



**ISTITUTO FRANCO GRANONE  
C.I.I.C.S.  
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE  
Fondatore: Prof. Franco Granone**

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

**L'importanza della comunicazione: l'utilizzo della comunicazione ipnotica  
durante un intervento in ambulanza**

**Candidato  
Petrei Antonella**

**Relatore  
Muro Milena**

# INDICE

Introduzione.....	Pag. 1
Capitolo 1: La comunicazione.....	Pag. 2
1.1: La comunicazione verbale.....	Pag. 3
1.2: La comunicazione non verbale.....	Pag. 5
1.3: La comunicazione para-verbale.....	Pag. 7
1.4: L'ascolto.....	Pag. 8
Capitolo 2: La comunicazione ipnotica.....	Pag. 10
2.1: L'accoglienza.....	Pag. 10
2.2: La fiducia.....	Pag. 11
2.3: L'obiettivo.....	Pag. 11
2.4: Ricalco e guida.....	Pag. 11
2.5: L'agency.....	Pag. 13
Capitolo 3: La comunicazione ipnotica durante un intervento in ambulanza.....	Pag. 14
3.1: La realtà di Udine e sua competenza territoriale.....	Pag. 14
3.2: L'avvicinamento al target.....	Pag. 15
3.3: In casa del paziente.....	Pag. 15
3.4: Il paziente in ambulanza.....	Pag. 16
3.5: Le tecniche utilizzate.....	Pag. 17
Conclusioni.....	Pag. 19
Bibliografia.....	Pag. 20

## Introduzione

Come infermiera del 118 mi sono trovata spesso davanti a pazienti che necessitavano di trattamenti antidolorifici o di gestione dell'emoattività che per la maggior parte delle volte trovavano risoluzione con l'utilizzo dei farmaci. Ma per un infermiere la somministrazione del farmaco come antidolorifico è comunque assoggettata al protocollo operativo e non è prevista per la gestione dello stato ansioso. Spesso, causa interventi con trasporti di breve durata o impossibilità del medico di effettuare un rendez-vous con l'ambulanza, il paziente giunge in Pronto Soccorso ancora agitato.

Cosa potevo fare di diverso?

Ho appreso del Centro CIICS quasi per caso, ma ne sono stata subito affascinata dalle potenzialità della pratica ipnotica nel mio ambito sanitario.

Dopo aver studiato e sperimentato sul campo tecniche e modalità comunicative, sono stata in grado di aiutare in modo nuovo e diverso le persone, migliorando anche la loro esperienza comunque, sempre traumatica, di un viaggio in ambulanza.

E non solo.

Perché grazie alla conoscenza dell'ipnosi, dell'autoipnosi e della comunicazione ipnotica in generale ho realizzato una migliore comunicazione con i pazienti, con i parenti e anche con i colleghi.

Di seguito farò un excursus sulla comunicazione in generale, sulla comunicazione ipnotica nello specifico e di come questa si possa e sia stata realizzata in situazioni d'urgenza, dove il tempo è poco, l'ambiente non è certo dei più confortevoli ma la volontà è stata premiata dalla realizzazione dei monoideismi plastici e dai conseguenti cambi di stato dei pazienti con miglioramento della percezione del dolore e dello stato ansioso.

In fondo:

*Tutto è ipnosi, nulla è ipnosi*

## 1. La comunicazione

Esiste un assioma fondamentale: non si può non comunicare. Questa frase, ormai celebre, è stata formulata per la prima volta nel 1967 dallo psicologo di Palo Alto, Paul Watzlawick assieme ad un altro gruppo di psicologi, all'interno del loro testo "*Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*". L'affermazione sta ad indicare che il comportamento inteso come manifestazioni dell'agire sociale delle persone, è in grado di indurre variazioni nel comportamento altrui, quindi gli viene attribuita una valenza comunicativa.

In una società in cui la comunicazione è il fulcro per ogni attività, ci si dimentica troppo spesso di **come** comunichiamo.

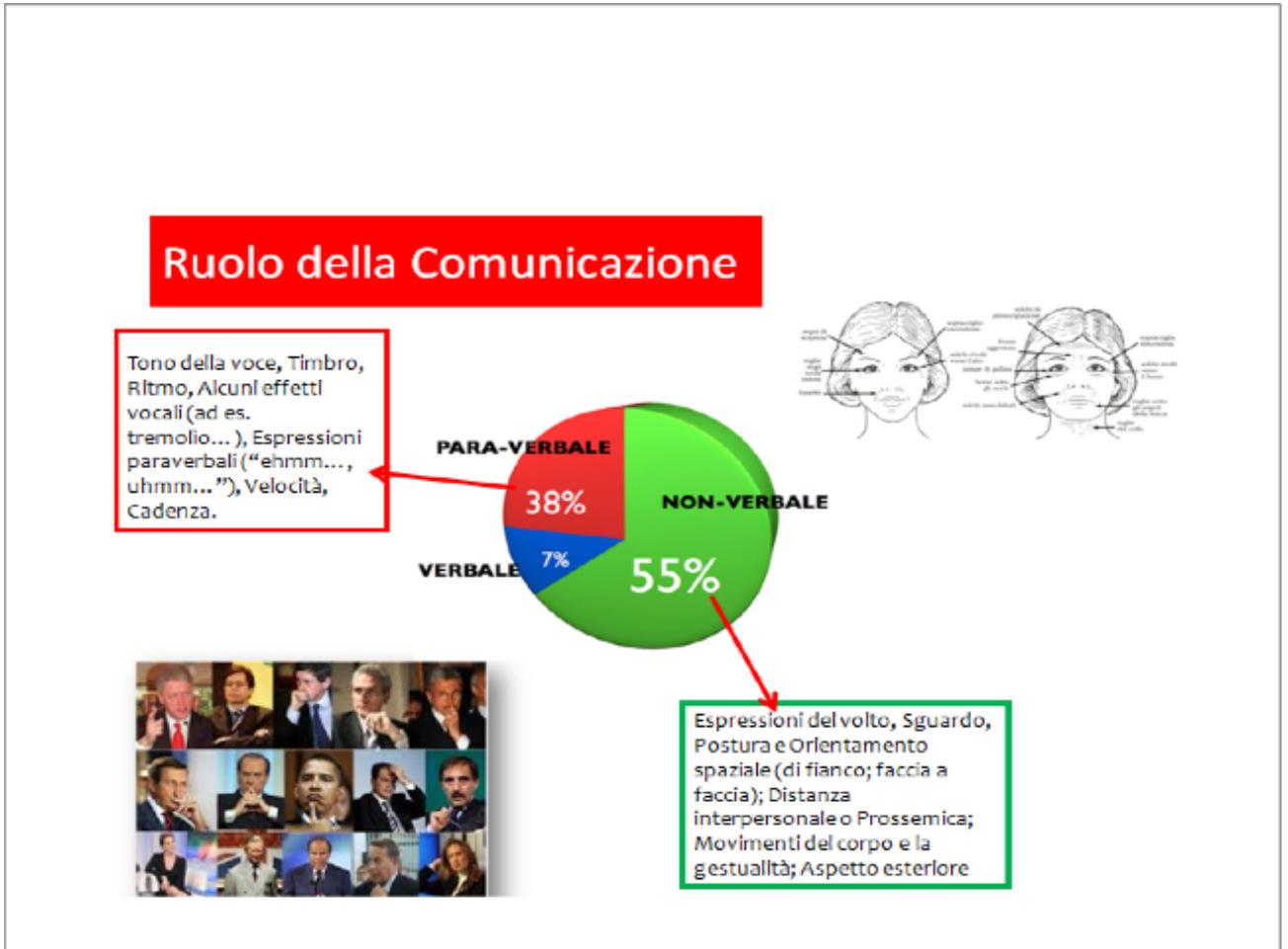
Il modello Slama-Cazacu indica che per avere un atto comunicativo, sono essenziali almeno sei elementi:

1. l'emittente: colui che produce il messaggio;
2. un messaggio: costituisce l'informazione trasmessa e prodotta secondo le regole del codice;
3. un codice: il sistema di riferimento in base al quale il messaggio viene prodotto (esempio: il linguaggio alfabetico, i caratteri Braille, il linguaggio informatico, etc.)
4. un canale: un mezzo fisico ambientale che rende possibile la trasmissione del messaggio;
5. un contesto: nel quale il messaggio è inserito e al quale si riferisce;
6. un ricevente: colui che riceve e interpreta il messaggio.

Secondo Mehrabian, psicologo statunitense di origine armena, la componente verbale della comunicazione influisce nei confronti dell'altro solo per il 7%, il 38% è para-verbale (timbro, intonazione, volume, prosodia) e la componente non verbale rappresenta il 55% di quanto è comunicato in una relazione. Capire come comunichiamo ci permette di comprendere come il paziente, nello specifico, ci vede e soprattutto cosa sta dicendo al di là della parola.

La nostra comunicazione può articolarsi in **tre livelli**, ognuno dei quali ha la sua dimensione e unicità:

- La comunicazione verbale
- La comunicazione non verbale
- La comunicazione para-verbale



## 2.4 La comunicazione verbale

La **comunicazione verbale** è la parte più evidente: fa riferimento all’uso della parola per veicolare, con uso consapevole ed efficace, ogni elaborazione del pensiero.

In sintesi, la definizione di comunicazione verbale è da ricercarsi nel linguaggio, ossia quella forma di comunicazione costruita sulla base di un insieme di regole ben definite, finalizzata alla trasmissione di informazioni attraverso l’uso di mediatori simbolici.

*“Fai in modo che il tuo discorso sia migliore del tuo silenzio o taci” Dionigi il Vecchio*

## Capitolo 1: La comunicazione

Con questa frase si sottolinea l'importanza delle parole che troppo spesso viene sottovalutata. La programmazione neurolinguistica è una scienza relativamente recente che aiuta a capire in che modo il nostro modo di parlare agisce a livello neurofisiologico e come ciò di conseguenza modifica il nostro modo di essere, pensare e agire.

Di seguito alcune parole che vengono usate spesso, talvolta in modo inconsapevole dell'effetto che producono sulla persona che le ascolta ma, se opportunamente usate, aiutano anche nella comunicazione ipnotica:

**DOVERE:** dietro una determinazione molto forte vi è una limitazione, una *conditio sine qua non*; da utilizzare con cautela.

**POTERE:** crea maggiori opportunità, molto usata in comunicazione ipnotica per potenziare le capacità del paziente.

**VOLERE:** determina un senso di libertà, quasi una pretesa ad andare oltre.

**PERCHÉ:** utilizzabile sia come domanda che come affermazione, **muove all'azione**; le persone sono più predisposte a compiere un'azione se viene spiegata loro la motivazione per cui farla.

**NUOVO/DIVERSO:** parole con forza positiva che permettono di accogliere la persona nel suo vissuto e al contempo di bloccare l'esperienza negativa che sta provando e rimodularla in modo che risulti nuova e diversa rispetto alla precedente (quindi anche meno, ad esempio, dolorosa).

**E:** congiunzione che va usata per legare le varie suggestioni che si vogliono fornire al paziente, soprattutto in fase di induzione ipnotica e di approfondimento dello stato modificato di coscienza.

**MA:** connettivo che distoglie l'attenzione dall'affermazione che lo precede e pone l'accento sulla frase successiva (sta all'interlocutore comprenderne l'importanza). Esempio: "Lei ha un brutto male ma è nel posto giusto per curarsi". Questa affermazione pone l'accento sull'aspetto positivo che il luogo è giusto. Invertendo invece le fasi, quindi: "Lei è nel posto giusto ma ha un brutto male", ciò che resta al paziente è l'enfasi sulla malattia.

**CERCARE/PROVARE:** generano il dubbio che l'azione richiesta sia effettivamente efficace o peggio, compresa nelle capacità della persona assistita che, è utile tener presente sempre, si trova in una situazione di svantaggio e probabilmente di bassa autostima in quel momento.

Infine porre l'accento su frasi con indicazioni **POSITIVE**; il nostro cervello lavora al risparmio, quindi trova più facile seguire un'affermazione del tipo: "Rimani fermo" piuttosto che una "Non ti muovere" perché nel secondo caso il cervello deve prima immedesimarsi nell'azione, poi nel non compierla, quindi spreca energia! Ciò rende assolutamente più efficace qualsiasi forma di comunicazione, soprattutto quella ipnotica.

## 1.2 La comunicazione non verbale

La **comunicazione non verbale**, a differenza di ciò che è stato appena detto, comprende tutti quegli aspetti che vanno al di là della parola, rientranti nella categoria del **linguaggio del corpo**. È la componente più cospicua ma anche più irrazionale se non adeguatamente educata; è l'aspetto che parla di più dell'emittente, specifica e completa il suo pensiero.

Indica l'atteggiamento che lui ha:

- verso il messaggio che sta formulando,
- verso sé stesso,
- verso l'altro.

Alcune importanti componenti della comunicazione non verbale che l'operatore sanitario deve tener presente soprattutto per l'immagine che fornisce di sé, sono:

- **Vestemica**: l'immagine di cui ognuno si correda, fortemente influenzato dalla cultura; in ambito sanitario: la divisa (in ordine, pulita, adeguatamente equipaggiata: identificativo della persona e del ruolo).
- **Aptica**: comunicazione espansiva – con contatto fisico. Il sanitario, per necessità lavorative è autorizzato a toccare il paziente; tener conto comunque del paziente di fronte: potrebbe non gradire/gradire un contatto che esprime anche solo comprensione (una mano sulla spalla).
- **Prossiemica**: spazio invisibile da rispettare sempre. In urgenza l'operatore è “abituato” a invadere lo spazio interpersonale, ma a volte un semplice “Permesso” mentre si scopre il corpo da sotto le coperte, fa sentire il paziente rispettato nella sua intimità.
- **Cenestesica**: mimica facciale che non si può modificare sempre con la volontà; l'attenzione del sanitario sta nell'imparare a gestire al meglio l'espressività soprattutto in contesti ad alta visibilità in cui a guardarlo non è solo il paziente ma anche eventualmente i parenti, altri soccorritori o astanti (es. incidenti stradali).

Questi parametri, assieme a molti altri, devono essere letti anche nei confronti del paziente per individuarne le caratteristiche non verbali, anche se, ad esempio, per quanto riguarda la vestemica, spesso il paziente, se si trova a casa, è in pigiama o in abbigliamento comodo e a volte logoro proprio perché non si aspettava visite o stava male e quindi non ha considerato giustamente questo aspetto. Tutte le altre componenti invece vanno accuratamente ricercate e rispettate.

## Capitolo 1: La comunicazione

Altri aspetti della comunicazione non verbale, che vanno raccolti al fine di attuare anche una successiva comunicazione ipnotica efficace con il paziente, sono stati individuati da Wolff e rivelano la **correlazione** tra il **comportamento** e la **condizione emotiva**:

- Inibizione estrema: movimenti di ritiro-rinuncia, generale agitazione motoria;
- Depressione: movimenti lenti, esitanti, non enfatici;
- Euforia-esaltazione: movimenti rapidi, ritmici, espansivi, ostentati;
- Ansietà: gesto di avvolgersi i capelli, nascondere il volto, torcersi e stringersi le mani.

Oltre a questi, è fondamentale tener presente e cercare di individuare il prima possibile, il canale comunicativo prevalente attraverso il quale la persona rappresenta la realtà; capirlo rende più facile la guida durante lo stato ipnotico.

Bandler e Grinder affermano che ogni rappresentazione, per quanto soggettiva è una sequenza strutturata dei nostri canali sensoriali:

- visivo 40%
- auditivo 20%
- cenestesico 40% (comprende la propriocezione, l'olfatto e il gusto)

SISTEMA DI RAPPRESENTAZIONE	POSTURA	RESPIRAZIONE	SGUARDO	QUALITÀ DELLA VOCE
VISIVO “vedo chiaramente ciò che dici”	Corpo eretto, gestualità verso l'alto, movimenti ampi	Alta, toracica breve rapida	Verso l'alto	Acuta, ritmo variabile ma piuttosto veloce
AUDITIVO “sono tutto orecchi”	Testa inclinata, braccia conserte, movimenti ritmici	Media: tra torace e addome Con lunga espirazione,	Sguardo rivolto all'altezza delle orecchie	Modulata, armoniosa, ritmo costante

CENESTESICO “sento che la questione mi tocca”	Sguardo basso, muscolatura rilassata, movimenti lenti	Addominale, molto profonda	Sguardo rivolto verso il basso	Bassa e profonda
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------	---------------------

### 1.3 La comunicazione para-verbale

Infine, la **comunicazione para-verbale**, che fa riferimento all’insieme dei suoni emessi e quindi al **modo** in cui qualcosa viene detto, non al contenuto in sé.

Include parametri come: il tono di voce, la velocità, il timbro e il volume.

Vediamo ora nello specifico le caratteristiche principali degli elementi della comunicazione para-verbale.

1. **Tono della voce: è uno dei fattori più importanti** ai quali si risponde. È talmente potente che, a prescindere dal contenuto verbale, può far assumere a quello che viene detto un significato oppure un altro, anche di tipo opposto a quello che, in senso letterale, le parole dovrebbero trasmettere.

Un esempio, pensando ad un sanitario che ricerca informazioni in urgenza riguardo lo stato di salute del paziente, se davanti ad un parente spaventato, le richiede con un tono di **voce autorevole**, sortirà più effetto rispetto al caso in cui lo comunica con un tono di **voce incerto**.

Il tono della voce è quindi determinante nel definire l’impatto emotivo che si trasmette all’interlocutore: fondamentale in ambito extra-ospedaliero avere il controllo del tono di voce per non scatenare reazioni avverse che portano solo ad una perdita di tempo. Se si vuole essere ascoltati con maggior interesse, è bene assicurarsi di **variare il tono** della voce a **seconda dell’emozione da trasmettere**.

2. **Il ritmo:** si intende la velocità della comunicazione, che molto spesso è influenzata dallo **stato emotivo**. Dal ritmo si può intuire se un soggetto è agitato, nervoso oppure completamente disteso. Una **voce veloce** di solito suscita tensione (ma se usata in modo appropriato anche motivazione) mentre, una **voce lenta** può trasmettere calma, rilassamento e tranquillità. Anche questo parametro è molto importante nel determinare ciò che si trasmette. Le **pause** sono parte della velocità e sono molto potenti: determinano il sottile desiderio di scoprire cosa verrà detto dopo. Le pause danno il

tempo alle persone per riprendere quello che stavano dicendo, consentono di riflettere e di formare un'opinione su ciò che è stato appena comunicato. Se utilizzate correttamente possono essere uno strumento molto **potente** nella comunicazione.

3. **Il volume:** indica una variazione nell'**intensità** di quel che viene detto e aiuta ad **enfaticizzare** alcune parole. Le persone che parlano con un volume di voce basso (e magari accompagnano ciò con un linguaggio del corpo chiuso) sono spesso percepite come timide, insicure e con una bassa autostima. Le persone che parlano con un volume di voce alto, al contrario, possono trasmettere una forte sicurezza in sé stessi. Tuttavia una persona che parla a voce troppo alta potrà anche sembrare aggressiva e prepotente. Importante quindi **variare** il volume della voce quando si desidera apparire più sicuri di sé, enfaticizzare e/o dare maggior rilievo a ciò che si vuole dire senza mai esagerare.
4. **Il timbro:** si intende il particolare profilo o **carattere distintivo di un suono** emesso da una voce. Riguarda il registro vocale tipico della persona, anche chiamato **colore vocale** ed è l'aspetto del para-verbale più legato alla **personalità**. Il timbro vocale dipende anche dalla **parte del corpo che fa da cassa di risonanza**: voce di testa, voce di petto, voce di diaframma.

Un parametro che fa da ponte a tutta la comunicazione non verbale ed è importantissimo per catturare l'attenzione di chi ascolta, è la capacità di **trasmettere emozioni**. È fondamentale per un paziente percepire che chi li sta aiutando in quel momento lo fa ponendo la sua massima attenzione su di lui e che è sicuro delle azioni che sta compiendo. Si crea un rapporto di **fiducia**, alla base di una relazione d'aiuto.

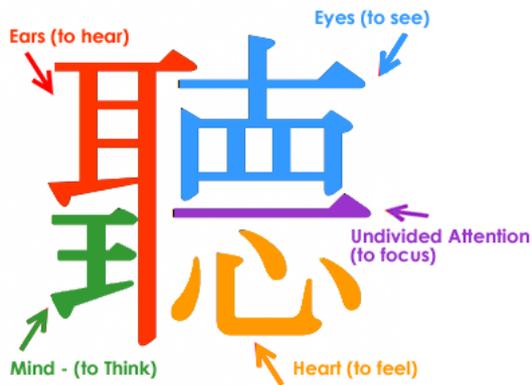
Il filo di collegamento che porta l'operatore a comprendere meglio le caratteristiche della persona che si trova davanti (quindi sia attraverso la comunicazione verbale, non verbale e para-verbale) e le sue effettive necessità, soprattutto in situazioni in cui il tempo a disposizione è esiguo, è l'ASCOLTO.

#### 1.4 L'ascolto

L'ascolto è la prima qualità appresa ma non riceve alcun insegnamento; sin dalle prime fasi della crescita, una persona apprende la **scrittura**, ma questa funzione viene usata al 9%; impara a **parlare** (in forma semplice), una forma comunicativa utilizzata al 30% e infine le viene

insegnato abbastanza a **leggere** e usato al 16% ma l'**ascolto** non viene inserita nella formazione pur essendo utilizzato nella vita quotidiana per il 45% del tempo.

**Ideogramma cinese dell'ascolto:**



Ears	orecchie per sentire
Eyes	occhi per guardare
Undivided Attention	attenzione unitaria
Mind	mente per pensare
Heart	cuore per provare emozioni

L'ascolto attivo è **OSSERVAZIONE** (da *observare*: custodire ciò che l'altro dice, a suo vantaggio).

- Ciò che l'altro dice (verbale),
- Ciò che non dice (interdetto),
- Come lo dice (para-verbale),
- Come si presenta e si muove (non verbale).

Tre processi dell'ascolto attivo:

- **Ricezione** del messaggio: ascoltare, osservare, domandare
- **Elaborazione** del messaggio: capire senza giudicare e comprendere il significato per l'altro
- **Risposta** al messaggio: capitolare, riformulare. Utile fare interventi a specchio: rimandare all'altro ciò che ha comunicato.

## 2. La comunicazione ipnotica

La comunicazione ipnotica differisce dalla comunicazione propriamente detta per la consapevolezza che l'operatore, in questo caso il sanitario, ha dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente umana; li utilizza quindi, conoscendo bene il loro potere e con uno scopo terapeutico che definisce assieme al paziente.

Non ha un inizio predefinito, può avvenire sin dal primo contatto con il paziente e l'obiettivo è di aiutarlo ad entrare in uno stato modificato di coscienza; ciò permette al soggetto di influire sulle sue condizioni fisiche e psichiche attraverso la realizzazione di un **monoideismo plastico**. Il **monoideismo plastico** è un'idea presente nel cervello con esclusione di tutte le altre che riverbera sul piano psicosomatico.

Di per sé la comunicazione ipnotica non prevede **sempre** la realizzazione di un monoideismo, può portare il paziente anche solo in *trance*, facendo attenzione alle parole che vengono utilizzate dall'operatore. Come visto in precedenza, le parole sono importanti e da sole in grado di creare immagini mentali che, vista la relazione di reciprocità mente  $\leftrightarrow$  corpo, sono in grado di modificarne la condizione fisica.

La comunicazione ipnotica utilizza le suggestioni e attraverso di esse elude la razionalità del paziente, rivolgendosi direttamente all'inconscio, superando difese e preconcetti, abbassando quindi la critica e stimolando le emozioni.

### 2.1 L'accoglienza

Il paziente non ci conosce come noi non conosciamo lui: diventa quindi importante l'espressione visiva, lo sguardo, l'atteggiamento, il tono di voce, il contenuto delle parole. Il paziente osserva come noi ci muoviamo nel suo spazio vitale, nel suo ambiente privato. Si instaura un **rapporto** che porta all'accoglienza del paziente stesso e con il passare dei minuti all'identificazione delle sue necessità e risorse che poi verranno rielaborate e restituite. Cogliendo nella sua espressione verbale o non verbale i segni più significativi della sua condizione emotiva e facendo attenzione alle parole (verbi, aggettivi) utilizzate, si può identificare il canale comunicativo preferenziale e quindi essere più efficaci nel raggiungimento dell'obiettivo stabilito.

## 2.2 La fiducia

In quanto sanitari abbiamo una posizione privilegiata per instaurare la fiducia nel paziente, perché questi ha delle aspettative nei nostri confronti e nelle prestazioni che gli verranno erogate finalizzate ad una cura o ad un generale miglioramento della sua condizione presente in quel momento.

Nella comunicazione ipnotica, la fiducia si istaura con l'identificazione di un obiettivo comune tra l'operatore e la persona, formulato dal primo e accolto dal secondo. La finalità è quella di abbassare la critica per permettere al sanitario di **guidare** il paziente nella riduzione dell'ansia, del dolore e nella consapevolezza delle sue capacità.

La fiducia si ottiene attraverso l'**ascolto**, evitando giudizi di qualunque natura e facendo percepire al paziente di essere **accolto**. Il **ricalco** è una tecnica che permette all'operatore di rappresentare e rimandare al paziente i suoi atteggiamenti in modo da farlo percepire sempre compreso; si crea una inconsapevole comunicazione tra gli emisferi destri del comunicatore e dell'interlocutore. Infine lo **yes set** è, semplificando, la capacità di farci dire sì; partendo da affermazioni banali e ovviamente vere per il paziente, si crea una condizione di progressiva fiducia che porta a credere che anche le affermazioni successive (le suggestioni) siano vere, quindi da accettare.

## 2.3 L'obiettivo

Quando si intraprende una comunicazione ipnotica, un aspetto che va sempre individuato dall'operatore, anche se non sempre o necessariamente espresso al paziente, è il risultato che si vuole ottenere. Spesso è utile chiedere esplicitamente al paziente quali sono le sue aspettative in modo da, se necessario, anche ridimensionarle. Tuttavia, nelle situazioni d'emergenza, spesso le problematiche da affrontare sono molteplici ma la comunicazione ipnotica si dimostra utile ed efficace nella gestione del dolore e dello stato ansioso. Inoltre può aiutare a gestire la componente familiare che contorna il paziente.

## 2.4 Ricalco e guida

Solo dopo aver ottenuto la fiducia del paziente, l'operatore può guidarlo verso il suo nuovo stato, perché si è creata una **connessione**.

Il sanitario, soprattutto in situazioni d'urgenza non ha molto tempo per raccogliere le informazioni ma, una volta identificato il problema e il canale comunicativo, può realizzare un **progetto** per guidare l'altro in uno stato di coscienza modificato.

Nella realtà infermieristica viene spesso utilizzato il ricalco anche se spesso inconsapevolmente. Il ricalco sta nel riproporre al paziente un atteggiamento che lui stesso manifesta, ma non con la finalità semplicemente di ripeterlo, ma di accoglierlo (come a dire al paziente: "Ti sto guardando") e di riproporglielo una volta in sincronia, in modo diverso (ad esempio un respiro più lento, una camminata rallentata). Da solo il ricalco aumenta la fiducia, abbassando la critica e creando un'aspettativa positiva sulle successive affermazioni visto che quelle finora dette sono risultate vere.

Una volta raggiunta la connessione con il paziente, questi si lascia più facilmente guidare verso la realizzazione di un monoideismo plastico e ciò avviene attraverso:

- La **focalizzazione dell'attenzione** che si ottiene attraverso l'attenzione mirata ad un'unica cosa (interna o esterna al paziente come può essere un punto sul muro o il respiro) che a sua volta è veicolata da **parole e passi**.

È ormai chiara l'importanza della scelta adeguata delle parole, di come queste suscitino emozioni ma di quanto è necessario porre l'attenzione anche al modo in cui vengono dette.

I passi invece sono gli sfioramenti che l'operatore si permette di fare sugli arti del paziente in modo da focalizzare l'attenzione su dei punti precisi. Una volta toccati in modo alternato destra/sinistra, stimolano i due emisferi mettendoli in comunicazione e quindi creano una maggiore connessione tra di loro, che a sua volta favorisce l'idea di cambiamento che viene proposta.

Alla focalizzazione si può associare un'altra tecnica che è quella **dell'attuazione di compiti specifici** che possibilmente impegnano più sensi. È stato appurato che la mente umana può controllare fino ad un massimo di 4 elementi contemporaneamente e che aggiungendo un qualsiasi elemento in più (come un tocco), vi è un sovraccarico sensoriale che favorisce lo stato di trance ipnotica.

Una volta che il paziente ha concentrato la sua attenzione verso il concetto da noi suggerito è utile effettuare un **ricalco**, che come già detto è un'osservazione dell'altro da parte dell'operatore con una ripresa delle sensazioni provate.

- A questo punto al paziente può essere **suggerito un cambiamento** che consiste nella realizzazione di un monoideismo che modifica lo stato di coscienza trasformando quindi

- il vissuto dell'altro secondo l'obiettivo concordato. Si ottiene attraverso l'utilizzo di metafore o immagini che guidano la persona verso la modifica dello stato di coscienza.
- La **ratifica** è un passaggio importante a seguito della realizzazione del monoideismo perché rende il soggetto consapevole del suo cambiamento di stato. Riguarda sempre l'osservazione del paziente, la modifica a volte evidente della sua facies (che da tesa inizia a distendersi) o del suo atteggiamento corporale che l'operatore sottolinea e rimanda.

### 2.5 Agency

Un regalo che si può sempre fare al paziente a seguito di questa esperienza e che gli permetterà di riviverla da solo, ogni volta che desidera ed è l'**ancoraggio**. Prima di riportare la persona al qui e ora, mentre è ancora in uno stato modificato di coscienza, gli viene dato un comando semplice che può riprodurre in autonomia (ad esempio l'unione di pollice e indice della mano sinistra) una volta ripreso, per ripetere l'esperienza appena vissuta. È fondamentale che il paziente sperimenti subito questa sua capacità (quando è ancora in nostra presenza) e quindi si renda conto di essere capace di rientrare nella condizione di ipnosi anche in autonomia, aumentando così in lui l'autostima e l'**emancipazione**, ovvero la sua capacità di crearsi un cambiamento.

### **3. La comunicazione ipnotica durante un intervento in ambulanza**

Esistono molte tecniche da poter utilizzare per realizzare correttamente una comunicazione ipnotica ma come diceva il Prof. Granone, la migliore sarà quella creata dall'operatore e in cui lo stesso ci crede.

Mettere in pratica la comunicazione ipnotica in una realtà di emergenza/urgenza extra-ospedaliera è stata sicuramente una sfida ma ha portato a dei buoni risultati e come per tutto con dei margini di miglioramento su cui lavorare.

#### **3.1 La realtà di Udine e sua competenza territoriale**

Dal 2017 il Friuli Venezia Giulia (FVG) ha adottato il numero unico per l'emergenza (NUE), il 112. Questo ha comportato una serie di cambiamenti importanti nella gestione dell'emergenza extra-ospedaliera. In precedenza, il 118 era provinciale e quindi ognuna delle 4 provincie aveva la propria Centrale Operativa: Udine, Trieste, Gorizia e Pordenone. Nonostante la regione sia piccola, c'è sempre stata una discreta rivalità tra i territori e soprattutto un modo diverso di lavorare in emergenza. Con l'avvento del NUE si è creato doppio passaggio, prima su un operatore laico che smista il tipo di emergenza e solo successivamente, nel caso di una necessità di tipo sanitario, l'utente viene messo in contatto con un infermiere della Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES). A questa ha afferrito il personale di tutte e quattro le provincie rendendo necessaria un'uniformazione di lavoro che per tanti anni non era stata possibile creare. Per l'utenza e il personale operante in emergenza, questo passaggio non è stato del tutto indolore ma ormai ha trovato un suo equilibrio.

Il bacino d'utenza dell'hinterland della città di Udine nella quale presto servizio come infermiera, è di circa 187000 abitanti e gli interventi che sfociano nell'invio di un mezzo di soccorso ammonta intorno a 50 al giorno. I tempi di intervento, intesi come dalla postazione 118 al Pronto Soccorso sono variabili dai 15-20 minuti fino anche all'ora o più in base anche alla distanza dal target e ai trattamenti eseguiti sul posto.

Le ambulanze operative vanno a coprire un territorio di circa 5000km<sup>2</sup> che si estende dalla zona cittadina fino alla pedemontana e sono: tre ambulanze ALS (infermiere + due autisti soccorritori oppure infermiere + autista soccorritore + soccorritore) di cui due in città e una a 20 km dall'ospedale di riferimento che è appunto a Udine, un'automedica (medico + autista soccorritore) e due di giorno e una sola di notte ambulanza BLS (autista soccorritore +

soccorritore). Queste ultime vengono impiegate solitamente per effettuare gli interventi secondo codici di minor gravità (bianchi e verdi) oppure in associazione con l'automedica. Tendenzialmente automedica e ambulanza ALS vengono impiegate separatamente, a meno che l'intervento non sia da subito molto grave o non vi sia la richiesta dell'infermiere di un supporto medico sulla scena dell'evento.

Ciò ad indicare che l'infermiere si trova spesso ad affrontare le situazioni d'urgenza/emergenza da solo e non sempre c'è la possibilità di un rendez-vous con l'automedica. E in emergenza si impara ad avere mille occhi, mille orecchie e a pensare in fretta.

Perché non c'è solo il paziente da considerare (quando ce n'è solo uno), ci sono i parenti (a volte troppi e che parlano con chiunque dell'equipe senza tener conto della potenziale importanza delle informazioni che forniscono distrattamente), ci sono gli astanti o i curiosi che vogliono fornire informazioni o dare suggerimenti.

Di seguito percorreremo le varie fasi di un soccorso extra-ospedaliero e di come la comunicazione ipnotica possa essere applicata in ogni suo frangente e potenzialmente verso tutti gli attori dell'intervento, a partire dall'infermiere stesso.

### **3.2 L'avvicinamento al target**

L'infermiere, una volta che riceve la chiamata dalla Centrale SORES, informa l'intero equipaggio del tipo d'intervento che andranno ad effettuare. Sul mezzo, in base alle informazioni ricevute (a volte generiche e sommarie ma sufficienti a identificare spesso un ipotetico problema principale) e di conseguenza alla gravità che ci si aspetta, l'infermiere, ha la possibilità di focalizzare l'attenzione sugli interventi che potrà mettere in atto una volta sul target. Si genera così una condizione che si può definire di **auto-ipnosi** perché va in uno stato tale di concentrazione tale che lo isola dal contesto e gli permette di pianificare i passaggi dell'intervento che andrà a compiere.

### **3.3 In casa del paziente**

Una peculiarità del lavorare in extra-ospedaliero sta proprio nel non sapere mai dove sei diretto e chi ti troverai davanti, in che contesto sociale o familiare. Ne esistono di disparati, inutile provare anche solo a farne un elenco. Il colpo d'occhio che ormai l'infermiere che lavora in extra-ospedaliero è abituato a farsi, parte dalla visione dal sedile dell'ambulanza (quando si parla di incidente stradale) o dall'ingresso-ambiente esterno se si tratta di un'abitazione; dai

familiari che accorrono, dai loro gesti e comportamenti prima ancora che dalle parole. L'**osservazione** è fondamentale, al pari dell'**ascolto**.

Consideriamo per comodità il caso in cui il paziente è ben inserito nel contesto familiare e la casa è ordinata e pulita. Generalmente il paziente viene rinvenuto in camera da letto o in salotto ed è spesso attorniato da qualcuno (non necessariamente parenti, quindi mai dare appellativi ma restare generici, come nelle suggestioni!). In questa fase, nei primi passi verso il paziente, si possono raccogliere molte informazioni attraverso la **comunicazione non verbale** (soprattutto cenestesica e prossemica) della persona da soccorrere e della sua **comunicazione para-verbale** e di quella dei parenti. Spesso accade che sia qualche parente o astante a parlare per il malato perché si ritiene più competente o chiaro nell'esprimere la problematica. Compito dell'infermiere è dare voce invece al paziente e coinvolgere in altro modo i parenti senza che creino interferenze sulla valutazione sanitaria da effettuare (dove chiaramente il malato è in grado di interagire e spiegare la propria condizione in autonomia). Un metodo utile, che possiamo definire una sorta di distrazione, è quello di affidare loro il compito di ricercare la documentazione clinica pregressa con un tono autorevole e mai autoritario. Ciò permette a loro di sentirsi utili e al sanitario di valutare, possibilmente senza filtri, il malato.

### 3.3 Il paziente in ambulanza

Una volta identificato il problema principale e se necessarie, avviate le manovre previste per la stabilizzazione del paziente, si procede con il trasferimento del paziente in ambulanza. Già nelle fasi di trasferimento dal letto alla sedia poi barella, può iniziare la comunicazione ipnotica verso il paziente. Ritorna l'importanza delle parole usate, soprattutto del perché di certe azioni o del ma per dare maggiore importanza alle conseguenze che alla condizione attuale. Talvolta il paziente ha solo paura di cadere dalle scale mentre scende a bordo di una sedia e una frase del tipo “Può lasciarsi andare sulla sedia perché i cingoli faranno tutto il lavoro necessario a farla scendere le scale in sicurezza” aiuta la persona a comprendere meglio cosa andrà a vivere.

In ambulanza poi il paziente si trova ad essere: disteso, legato con le cinture di sicurezza alla barella, contrario al senso di marcia, in un ambiente del tutto sconosciuto, con tanti apparecchi di cui ignora l'utilizzo e con i soli finestrini presenti oscurati. Si può affermare che una condizione simile, in uno stato fisico alterato da una o più patologie, è praticamente per tutti, una situazione che genera stress emotivo. Su questa condizione psicologica però l'infermiere ha la facoltà di agire attraverso la comunicazione ipnotica e rendere così nuova e diversa un'esperienza anche per certi versi traumatica.

### 3.4 Le tecniche utilizzate

Entrando nell'esperienza personale, i casi che ho potuto trattare efficacemente con l'ipnosi sono stati al momento, in numero piuttosto limitato, come conseguenza anche della necessaria selezione dei candidati. I criteri di esclusione sono stati dati principalmente dalla gravità della situazione (un'emergenza) e/o dalla condizione neurologica del paziente e dalla distanza in termini di tempo necessari per rientrare in Pronto Soccorso. Spesso l'ambiente chiuso e riservato dell'ambulanza è l'unico luogo dove reperire informazioni utili per una valutazione sanitaria adeguata e il tragitto verso l'ospedale il momento in cui farlo.

Ho potuto sperimentare la comunicazione ipnotica su pazienti di età media di 64 anni e le patologie riscontrate/trattate generavano: dolore, di natura intermittente o continua; stati ansiosi e a volte entrambi.

La frase d'esordio per avviare la comunicazione ipnotica è sempre stata di richiesta verso il soggetto a **voler** sperimentare un modo nuovo e diverso di gestire il dolore o lo stato ansioso. Ho sempre ottenuto risposte positive.

Con alcuni pazienti sono partita utilizzando lo **yes set** per aumentare la fiducia e abbassare a critica, per altri non è stato necessario perché hanno dimostrato subito entusiasmo e disponibilità a provare la nuova condizione. Ho messo in pratica la tecnica della **focalizzazione di un punto, ricalcando** ogni loro movimento e dando la progressiva **suggestione** di pesantezza delle palpebre e della piacevolezza nello stato di tenerle chiuse. A questa suggestione ne ho aggiunta una riguardante la distensione dei muscoli della faccia e progressivamente degli arti superiori, del tronco e infine delle gambe, associato all'espriro che elimina le tensioni. Una volta **ratificato** lo stato di rilassamento raggiunto, ho inventato delle **metafore** riguardanti il dolore che mi era stato descritto in precedenza, favorendo il **canale comunicativo preferenziale** della persona che stavo trattando.

Per qualcuno il dolore è stato descritto come un colore intenso, per cui l'immagine che ho fatto visualizzare è stata di un pennarello bianco che attenuava il colore; ad altri, sempre attraverso il canale visivo, il colore ha perso progressivamente la brillantezza e da lucente, come per un'immagine che si sfoca quando viene coperta da dei veli/filtri, il colore/dolore diminuisce d'intensità.

Ad un paziente, che mi ha dichiarato essere un calciatore amatoriale, ho ricreato la condizione dell'allenamento di calcio, in cui da difensore (il ruolo rivestito dal paziente) deve colpire il

pallone per farlo arrivare all'area di rigore. Il dolore è stato associato alla palla che viene calciata lontano e come questa si allontana, allo stesso modo il dolore diminuisce d'intensità.

Un paziente che soffriva di gonalgia a seguito di una caduta, l'ho guidato verso un luogo a lui familiare e piacevole, in un tempo passato, in cui camminare era un gesto compiuto senza sforzo e come ratifica della sua capacità di muovere l'arto senza dolore l'ho fatto piegare e levitare.

Alle persone che erano in uno stato evidentemente alterato a seguito di una condizione ansiosa, ho preferito far **concentrare l'attenzione sul respiro** che già risultava in alcuni casi troppo veloce. Ho sempre fatto focalizzare l'attenzione ma questa volta su qualcosa di interiore, talvolta ponendo una mano sul torace ed esercitando una lieve pressione nel momento dell'espriro, suggerendo di svuotare bene i polmoni come un palloncino che si sgonfia e che per farlo viene delicatamente schiacciato. Una volta ottenuta una riduzione della frequenza respiratoria e ratificata la condizione, ho fornito la **suggestione del luogo sicuro**, in cui rifugiarsi e isolarsi dai rumori e dalle interferenze esterne.

In tutti i casi trattati, le persone, seppur nel breve periodo in cui sono state in ambulanza, sono riuscite a realizzare il monoideismo plastico suggerito e hanno riscontrato una riduzione della sintomatologia dolorosa oggettivabile anche dai parametri vitali monitorizzati prima e dopo l'intervento di comunicazione ipnotica.

Due casi di stati ansiosi sono stati trattati con tecniche simili al domicilio, utilizzando oltre allo yes set, la tecnica del **tocco alternato** per stimolare i due emisferi cerebrali, ottenendo uno stato di rilassamento iniziale a cui è stata aggiunta la suggestione che in entrambi i casi era del luogo sicuro. La condizione di rilassamento così ottenuta non ha poi richiesto, o vi è stato il rifiuto da parte del paziente, dell'ospedalizzazione in quanto la sintomatologia si era attenuata o risolta.

## Conclusioni

In un contesto come l'emergenza in cui c'è la necessità di applicare tanto tecnicismo, troppo spesso si trascurava l'aspetto relazionale, talvolta per poco tempo, talora per la necessità di stringere i tempi di intervento per un altro in coda. Le ragioni possono essere tante ma con la mia esperienza ho dimostrato che porre l'attenzione anche a come si dicono le cose è possibile e anzi, sempre più auspicabile per ottenere la collaborazione del paziente, il miglioramento del suo stato psicofisico (dove possibile) e l'aiuto proattivo del familiare/astante.

Le parole sono importanti e hanno un peso come il modo in cui vengono espresse e i gesti che le incorniciano. Se usate in modo appropriato forniscono uno strumento fondamentale per una comunicazione ipnotica efficace. Le tecniche per la sua realizzazione sono molteplici e possono creare condizioni di benessere anche in un tempo relativamente breve e in condizioni ambientali sfavorevoli o stressanti.

Come imparato, sta al sanitario credere nella tecnica e applicarla con fiducia e convinzione. La migliore poi risulta sempre quella più familiare e adattabile alle condizioni del paziente.

L'importante è aver dato inizio nel mio piccolo a questa fantastica opportunità che è la comunicazione ipnotica, una tecnica che, anche da sola, permette un miglioramento delle condizioni del paziente e ne modifica il suo vissuto esperienziale.

## **BIBLIOGRAFIA**

“Trattato di ipnosi” volume 1 e 2 di Franco Granone;

“Trattato d’ipnosi e altre modificazioni di coscienza” di Edoardo Casiglia e altri

“Il processo comunicativo nella relazione d’aiuto” di D. Redigolo, K. Kaldor e R.I. Magrini

“101 things I wish I know when I started using hypnosis” D.M. Ewin

“Usare il cervello per cambiare” R. Bandler

Appunti dei vari docenti del “Corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica 2021” ad opera del CIICS