della vita, attraverso:

- **Creazione di un Senso di Sicurezza:**
 - Supporto tra Pari: Gli interventi creano uno spazio sicuro dove le persone possono esprimersi liberamente, sentendosi accolte e comprese.
 - Ipnosi: Anche in ipnosi, un ambiente sicuro e di fiducia è fondamentale per favorire l'apertura e la rielaborazione delle esperienze traumatiche.
- **Rielaborazione Emotiva:**
 - Supporto tra Pari: La condivisione delle esperienze tra pari permette una rielaborazione delle emozioni legate al trauma, mitigando il carico emotivo e favorendo la guarigione.
 - Ipnosi: Facilita l'elaborazione e la ristrutturazione delle emozioni traumatiche attraverso suggestioni e tecniche di rilassamento.

- Focalizzazione sulle Esperienze Condivise:
 - Supporto tra Pari: L'accento sulla condivisione di esperienze simili aiuta a normalizzare le reazioni emotive e incoraggia un approccio costruttivo.
 - Ipnosi: Utilizza storie ed esperienze di altri per fornire contesto e nuovi modi di vedere il problema.
- Promozione della Consapevolezza:
 - Supporto tra Pari: Attraverso la discussione e la riflessione, i partecipanti acquisiscono maggiore consapevolezza delle loro emozioni e comportamenti legati al trauma.
 - Ipnosi: Favorisce la consapevolezza dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni, promuovendo una comprensione più profonda dell'esperienza.
- Cambiamento Comportamentale e Problemi di Coping:
 - Supporto tra Pari: Gli individui possono apprendere nuovi modi di affrontare le loro difficoltà da altri e sviluppare strategie di coping efficaci.
 - Ipnosi: Le tecniche ipnotiche possono portare a cambiamenti comportamentali e a una maggiore resilienza, aiutando i pazienti a rispondere in modo diverso alle situazioni stressanti.

Terapia Breve Strategica:

Si tratta di un metodo terapeutico focalizzato su problemi specifici e orientato al cambiamento rapido che mira a ristrutturare la percezione del trauma e a facilitare il superamento delle esperienze traumatiche attraverso strategie mirate e pratiche. Uno psicoterapeuta strategico non è interessato alla scoperta del perché delle cose ma solo a come funzionano e a come farle funzionare nel miglior modo

possibile⁸. La domanda importante non è tanto “perché” il paziente presenta il disturbo bensì “come” esso si sia creato e mantenuto nel tempo. In questo modo ci si focalizza e si interviene sul meccanismo

di persistenza di un problema, piuttosto che sulla sua formazione del passato. Tutto ciò si attua attraverso:

- Rielaborazione del Trauma:
 - Terapia Breve Strategica: Utilizza strategie per aiutare i pazienti a rielaborare le esperienze traumatiche attraverso un linguaggio evocativo e la scrittura.
 - Ipnosi: Facilita l'accesso e la rielaborazione dei ricordi traumatici in uno stato di trance, consentendo modifiche nella percezione del dolore.

- Comunicazione Suggestiva:
 - Terapia Breve Strategica: Impiega forme retoriche e creative come metafore per stimolare l'emozione e facilitare l'accettazione del trauma.
 - Ipnosi: Utilizza suggestioni ipnotiche per guidare il paziente verso una nuova comprensione delle proprie esperienze e per ridurre l'ansia.

- Messa in Discussione delle Credenze e delle Emozioni:
 - Terapia Breve Strategica: Sfida le credenze disfunzionali e le risposte del paziente al trauma per promuovere un cambiamento comportamentale.
 - Ipnosi: Aiuta a esplorare e modificare le credenze errate associate al trauma, facilitando la rielaborazione delle emozioni.

- Esperienze Emozionali Correttive:
 - Terapia Breve Strategica: Si concentra sulla generazione di nuove esperienze positive e di ristrutturazione emotiva, facendo leva su strategie pratiche e incoraggianti.
 - Ipnosi: Produce esperienze emozionali correttive attraverso tecniche di suggestione, che riprogrammano la reazione emotiva del paziente.

- Focalizzazione e Direzione nel Trattamento:
 - Terapia Breve Strategica: Si concentra sugli aspetti specifici dei sintomi del PTSD, lavorando verso obiettivi chiari e concreti.
 - Ipnosi: Incoraggia il paziente a focalizzarsi su obiettivi specifici durante sessioni mirate, facilitando un processo di cambiamento diretto.

CAPITOLO 6

LO STRESS NEGLI OPERATORI DI EMERGENZA SANITARIA

Aspetti peculiari della professione:

Gli operatori sanitari si confrontano quotidianamente con eventi spiacevoli, drammatici, diagnosi infauste, morte, incidenti stradali, pazienti che versano in condizioni critiche, dove alle volte, anche le decisioni sono critiche e devono essere prese rapide con la perenne richiesta di assunzione di responsabilità verso pazienti, parenti e colleghi. A questo si aggiungono l'imprevedibilità delle situazioni da affrontare e le sempre più frequenti aggressioni subite da parte di pazienti e familiari, il sovraccarico di lavoro e l'incombente scarsità di risorse oltre al fatto di sentirsi un ingranaggio all'interno di una macchina in panne, situazione ormai immodificabile nonostante gli sforzi²³.

Tutto questo lascia poco spazio alla metabolizzazione degli eventi critici e può portare a conseguenze negative, per la salute psicofisica dell'operatore e nella sua vita lavorativa. Nell'immagine collettiva dei soccorritori emerge la convinzione di dover sapere affrontare tutte le situazioni e nel migliore dei modi e tornare a casa in assoluta tranquillità, senza aver nessun tipo di sequela. Questo modello di super sanitario può portare a una sovrastima delle proprie capacità (devo fare tutto da solo) e sentimenti di profonda inadeguatezza davanti a un "fallimento": ci si convince di non essere all'altezza del proprio ruolo, di essere la persona sbagliata nel posto sbagliato. Può bastare un solo evento critico per mettere in discussione tutto il bagaglio di competenze, soprattutto in soggetti con esperienza decennale e performanti. Gli operatori sanitari in genere sono ben performanti nell'evento acuto, i sintomi e i disagi vengono fuori in un secondo momento, anche dopo mesi tanto da non percepire più il rapporto di causalità tra evento traumatico e sintomi. Si possono generare quadri clinici diversi. I più comuni sono il disturbo acuto da stress e il disturbo da stress post traumatico ma anche depressione, disturbi d'ansia, disturbi ossessivi compulsivi ecc...

Le professioni di aiuto sono particolarmente a rischio di sviluppare queste sindromi: una recente revisione sistematica di qualche anno fa ha individuato la presenza di ansia nel 15% degli operatori di ambulanza, depressione nel 15%, e disturbo post traumatico da stress nel 11%. Lo studio *Canada Laposa* del 2003²⁴ ha riscontrato la presenza di disturbo post traumatico da stress

nel 15% dei medici di emergenza con una differenza rilevante rispetto alla popolazione generale, dove si aggira intorno al solo 2,4%. Studio *Carmassi* 2016²⁵: ha rilevato un livello di PTSD in PS e medicina d'urgenza di Pisa 15,7% molto simile a veterani del Vietnam. Ancora maggiore nel contesto extra ospedaliero.

Si definisce Critical Incident (fattore stressante)⁴ ogni condizione che va a turbare l'equilibrio che l'individuo ha creato fra sé stesso, la professione e l'ambiente che lo circonda. Non tutti gli eventi critici (Critical Incident o stress acuto) portano a sviluppare una sequela psicologica: l'impatto fortemente stressante è su base soggettiva (intensità, durata o condizioni psicologiche personali) ed è tale da andare ad annientare i meccanismi di coping solitamente utilizzati per poter gestire al meglio gli eventi che gli capitano.

Lo stress può essere vissuto da prospettive diverse: si definisce trauma primario quando l'evento viene vissuto dalla persona sulla propria pelle, secondario quando è vissuto da familiare o persona cara, di terzo grado o vicario quello vissuto dagli operatori dei soccorsi e di quarto livello quello vissuto dai membri della comunità non colpiti dall'evento. Il trauma Vicario è definito da *Mitchell ed Everly* come: "...qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell'operatore di fronte alla scena dell'evento e anche dopo"²⁶.

I Sintomi di Disagio psicologico⁶ che si possono verificare dopo un evento critico sono:

- Tendenza a rivivere l'evento: ritorno ricorrente e intrusivo alla mente di immagini, pensieri, sensazioni dell'evento. Sogni spiacevoli dell'evento, flash back (durante la giornata ci si trova davanti a immagine dell'evento, come se stesse accadendo in quel momento). Molto importanti sono le percezioni perché qui è coinvolta la parte ancestrale del nostro cervello; quindi, restano fissate determinate percezioni tipo odori, suoni.
- Evitamento: si evitano pensieri, sensazioni, conversazioni legate al trauma, luoghi, persone che ricordano il trauma (esempio persona che non esce più con i colleghi), sentimento di distacco e estraneità verso gli altri, affettività ridotta (appiattimento emotivo per tutela inconscia: provo meno il disagio ma provo meno anche felicità e benessere), sentimento di minori prospettive future.
- Aumento dell'Arousal-eccitazione (attivazione sistema nervoso autonomo): difficoltà ad addormentarsi e mantenere il sonno, irritabilità e scoppi di collera, difficoltà a concentrarsi, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme.

I Sintomi sopra riportati se isolati e non duraturi nel tempo non costituiscono di per sé una patologia, bensì rappresentano una reazione naturale dopo un evento acuto. Come già detto non tutti gli eventi critici (critical Incident o stress acuto) portano a sviluppare una sequela psicologica, ciò dipende dall'intensità e durata dello stress e da fattori psicologici individuali. Le sequele patologiche possono essere di due tipi:

- Disturbo da stress acuto: sintomi che durano da due giorni a quattro settimane e si sviluppano entro quattro settimane dall'evento.
- Disturbo da stress post traumatico: sintomi si sviluppano anche dopo sei mesi dall'evento e durano per almeno un mese ma possono perdurare anche per tutta la vita se non affrontati nel modo appropriato.

Da considerare anche la possibilità che colleghi presentino comportamenti apparentemente incomprensibili: ad esempio infermiera di pronto Soccorso che non riconosce il fratello incidentato (off dell'amigdala, messo in atto per difesa). È importante sapere che questo può accadere per non scivolare in giudizi erranei.

Stress lavoro correlato:

Lo stress lavoro correlato ha inevitabili ripercussioni negative sulla salute dell'operatore ma anche sul lavoro stesso. A livello individuale l'operatore sanitario può sviluppare stanchezza, irritabilità, depressione del tono dell'umore, ansia, insonnia, insoddisfazione, demotivazione, somatizzazione, abuso di alcol o altre sostanze, incremento dell'abitudine tabagica, oltre che patologie organiche come l'ipertensione, il diabete, la sindrome metabolica, e l'ischemia cardiaca. Sul piano lavorativo si possono verificare elevato turn over, scarsa qualità, maggiore incidenza di infortuni lavorativi, conflittualità, astensionismo ma anche presenteismo (presenza fisica di un dipendente al lavoro nonostante non sia in grado di svolgere le proprie mansioni in modo efficace a causa di malattia o altre condizioni che ne riducono la produttività). In Italia, seppure in ritardo rispetto a unione europea, lo stress lavorativo è stato riconosciuto come causa di malattia professionale con obbligo da parte del datore del lavoro di adoperarsi per la tutela dell'integrità psicofisica del lavoratore.

Nel Decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro²⁷ si afferma che l'oggetto di valutazione dei rischi deve riguardare anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato. Nella GAZZETTA UFFICIALE del 25 agosto 2003 n°19625 vengono definiti i contenuti formativi obbligatori per tutti gli operatori di emergenza, tra cui vi sono anche la conoscenza della metodologia per la gestione dello stress e dei conflitti

CAPITOLO 7

COSA PUÒ FARE L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL PTSD DEGLI OPERATORI SANITARI:

In merito all'utilizzo dell'Ipnosi nel trattamento del PTSD degli operatori sanitari vi sono ben pochi studi scientificamente rilevanti, qualcosa in più si può trovare sul trattamento con Ipnosi del PTSD in veterani di Guerra, Vittime di Violenza sessuale, Operatori sanitari coinvolti nella pandemia da Covid-19 e via via, compresi alcuni studi retrospettivi. Ovviamente ogni ambito lavorativo o esperienziale del trauma è a sé, però i meccanismi con cui si instaura il PTSD e gli approcci di trattamento divergono solo in piccola parte, nei vari ambiti. Nel nostro ambito, possiamo considerare che i primi soccorritori ad intervenire su evento, come agenti di polizia, vigili del fuoco, EMT e paramedici, sono regolarmente esposti a eventi traumatici, situazioni di alta pressione e pericoli fisici. Nel corso del tempo, questo può portare a problemi di salute mentale come stress cronico, ansia, depressione, insonnia e disturbo da stress post-traumatico (PTSD). L'ipnoterapia, una tecnica terapeutica che utilizza il rilassamento guidato e l'attenzione focalizzata e può essere uno strumento efficace per aiutare a gestire e trattare questi sintomi, da solo o in tandem con altri approcci di trattamento visti in precedenza.

Nel caso per l'appunto, del disturbo da stress post-traumatico può aiutare gli Operatori dell'Emergenza ad accedere e rielaborare in modo sicuro i ricordi traumatici in un ambiente controllato e di supporto. Utilizzando tecniche come la regressione, un ipnoterapeuta qualificato può guidare le persone a ridurre le risposte emotive agli eventi traumatici. La ricerca ha dimostrato che l'ipnosi può ridurre l'intensità dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico, inclusi flashback, incubi e intorpidimento emotivo.

L'ipnosi può attivare la risposta di rilassamento del corpo, abbassando i livelli di cortisolo e calmando il sistema nervoso. Questo può ridurre l'ansia generalizzata, aiutare con i sintomi di panico e consentire di gestire lo stress in modo più efficace durante e dopo le chiamate di emergenza.

I disturbi del sonno sono comuni in questi operatori, a causa del lavoro a turni e dello stress. L'ipnosi può essere usata per calmare i pensieri di corsa, rilassare il corpo e promuovere un sonno più profondo e riposante. Questo migliora l'energia, la funzione cognitiva e il benessere generale.

L'ipnosi è il miglior strumento di coping e può pertanto agire meravigliosamente su di esso e sulla resilienza, attraverso suggerimenti positivi e immagini mentali, l'ipnosi può rafforzare la fiducia in se stessi, il controllo emotivo e le capacità di risoluzione dei problemi. Questo è fondamentale perché aiuta gli Operatori dell'Emergenza a sentirsi più sotto controllo e meglio attrezzati per gestire lo stress professionale.

Ovviamente l'ipnosi Clinica può aiutare ad affrontare i sintomi fisici; visto che lo stress, come sappiamo, spesso si manifesta fisicamente, sotto forma di mal di testa, tensione muscolare o problemi gastrointestinali. L'ipnosi può essere utilizzata per alleviare i sintomi, insegnando al corpo a rilassarsi e rilasciare la tensione. In sintesi, l'ipnosi può fornire, un modo sicuro e non invasivo per sostenere la salute mentale e fisica degli Operatori dell'Emergenza e eventualmente integrato con altri trattamenti di salute mentale, può essere un potente strumento per la guarigione, il recupero e la resilienza a lungo termine.

CAPITOLO 8

LA PREVENZIONE:

Prevenire il PTSD negli operatori sanitari

Va bene trattare il PTSD, ma la cosa fondamentale sarebbe prevenirlo.

Tra i fattori che possono influenzare l'insorgenza di un PTSD oltre al vissuto personale e alle condizioni psicologiche di base²⁸, troviamo anche variabili di tipo organizzativo²⁹:

l'organizzazione può aiutare a tutelare e metabolizzare lo stress.

Di seguito si riporta una disamina dei principali fattori organizzativi critici^{30,31}:

- Adeguata selezione del personale (test psicologico, curriculum professionale)
- Spiegazione chiara delle future mansioni e situazioni che il lavoratore dovrà fronteggiare
- Acquisizione delle giuste competenze nel giusto tempo, affiancamento ad un anziano
- Desensibilizzazione graduale iniziando con mansioni routinarie poi graduale esposizione a situazioni limite
- Presenza di tutor all'interno dell'unità operativa (competenza professionale ed empatia)
- Coesione tra operatori e lavoro di EQUIPE: un contesto lavorativo fondato sul reciproco rispetto tra operatori, è l'arma migliore per far fronte a situazioni fortemente stressanti.

Importante poter contare sul SUPPORTO dei colleghi, che meglio di chiunque altro possono capire cosa stiamo provando in quel difficile momento. Le decisioni vanno prese con il contributo di tutti i professionisti che dovranno eseguirle e che hanno competenza a riguardo.

Le decisioni prese, avranno come fine ultimo l'utente e non l'interesse di alcuni operatori.

Non sprecare energie in conflitti inutili e inappropriati.

- Possibilità di crescita e valorizzazione dell'individuo a livello personale
- Debriefing Tecnico: Dopo ogni intervento significativo eseguito, l'EQUIPE deve avere la possibilità di confrontarsi per capire se è stato sbagliato qualcosa e se esistono margini di miglioramento. È utile criticare in modo costruttivo il comportamento, ma mai la persona
- Debriefing Psicologico³²: è un processo strutturato finalizzato a fornire supporto emotivo e psicologico a individui o gruppi che hanno vissuto eventi traumatici. lo scopo principale è facilitare la gestione delle reazioni emotive, aiutare le persone a elaborare l'esperienza e prevenire eventuali disturbi legati allo stress post-traumatico
- Protocolli chiari e presenti: Protocolli non chiari, non attuabili, facilmente fraintendibili, o ancora peggio attuati ma non verificabili perché non disponibile una copia, crea forte disagio

negli operatori che non sanno come comportarsi, creando divergenze e conflitti tra il personale durante particolari interventi

- Leadership Servant: il coordinatore ha il compito di far crescere il professionista, inoltre, la gestione delle risorse umane non può avvenire sistematicamente con autorità ma con autorevolezza, guadagnandosi il rispetto e la considerazione dei propri operatori, con attenzione, presenza e disposti a mettersi in discussione.
- Simulazioni: Nel contesto sanitario è necessario essere in grado di acquisire molteplici Skills, eseguire differenti "sequenze" in sintonia con gli altri operatori che agiranno al nostro fianco. "Non basta quindi conoscere lo spartito musicale ma bisogna accertarsi, provando, di eseguire una valida Sinfonia"
- Supporto Psicologico: Riconoscere e trattare il disagio psicologico al più presto e in modo adeguato è fondamentale per prevenire sequele a lungo termine sul lavoro (astensione per malattia, calo delle prestazioni ecc..) e sul piano personale (disagio psicologico più o meno invalidante fino anche al suicidio). È quindi importante che il direttore e anche i colleghi si accorgano di un disagio psicologico manifestato da un operatore a seguito di evento acuto. Non sempre è facile poiché a volte può esprimersi con comportamenti disfunzionali che possono essere mal interpretati come arroganza, maleducazione, vagabondaggine, superficialità... questi però si evidenziano come un cambiamento repentino nel soggetto, che prima presentava una condotta normale. Può anche capitare che il diretto interessato chieda aiuto oppure richieda periodi lunghi di malattia. Tenere sempre presente che se lo stile utilizzato dal Direttore, è di tipo Autoritario (e non autorevole) risulta difficile da parte del dipendente fidarsi con il proprio superiore; è quindi meglio proporre il supporto di uno psicologo, psichiatra o altro. Evitare di mettere l'operatore in malattia in quanto è controproducente: a casa viene meno l'obbligo di interagire con gli altri, ci si trascura e il vuoto intorno, facilita intrusione dei pensieri. L' Ideale è assegnare all'operatore in questione, delle mansioni diverse da quelle usuali e a minor potenziale stressogeno.

Possibili Interventi specifici in caso di Maxiemergenze:

In caso di Maxiemergenza per catastrofe naturale (terremoti, inondazioni, valanghe, cicloni, eruzioni vulcaniche) o causata dall'uomo (incendi, incidenti stradali, attentati, esplosioni, rapine, sparatorie, inquinamento ambientale) si può verificare un Trauma Vicario per stress elevato: pochi soccorritori per tantissimi feriti; oltretutto in questi casi, si affronta una situazione non routinaria che trova l'operatore preparato solo a livello teorico, poiché sono eventi rari e non c'è dimestichezza. In genere gli eventi catastrofici causati dall'uomo determinano disagi psicologici maggiori, poiché sono situazioni che si potevano evitare.

Il Trauma Vicario può anche essere del singolo, se sostenuto da condizioni psicologiche personali dell'operatore, ad esempio: il ricordo di un proprio trauma (si riapre la ferita) o la somiglianza con persone care. In questo caso il soccorritore può arrivare a pensare di non essere all'altezza della situazione in quanto, vede che gli altri colleghi coinvolti nell'evento, non riportano i disagi che lui sente³³.

Il Critical Incident Stress management⁴ è lo strumento utilizzato per elaborare nel modo migliore un trauma psicologico in caso di Catastrofi. Creato da **Kaplan** nel 1964 poi perfezionato da **Michell** ed **Everly** è costituito da sette componenti:

- **Formazione prima dell'evento:** è utile a rafforzare l'operatore aumentando l'autostima e la modalità di approccio alla situazione, inoltre vanno formati individui, capaci di aiutare a riconoscere colleghi in difficoltà, detti Pari. I Pari (Peers), sono sanitari con formazione psicologica e/o che hanno affrontato e superato con successo situazioni traumatiche. Devono avere empatia, comprensione e dare supporto ed essere professionalmente competenti. Dopo appropriata selezione e valutazione eseguiranno un corso specifico, svolto da psicoterapeuti e psichiatri su comunicazione efficace e nozioni psicologiche.
- **Smobilitazione:** viene fatta dai Pari durante l'evento e dura una ventina di minuti. Si divide in 3 fasi: fornire riposo e ristoro (10-20 min), sondare il livello di Stress (cogliere segni e sintomi), fornire supporto fisico & psicologico
- **Intervento individuale durante la crisi**
- **Sostegno Familiare**
- **Defusing:** viene fatto entro breve dopo l'evento critico. Le persone possono essere sotto shock e quindi più sensibili e vulnerabili alle reazioni altrui, perciò, si deve creare un senso di sicurezza, favorire un pensiero resiliente e dimostrare l'appoggio dell'organizzazione. Se la persona presenta un disagio psicologico importante si interviene individualmente in un ambiente sicuro, facilitando il recupero, e la normalizzazione della reazione. Evitare di indagare in profondità e fornire aiuti concreti: cibo, trasporto a casa, comunicazioni con la famiglia, riferimenti, istruzioni.
- **Debriefing psicologico**³⁰: Viene fatto non prima di 12 ore e non oltre 12 giorni. Dura di più ed è finalizzato a metabolizzare l'evento. Non è una psicoterapia, può essere eseguito anche da un pari e può essere di gruppo o individuale. Si racconta la storia e in particolare le percezioni (visto, udito, olfatto) legate all'evento. Questo serve a passare dalla cognizione all'emozione. Si chiede: cosa ho pensato? Quali valori, regole tabu sono stati lesi? Oggi cosa ne penso? Poi descrizione dei sentimenti vissuti dandogli un nome e dove li ho collocati nel corpo. Normalizzare: spiegare che i sintomi fisici, psichici e sociali sono normali ed è una reazione naturale a evento eccezionale e capita perché siamo persone con un cuore. Citare quali sono i sintomi che si possono provare. Fornire informazioni su come gestire lo stress che si sta

vivendo: si può usufruire dell'aiuto di uno psicologo, attività come camminare nella natura, lavoretti di casa, attività creative, artistiche, giocare, musica, sport leggero, niente alcool o farmaci. La meditazione può essere controproducente perché nello spazio vuoto che si crea i pensieri intrusivi possono entrare più facilmente e in modo intenso. Momento di chiusura dell'evento: dare un senso e concordare un rituale per trovare pace (cena insieme, messa, ricordare i cari, piantare un albero: l'evento negativo porta a una rinascita).

- Supporto psicoterapeutico: quando i sintomi non diminuiscono e anzi, vanno a peggiorare intaccando la qualità di vita è meglio chiedere aiuto a uno psicoterapeuta e/o supporto farmacologico da psichiatra.

La mia realtà lavorativa:

L'Azienda USL di Bologna offre supporto psicologico agli operatori sanitari che potrebbero aver sviluppato il disturbo post traumatico da stress (PTSD). Questo supporto è disponibile attraverso un numero verde, attivo dal lunedì al venerdì dalle 10:00 alle 17:00. Inoltre, è possibile contattare direttamente il DSM-DP dell'AUSL e possono rispondere psicologi del DSM-DP insieme alla rete delle Associazioni del CUFO (Comitato familiari, utenti e operatori della Salute Mentale) e con la collaborazione della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Bologna. Per supporto psicologico e orientamento informativo, sono disponibili anche altri numeri, attivi dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00, secondo il sito Regione Emilia-Romagna.

C'è un Supporto psicologico per operatori sanitari, attraverso Numero verde regionale: 800 033 033 o contattando DSM-DP, oltre ad alcuni Numeri dedicati. Questi servizi sono attivi per fornire supporto e orientamento agli operatori sanitari che potrebbero aver subito traumi e sofferenze legate al loro lavoro. Il supporto è fornito da professionisti esperti e si avvale della collaborazione di diverse realtà sanitarie e associative del territorio.

Negli ultimi anni ha inoltre inserito a catalogo alcuni corsi psico-relazionali, tenuti da Psicoterapeuti con esperienza nell'ambito dell'Emergenza, quali: "Comunicazione Efficace in ambito Sanitario", "Gestione dello Stress negli Operatori dell'Emergenza", "Gestione dei Comportamenti Aggressivi", altri solo per gli Operatori di Centrale Operativa, quali: "Miglioramento del Clima Lavorativo negli Operatori COU" e "Prevenzione e Gestione dell'Aggressività e Violenza nei luoghi di Lavoro a carico degli Operatori".

L'azienda si è quindi mossa e si sta muovendo nell'ambito della prevenzione e della presa in carico degli operatori Stressati o con PTSD, secondo le normative vigenti, ma ritengo che molto altro, potrebbe essere fatto, sia in termini di prevenzione che di trattamento.



INCIDENTE STRADALE SU STRADA PROVINCIALE



MAXITAMPONAMENTO IN AUTOSTRADA



***ESPLOSIONE ALLA CENTRALE IDROELETTRICA DI BARGI
(SUVIANA)***



ALLUVIONE IN EMILIA ROMAGNA

CAPITOLO 9

Seduta di Ipnosi Clinica per il Trattamento di un Medico dell'Emergenza con Stress Acuto e Iniziale PTSD

Obiettivo della Seduta

Trattare un uomo di 50 anni, medico dell'emergenza territoriale, che mostra segni di stress acuto e iniziale PTSD dopo aver affrontato interventi traumatici che hanno coinvolto multipli feriti, inclusa la perdita di un minorenne.

Fase 1: Preparazione e Rapport

1. Accoglienza e Creazione del Rapport

- Accogliere il paziente in un ambiente tranquillo e privo di distrazioni.
- Stabilire un collegamento empatico, utilizzando un linguaggio rassicurante.
- Raccogliere informazioni sullo stato attuale del paziente, ascoltando attentamente le sue emozioni e le sue esperienze recenti.
- **Esempio:** *"Capisco che ciò che hai vissuto recentemente è stato estremamente difficile. Sono qui per supportarti e aiutarti ad affrontare questo momento."*

Fase 2: Induzione Ipnosi

2. Induzione

- Guidare il paziente verso uno stato di rilassamento profondo.
- **Tecnica di Rilassamento:** Chiedere al paziente di chiudere gli occhi e concentrarsi sul respiro, inspirando profondamente ed espirando lentamente.
- Utilizzare suggestioni per facilitare la trance: *"Immagina che ogni respiro ti porti un po' più in profondità nel rilassamento... ogni suono intorno a te ti aiuta a sentirti sempre più calmo. "*

Fase 3: Rielaborazione delle Esperienze Traumatiche

3. Esplorazione e Rielaborazione

- Una volta che il paziente è in uno stato ipnotico, guidarlo a rileggere l'evento traumatico in modo sicuro.
- **Esempio di Suggerimento:** *"Ora, immagina di rivedere quell'evento, ma da una distanza sicura, come se fossi un osservatore esterno. Cosa vedi? Come ti senti nel guardarlo?"*
- Sottolineare la capacità di integrarsi in una nuova percezione dell'evento, enfatizzando i momenti di successo e le decisioni efficaci prese durante l'intervento.

Fase 4: Ristrutturazione Cognitiva

4. Sostituzione delle Emozioni Negative

- Trovare e ristrutturare le emozioni legate alla perdita e alla responsabilità, sostituendole con ricordi positivi o resilienza.
- **Esempio di Suggerimento:** *"Adesso, mentre ripensi all'evento, immagina di prenderti un momento per visualizzare tutte le volte in cui sei riuscito ad aiutare altre persone, a fare la differenza. Questi sono i ricordi che potenziamo in te."*

Fase 5: Integrazione delle Risorse Positive

5. Rinforzo della Resilienza

- Utilizzare suggestioni positive per rafforzare la resilienza e la fiducia in sé.
- *"Ogni volta che affronti situazioni difficili, hai dentro di te la forza per superarle. Ricorda questo potere."*
- Guidare il paziente a immaginare una futura situazione clinica nella quale riesce a gestire con competenza le pressioni.

Fase 6: Ritorno e Chiusura

6. Ritorno Graduale

- Guidare il paziente a tornare a uno stato di coscienza normale.
- **Esempio di Suggerimento:** *"Quando contiamo da uno a cinque, ti sentirai rinfrescato, più leggero e sereno, pronto a tornare al presente."*
- Contare lentamente da uno a cinque.

Fase 7: Debriefing Post-Trattamento

7. Debriefing

- Dopo il trattamento, coinvolgere il paziente in una discussione sui suoi sentimenti e pensieri durante la seduta.
- Chiedere feedback sulle emozioni e le esperienze vissute.
- Discutere eventuali percorsi successivi e risorse di supporto disponibili, sottolineando l'importanza di continuare a monitorare il benessere psicologico.
- Raccomandare la possibilità di ulteriori sessioni di ipnosi o altre forme di supporto se necessario.

CAPITOLO 10

DISCUSSIONE

Nei miei venti anni di esperienza nel Campo dell’Emergenza, tra Pronto Soccorso e Emergenza Territoriale, ho avuto a che fare con diversi casi che mi hanno profondamente “segnato”, per vari motivi. Per mia fortuna o capacità di Coping o buona Resilienza, non credo di esser mai arrivato a presentare disturbi da Stress Post Traumatico, ma elevato Stress e disturbi da Stress Acuto sì.

Ho purtroppo, visto gli effetti dello stress lavorativo e delle patologie da stress cronicizzato e PTSD su colleghi e amici, sino ad arrivare alle conseguenze più estreme, dal cambio di lavoro, alla depressione e sino ad arrivare al suicidio di colleghi. Proprio in quest’ultimo caso, essendo io uno degli operatori arrivati in prima battuta, mi ha dato grosse difficoltà a metabolizzare l’evento.

L’Azienda, come su detto, offre sulla carta un apparentemente vasto panel di Servizi in merito ai disturbi da Stress lavorativo, ma quello che spesso accade è che l’operatore non viene preso in carico o solo superficialmente.

I motivi di questa mancata presa in carico possono essere molteplici e non necessariamente inerenti a carenze Aziendali: la mancanza di tempo, il dover sempre correre, perché ci sono sempre nuove emergenze, porta sull’inizio a sottovalutare l’evento; spesso l’operatore quasi si vergogna a dover contattare un servizio di supporto psicologico o psichiatrico per chiedere aiuto, “in quanto potrebbe sembrare debole di fronte ai colleghi”; alle volte manca proprio la Segnalazione dell’evento ai servizi competenti, negli anni ho spesso assistito a Infermieri, segnalati dal proprio referente ai servizi e non il medico che con loro aveva partecipato all’evento e come loro era emotivamente coinvolto, questo non per motivi particolari ma solo per mancanza di comunicazione tra i comparti.

In sintesi, quel che manca non sono i servizi, ma una procedura standardizzata di presa in carico dell’operatore dell’Emergenza, a prescindere dal suo ruolo su quell’intervento (Medico, Infermiere, Autista o Soccorritore). Tale Procedura dovrebbe a mio parere partire direttamente dalla Centrale Operativa, alla chiusura del servizio stesso. La Centrale Operativa dovrebbe far partire un alert alla chiusura di un Servizio che conteneva elementi altamente stressanti, da cui poi parta un iniziale presa in carico degli Operatori coinvolti che verranno valutati/sentiti, nei giorni a venire da personale con competenze in psicoterapia, in modo da individuare sin da subito gli operatori maggiormente colpiti. Questo permetterebbe di “non perdersi per strada” quella

quota di Operatori che per vari motivi non avrebbero contattato i servizi, oltre a dare un maggior senso di appartenenza al gruppo e soddisfazione professionale agli operatori. Ovviamente tutto questo, andrebbe coadiuvato da tutti quei fattori che abbiamo visto, permetterebbero di “prevenire” il PTSD (Debriefing, ecc.).

Se non riusciamo a prevenire la cronicizzazione dello Stress e il PTSD negli Operatori, andrà ovviamente attuata la presa in carico degli stessi, ed è qui che a psicologi e psichiatri dovrebbe esser affiancata la figura dell'Ipnologo, che con le sue competenze, unitamente al supporto degli altri specialisti potrà curare il Disturbo da Stress Post Traumatico negli operatori.

Tutto questo, anche se in apparenza porterà ad un aumento della spesa e degli sforzi a carico dell'Azienda Sanitaria, porterà in una Visione più Lungimirante a ridurre la spesa, riducendo i giorni di malattia degli operatori, l'assenteismo, o la perdita dell'operatore stesso. In una visione molto asettica, spesso non si considera che formare un Operatore Esperto ha comportato ingenti investimenti da parte dell'Azienda e perderlo è necessariamente un grosso spreco. Ovviamente non va assolutamente escluso o sottovalutato il fattore Umano; un Operatore che si sente Curato e Preso in carico dalla Propria Azienda lavorerà di più, in modo più efficiente e ciò sarà di per sé già un Guadagno per l'Azienda stessa, sia da un punto di vista Economico che di Immagine.

Sarebbe altresì estremamente importante fare una raccolta dati, inerentemente a quanti operatori dell'emergenza hanno Disturbi Stress correlati o PTSD, in modo da creare una banca dati Regionale, Italiana da poter confrontare con le realtà Internazionali e trarre da tali studi spunti di miglioramento; questo porterebbe lustro da un punto di vista Scientifico all'Azienda stessa e indiretto guadagno economico (nel calo delle spese di assistenza).

Ma cosa ancor più importante sarebbe documentare, gli interventi eseguiti da Ipnologo nel supporto alla guarigione di questi Disturbi Stress Correlati e del PTSD, in modo da poter pubblicare lavori scientifici e internazionalmente riconosciuti, che vadano ad arricchire la scarsa quantità di Pubblicazioni sull'argomento e diano all'IPNOSI la rilevanza che si merita in questo ed altri ambiti, togliendola da quel immeritato inserimento nei “metodi alternativi”, all'ultimo punto dei trattamenti possibili per il PTSD

CAPITOLO 11

Proposta di Progetto Pilota per una Procedura Standardizzata di Individuazione e Presa in Carico degli Operatori dell'Emergenza con Integrazione dell'Ipnosi Clinica nella Rete di Sostegno Psicologico Aziendale

Obiettivo del Progetto

Sviluppare e implementare una procedura standardizzata che integri la comunicazione ipnotica, il Critical Incident Stress Management (CISM), l'ipnosi clinica e la rete di sostegno psicologico aziendale per individuare e gestire efficacemente gli eventi stressanti negli operatori sanitari.

Fasi della Procedura

1. Identificazione degli Eventi Critici

- **Monitoraggio delle Chiamate:** Utilizzare un sistema di registrazione dettagliato per monitorare le chiamate di emergenza e classificare gli eventi in base alla loro gravità.
- **Formazione per il Personale:** Fornire formazione agli operatori sul riconoscimento di livelli di stress e situazioni critiche, con focus su come e quando attivare la rete di supporto.

2. Preparazione alla Comunicazione Ipnотica

- **Formazione Mirata:** Formare gli operatori nell'uso di tecniche di comunicazione ipnotica, includendo linguaggio evocativo e tecniche di rilassamento attraverso simulazioni pratiche.
- **Integrazione della Comunicazione Ipnотica:** Inserire sessioni di formazione che includano role-playing e feedback per migliorare le abilità comunicative, aumentando la consapevolezza sull'efficacia delle parole nel contesto dell'emergenza.

3. Attivazione del CISM

1. **Debriefing Immediato:** Attivare un CISM entro 24 ore dall'evento critico, guidato da un team esperto che includa almeno un professionista della salute mentale e uno specialista in ipnosi clinica.
2. **Fasi del CISM:**
 1. **Introduzione:** Stabilire il contesto e le aspettative.
 2. **Fatti:** Condividere informazioni chiave senza approfondire emotivamente.
 3. **Pensieri e Reazioni:** Favorire l'espressione di pensieri e reazioni emotive, incoraggiando un dialogo aperto.
 4. **Sintomi:** Identificare manifestazioni psicologiche e fisiche post-evento.
 5. **Insegnamento:** Fornire informazioni educative sulle reazioni allo stress e sull'ipnosi come strumento utile.
 6. **Rientro:** Concludere con sintesi e indicazioni per il supporto.

4. Integrazione della Rete di Sostegno Psicologico

- **Supporto tra Pari:** Implementare un programma formale di supporto tra pari, in cui operatori esperti assistono i colleghi che affrontano eventi critici. Questi pari saranno formati non solo nelle tecniche di supporto, ma anche nel riconoscimento delle opportunità per applicare la comunicazione ipnotica.
- **Follow-Up e Monitoraggio:** Stabilire contatti regolari con gli operatori dopo il CISM per raccogliere feedback e fornire ulteriori risorse o interventi di ipnosi clinica.

5. Valorizzazione dell'Ipnosi Clinica

- **Sessioni Ipnotiche Programmate:** Integrare sessioni di ipnosi clinica regolare per gli operatori che mostrano segni di disagio psicologico, promuovendo la rielaborazione dei ricordi traumatici e facilitando il recupero.
- **Incontri Educativi e Informativi:** Offrire workshop regolari sull'ipnosi e sull'auto-ipnosi, per affinare le capacità di coping e resilienza degli operatori.

6. Valutazione e Miglioramento della Procedura

- **Raccolta e Analisi Dati:** Monitorare l'efficacia della procedura attraverso questionari di valutazione del benessere psicologico e feedback sui servizi offerti.
- **Modifiche Basate su Evidenze:** Apportare adattamenti alla procedura sulla base di analisi statistiche e feedback qualitativi.

Conclusione: Questo progetto pilota non solo integra la comunicazione ipnotica e il CISM, ma enfatizza il ruolo cruciale dell'ipnosi clinica come strumento di supporto. L'applicazione di queste strategie contribuirà a migliorare il benessere degli operatori sanitari di emergenza, riducendo lo stress, migliorando la resilienza e facilitando un ambiente di lavoro più sano e produttivo.

CAPITOLO 12

CONCLUSIONI:

L'Ipnosi è senza dubbio estremamente utile nell'Emergenza Sanitaria a partire dalla Comunicazione Ipnocica che può essere utilizzata dagli Operatori di Centrale con gli utenti migliorando drasticamente l'esito della telefonata stessa, oltre a dover essere utilizzata sul campo dagli Operatori dell'Emergenza per interfacciarsi con il Paziente, calmandolo, rendendolo più recettivo verso le Nostre cure e iniziando già da questi primi momenti a curarlo e rendergli questa sua esperienza traumatica, meno stressante.

L'Ipnosi Clinica è estremamente utile nel Setting dell'Emergenza Territoriale per sedare il Dolore del Paziente e a volte anche, per iniziare a trattare le sue patologie, vedi tachicardie e aritmie che possono essere ridotte o risolte attraverso l'Ipnosi.

Ma è sicuramente fondamentale nel trattare tutte quelle patologie Stress Correlate e il PTSD che si possono instaurare negli Operatori dell'Emergenza che vivono quotidianamente a contatto con lo stress. L'Ipnosi è il miglior strumento di Coping e può agire aumentando la Resilienza e permettendo al Paziente di Modulare la Risposta allo Stress e con sedute approntate in maniera idonea permette di Risolvere le Patologie Stress relate e il PTSD. Ovviamente spesso i migliori risultati si ottengono con Strategie integrate e utilizzando più approcci alla Patologia, da ciò ne viene che l'Ipnologo nel trattare tali patologie, può essere efficacemente affiancato da uno psicoterapeuta, se non lo è egli stesso che utilizzerà ad integrazione, altri approcci, quali l'Approccio Cognitivo-Comportamentale, la Terapia Breve Strategica, l'EMDR e tecniche di Mindfulness, oltre a Gruppi di Supporto tra Pari.

Prima di arrivare a trattare il PTSD e gli altri Disturbi Stress Correlati è però fondamentale la presa in carico dell'Operatore e il saper riconoscere quei sintomi e segni tipici, che li accompagnano, come: umore depresso, sintomi intrusivi, dissociativi, di evitamento e di eccitazione/iperattivazione e per farlo ci viene utilissimo il DSM V e sue evoluzioni. Vanno anche riconosciute le possibili evoluzioni del PTSD, quali: Disturbo Fobico, Ossessivo-Compulsivo, Depressivo e Paranoico oltre a eventuale abuso di Alcool e Droghe.

È altresì, estremamente importante, prevenire la comparsa della Cronicizzazione dei Disturbi da Stress e dell'EMDR, negli Operatori dell'Emergenza, considerando che tra i fattori che possono influenzare l'insorgenza di un PTSD oltre al vissuto personale e alle condizioni psicologiche di base³⁰, troviamo anche variabili di tipo organizzativo²⁷ che dovremmo

assolutamente introdurre e implementare, visto che l'organizzazione può aiutare a tutelare e metabolizzare lo stress.

A proposito di Organizzazione, le Aziende Sanitarie, hanno già messo in campo alcuni strumenti atti a istruire il Personale e strutture di presa in carico in caso di bisogno degli Operatori, ma spesso molti di Loro sfuggono a questa “Rete Aziendale” e lasciati soli mal metabolizzano lo Stress e sfociano in Patologie Stress Relate sino a giungere PTSD; proprio per tal motivo sarebbe opportuna una presa in carico più repentina dell'Operatore, già dalla chiusura stessa dell'Evento Traumatico attraverso la creazione di un Sistema Integrato tra Centrale Operativa e Rete Aziendale di Sostegno allo Stress.

Spero che in un futuro molto prossimo, la rete di Sostegno Psicologico Aziendale sarà coadiuvata da Ipnologi, così da poter trattare più Efficacemente tali disturbi dando all'Ipnosi il ruolo che Merita in questo come in tanti altri ambiti sanitari.

Va da sè che per farlo si dovrà pubblicare materiale di alto valore scientifico, inerente le Sedute Ipnotiche fatte sugli Operatori dell'Emergenza e che tutto ciò sarà possibile solo se l'Azienda Sanitaria, vorrà Spendersi in tale ambito, ma sta a Noi essere propositivi e convincerla degli innegabili vantaggi che ne trarrebbe

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Selye H. (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138:32
- 2 Selye H (1946) The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol Metab* 6:117–230
- 3 Shiromani, P.J., Keane, T.M., LeDoux, J.E. (Eds.) (2008), *Post-Traumatic Stress Disorder: Basic Science and Clinical Practice*, New York, NY, Humana Press
- 4 Mitchell J.T. and Everly G.S. (1997) *Critical Incident Stress Management: a new era and standard of care in crisis intervention*. ed. Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, MD.
- 5 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 313-319.
- 6 *Criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5-TR)*
- 7 Cagnoni F., Milanese R. (2000) *Cambiare il passato Ponte alle Grazie*
- 8 Nardone G., Portelli C. (2005) *Cambiare per conoscere TEA*
- 9 Davidson, Hegers, Blazer et al (1990)
- 10 Muriana E., Pettenò L., Verbitz (2006) *T. I volti della depressione Abbandonare il ruolo della vittima: curarsi con la psicoterapia in tempi brevi Ponte alle Grazie*
- 11 Foa, E.F., Keane, T.M., Friedman, M.J (Eds.) (2004) *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, New York, NY, The Guilford Press
- 12 Smyth, L, (2008), *Overcoming Post-Traumatic Stress Disorder. Therapist Protocol: A Cognitive-Behavioral Exposure-Based Protocol for the Treatment of PTSD and the Other Anxiety*, Oakland, CA, New Harbinger Publications

- 13 Shapiro, F, Forrest, M.S, (2004), EMDR: The Breakthrough of Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma, New York, NY, Basic Books
- 14 Nardone, Watzlawick, 1990; Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone Portelli, 2005
- 15 Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W W Norton & Co.
- 16 Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629–649). John Wiley & Sons.
- 17 McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. In S. M. McCann, J. M. Lipton, E. M. Sternberg, G. P. Chrousos, P. W. Gold, & C. C. Smith (Eds.), *Molecular aspects, integrative systems, and clinical advances* (pp. 33–44). New York Academy of Sciences.
- 18 Robert Ader, (1 Gennaio 1981). *PSYCHOIMMUNOLOGY*. Academic Press Inc.
- 19 Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- 20 Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18
- 21 Nassim Nicholas Taleb (2012). *Antifragile: Things That Gain from Disorder*. Random House. p. 430
- 22 Y Takayanagi, T Onaka (2021). "Roles of oxytocin in stress responses, allostasis and resilience". *International journal of molecular sciences*.
- 23 McCarol J. E., Ursano R. J., Wright K. M., Fullerton C. S, (1993). Handling bodies after violent death: strategies for coping. "American Journal of Orthopsychiatry 63, pp.209-214
- 24 Studio canada laposa del 2003
- 25 Studio Carmassi 2016

- 26 Mitchell J.T. and Everly G.S. (1997). Scientific evidence for Critical Incident Stress Management. "Journal of Emergency Medical Services", 22, pp.87-93.
- 27 Decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- 28 Dyregrov A., Kristoffersen J. I., Gjestad R., (1996) Voluntary and professional disaster-workers: similarities and differences in reactions. "Journal of Traumatic Stress"-Vol.9, no3 pp.541-555
- 29 Favretto G. (1994), Lo stress nelle organizzazioni. I Mulino Bologna
- 30 Monti M., Serra S. (2024), La prevenzione e la gestione dello stress acuto (Critical Incident) negli operatori sanitari di area critica e nell'utenza
- 31 Monti M. (2021) Psicologia per volontari di protezione civile e per operatori 118, volontari del soccorso, vigili del fuoco e forze dell'ordine. Prima pagina Editore
- 32 Mitchell J.T. e Everly. (1996) Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers. Ellicott City, MD: chevron Publishing Corporation.
- 33 Dyregrov A., Kristoffersen J. I., Gjestad R., (1996) Voluntary and professional disaster-workers: similarities and differences in reactions. "Journal of Traumatic Stress"-Vol.9, no3 pp.541-555