

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2017

**UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN UN
PROTOCOLLO DI RIEDUCAZIONE FISIOTERAPICA**

CANDIDATO

Ruju Ruben

RELATORE

Dott.ssa Filomena Muro

*Il dolore se condiviso si dimezza
La gioia se condivisa si raddoppia*

San Paolo

INDICE

1.Introduzione.....	pg.2
2.Ipnosi e Comunicazione Ipnotica.....	pg.4
3.Rapport e Fiducia.....	pg.6
4.Recupero articolarietà passiva.....	pg.9
5.Recupero Funzionale.....	pg.15
6.Conclusioni.....	pg.19
7.Bibliografia.....	pg.20

1.Introduzione

Sono sicuro che molti Fisioterapisti utilizzino abitualmente tecniche di Comunicazione Ipnotica (CI) senza esserne consapevoli: creare un rapporto di fiducia con il paziente, adattare su di esso la terapia opportuna, stimolarlo nel processo di cambiamento, di guarigione sono d'altronde comportamenti comuni di un terapeuta attento.

Durante il corso ho avuto la possibilità di conoscere e comprendere la teoria che c'è dietro certi gesti e nei mesi successivi ho potuto renderli consapevoli e adattarli alle mie abituali procedure, ho cercato di inserirli in un contesto ordinato ed applicarli laddove prima non facevo al fine di ottenere un risultato terapeutico più efficace, più soddisfacente (per me e per il paziente) ed anche in tempi più brevi. Considero lo studio dell'Ipnosi un valido aiuto per ogni professionista sanitario e lo consiglio a chiunque sia coinvolto in un qualsivoglia rapporto terapeuta/paziente.

Con questa tesi è mia intenzione illustrare come ho sperimentato la Comunicazione Ipnotica nella mia realtà lavorativa e cioè un centro di fisioterapia convenzionato con il Sistema Sanitario rivolto quindi ad una ampia ed eterogenea platea, poca privacy negli ambienti di lavoro, tempistiche di trattamento standardizzate e ovviamente nessuna possibilità di praticare sedute di ipnosi

canoniche.

Nonostante la varia casistica di patologie con le quali mi confronto ho trovato molto utile l'utilizzo della CI con pazienti ortopedici in necessità di rieducazione post-trauma o post-intervento, in questa tesi mi concentrerò quindi su come sia possibile affiancare la CI ad un protocollo di rieducazione fisioterapica genericamente diviso in una fase iniziale di valutazione, una seconda di recupero della articolari  ed una terza di recupero della funzionalit .

2.Ipnosi e Comunicazione Ipnotica

Con il termine ipnosi intendiamo uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore-soggetto; quest'ultimo è imprescindibile dal concetto di ipnotismo senza di esso infatti possiamo parlare di stato ipnoidale che è uno stato nel quale entriamo innumerevoli volte durante la giornata spesso inavvertitamente: quando la nostra attenzione è rapita da qualcosa (un pensiero ma anche un lavoro manuale) e tutto il resto viene fatto in modalità "pilota automatico". Classici esempi possono essere leggere un libro e non sentire il telefono, perdere la cognizione del tempo mentre si fa un puzzle, non cogliere le parole di una conversazione noiosa oppure guidare fino a casa senza aver prestato attenzione al tragitto perché assorti nella musica dell'autoradio: questo è uno stato ipnoidale: ugualmente fisiologico, anch'esso modificato ma che avviene in assenza di un rapporto, cosa diversa quindi dalla CI come pure dall'Ipnosi.

Lo svolgimento di una seduta di Ipnosi richiede prima di tutto il consenso del paziente, spesso è stata prescritta o quanto meno suggerita da uno specialista, richiede un appuntamento, un luogo prestabilito, consono a garantire privacy e tranquillità, si svolge

secondo una procedura di induzione ed esduzione con un “rituale” ripetuto.

La CI invece non necessita di un luogo particolare o di una situazione prestabilita, inizia dal primo incontro e prosegue per tutta la durata della terapia, ha anch'essa il fine di guidare il paziente alla realizzazione di uno stato modificato di coscienza che favorisca la realizzazione di un monoideismo plastico attraverso il quale ottenere modificazioni psichiche e fisiche, ma per fare ciò utilizza principalmente la persuasione e la suggestione avvalendosi dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e alla relazione di fiducia che si instaura tra terapeuta e paziente.

3.Rapport e fiducia

La fiducia è la base di un buon rapporto terapeuta-paziente.

Ci confrontiamo con una persona che è in una situazione di bisogno e che cerca un solido appiglio, obbligato dalla sua condizione a chiedere aiuto, in cerca di qualcuno che capisca e che soprattutto creda nel suo dolore. A noi sta il compito di “accogliere” la persona, di eliminare il giudizio e di ascoltare i suoi bisogni. Queste sono le basi per creare quello che possiamo chiamare il “contratto terapeutico” ossia il patto tra due persone che mettono insieme le proprie risorse per arrivare ad un comune obiettivo tenendo saldo il convincimento (inteso come il vincere insieme) nella guarigione.

Come ogni rapporto anche questo è basato sulla comunicazione ma ancor prima di utilizzare quella ipnotica è utile prestare attenzione a quella non verbale sia per raccogliere informazioni sulla persona sia per veicolarle.

E' la prima fase, oltre alla valutazione diagnostica anamnestica inizia da parte di entrambi quella altrettanto importante, più o meno consapevole di valutazione individuale, di calibrazione.

Nessuno di noi verbalizza tutto ciò che pensa quindi prestare attenzione al linguaggio del corpo ci fornisce molte informazioni.

Uno studio di Di Matteo del 1986 ha evidenziato come una buona comprensione ed utilizzo della Comunicazione Non Verbale (CNV) da parte del medico corrisponda ad una maggiore soddisfazione emozionale del paziente; una tecnica come quella del “rispecchiamento” può essere facilmente sperimentabile.

Consiste nel riprodurre la posizione, i gesti, il tono di voce e il ritmo della parlata del paziente, persino ripetere qualche termine della sua conversazione o copiarne specularmente i movimenti del capo o delle spalle; questo allineamento crea empatia, a livello neurofisiologico si spiega con la teoria dei neuroni specchio mentre a livello sociale sul fatto che ci lasciamo più facilmente convincere da persone che riteniamo simili piuttosto che da chi percepiamo come diverso.

Conoscere i canali comunicativi preferenziali del paziente ci sarà di aiuto nella comunicazione, questi sono riferiti ai sensi maggiormente stimolati nella rappresentazione della realtà: alla richiesta di descriverci il suo dolore fisico una persona auditiva ci risponderà che “sente la spalla che pulsa”, una visiva magari lo stesso dolore lo descriverà con “mi immagino un cane che mi morde” e una cinestesica ci dirà che “è come se il braccio fosse pesantissimo”. Più avanti quando staremo mobilizzando quella spalla dire “adesso la senti molto meno” oppure “vedi che il dolore è diminuito” o ancora “il braccio è molto più leggero” farà

la differenza.

Soffermiamoci ora sulla parte verbale della comunicazione e su come la parola agisca a livello neurofisiologico.

Le parole che utilizziamo creano immagini mentali, vengono codificate dal cervello di chi ascolta a seconda del vissuto personale e della sua esperienza e riescono a determinare cambiamenti anche di carattere fisico. Se chiediamo a due persone di figurarsi a camminare soli su un sentiero di montagna potremmo ottenere reazioni opposte: per una potrà essere una immagine piacevole e rilassante per l'altra una visione che crea disagio o angoscia a seconda di come loro hanno vissuto in precedenza situazioni simili; la modificazione che potremmo notare sarà nell'espressione del viso, nel ritmo della respirazione o del battito cardiaco ma anche modifiche dell'umore o dei sentimenti ed è proprio la capacità di creare queste reazioni il principio del funzionamento della CI.

4. Recupero articolari passiva

Terminata la parte di anamnesi si passa alla valutazione della funzionalità di quella che può essere una articolazione operata o traumatizzata con l'aiuto di test ortopedici, misurazioni della forza, del ROM e del dolore.

Per la prima volta il paziente viene messo davanti alle sue limitazioni, si rende conto di quanto ha perso in termini di funzionalità e di quanto la sua vita quotidiana sarà di difficile gestione per il prossimo futuro, da questo momento l'approccio psicologico e quello fisico vanno di pari passo.

La fiducia guadagnata va rinnovata di volta in volta e dobbiamo essere in grado di cambiare approccio e tecnica a seconda di come il paziente sta reagendo alla terapia, accompagnarlo nei cambiamenti e soprattutto ricalcarli cioè fargli notare che grazie alla sua volontà e al suo impegno si è ottenuto quel risultato.

La nostra CI in questa fase avrà l'obiettivo di fare sopportare meglio il dolore durante la seduta e nell'intervallo tra una seduta e l'altra, stimolare e motivare il paziente per evitare cali di umore, di autostima e di convincimento e che questi rallentino o peggiorino il percorso.

Di nuovo l'attenzione alle parole. Il verbo "potere" è più adatto del

verbo “dovere”, in neurolinguistica gli ausiliari volere potere dovere sono chiamati operatori modali, indicano il modo in cui il nostro cervello prende una decisione, dovere richiama una limitazione (bisogna, è necessario quindi non puoi non farlo), potere richiama una possibilità (forza, opportunità), volere richiama un atto di volontà (pretesa o desiderio). Dal momento che nel rapporto tra terapeuta e paziente è necessario mantenere una guida autorevole (in modo più o meno direttivo a seconda della persona) senza mai tradire la fiducia che ci è stata accordata l'utilizzo del “devi” quando magari non può o non vuole o del “cerca” (che contempla una non riuscita) rischiano di determinare quanto meno insicurezza nel raggiungimento del risultato.

Alcune tecniche di persuasione possono agevolarci in questa fase.

Entrare in “simpatia” (provare le stesse emozioni): un paziente operato per una frattura si affiderà più volentieri ad un terapeuta che ha subito lo stesso intervento.

Rientrare in un gruppo: siamo più propensi ad associarci ai vincenti, dire “tutti i pazienti che ho trattato per questo problema hanno ottenuto ottimi risultati” lo farà sentire parte di un gruppo vincente.

La scelta “guidata”: se davanti a due trattamenti fastidiosi facciamo scegliere a lui quale fare lo sopporterà meglio e non la vivrà come

una imposizione, ”oggi preferisce trattare la cicatrice o preferisce mobilizzare?”

Motivare la manovra: ”sto forzando la rotazione della spalla per distendere i tessuti capsulari”

La ripetitività: ”lasci la spalla rilassata, gliela ruoto io, segua solo il movimento..uno..uno..uno..uno,bene,uno..uno..uno...”

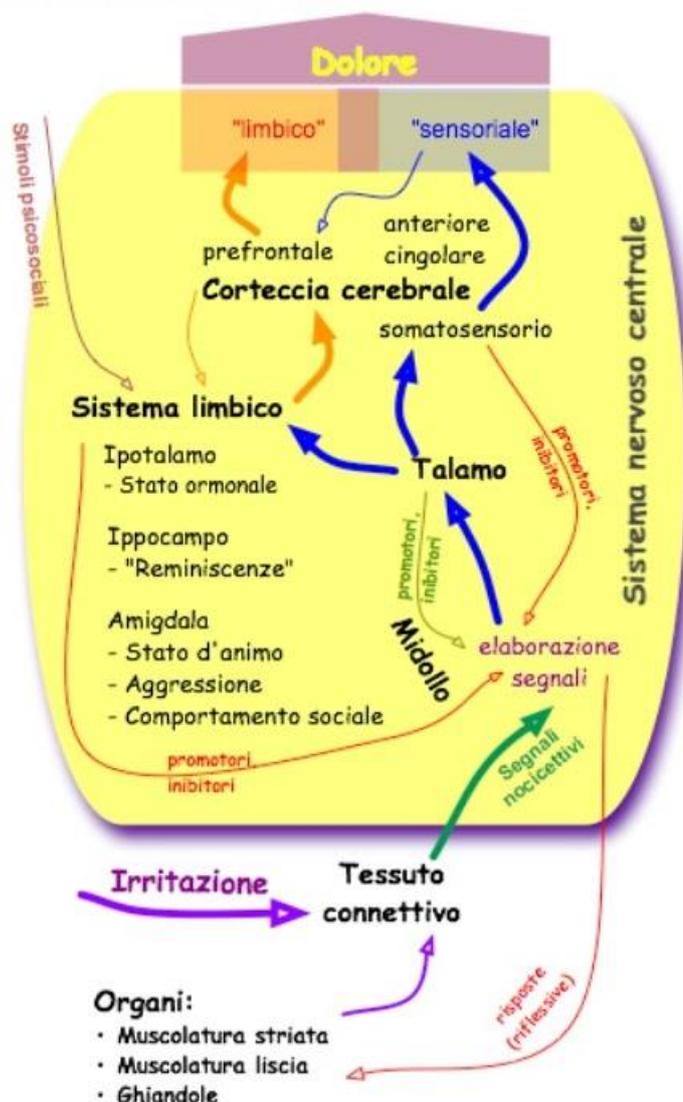
La ratifica: ”hai visto dove sei arrivato con il braccio?” ”vedi che adesso puoi appoggiare il piede?”

La gratificazione: ”bravo” ”oggi hai lavorato bene” ”complimenti per la resistenza” sono piccoli messaggi che hanno un grande effetto sull’autostima.

Un altro concetto fondamentale del quale tenere conto è che il dolore è sempre soggettivo,per quanto la nostra esperienza possa portarci a pensare che in certe condizioni una mobilizzazione possa essere più che sopportabile non dovremmo commettere l’errore di sottostimare la sensazione del paziente.

Il dolore è definito come “una esperienza sensoria ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tissutale reale o potenziale o descritta nei termini di tale danno”, noi possiamo avere una generica idea dell’esperienza sensoria del paziente ma sicuramente non conosciamo quella emotiva.

La figura schematizza le due vie del dolore: una che passa dal Talamo e arriva alla Corteccia Cingolata Anteriore (CCA) e che risponde ad uno stimolo nocicettivo ed un'altra che dal Talamo passa attraverso il Sistema Limbico prima di arrivare alla Corteccia Prefrontale.



Gli studi di Crawford prima e De Pascalis poi fino ad arrivare a quelli di Casiglia hanno messo in luce grazie all'utilizzo delle nuove tecniche di *neuroimaging* che permettono di studiare il cervello in vivo come con l'Ipnosi sia possibile creare analgesia a causa della diminuzione dell'attività nell'emisfero destro (precisamente nell'area motoria somatosensoriale supplementare), nella CCA, nell'Insula e nel Talamo, in queste zone si crea una riconfigurazione delle attività funzionali che riduce l'intensità del dolore fino ad inibirla del tutto.

Rimane ancora non chiaro come l'attività corticale indotta dall'ipnosi possa innescare i processi frontali d'inibizione degli stimoli dolorosi, come cioè il sistema limbico che ha l'Ipotalamo, l'Ippocampo e l'Amigdala come strutture principali riesca a disinnescare la sgradevolezza dello stimolo, seppur abbiamo come evidenza il fatto che una persona euforica o in stato di shock senta meno il dolore di un ansioso o di chi si aspetta di provare dolore.

Gli stessi meccanismi di diminuzione della capacità di risposta agli stimoli esterni sono attivati dal semplice rilassamento e dallo stato di *absorption* (totale concentrazione o coinvolgimento in un pensiero), è interessante notare due risposte neurofisiologiche opposte: nel caso del rilassamento si nota una diminuzione di flusso sanguigno nel Talamo e nella CCA mentre nel caso dell'*absorption* nelle stesse aree si verifica un aumento del flusso.

Possiamo indurre o stimolare sia il rilassamento che l'*absorption* con l'utilizzo di parole, suggestioni o gesti al fine di facilitare la creazione di quel monoideismo plastico caratteristica essenziale ed imprescindibile della nostra CI.

5. Recupero Funzionale

Dopo avere ottenuto una buona parte della articolarietà si passa al recupero funzionale; qui è richiesta la piena partecipazione del paziente sia durante la seduta sia al di fuori della stessa.

Conoscere l'ambiente familiare, il lavoro, le abitudini ci fornisce idee per calibrare con efficacia questa fase: con alcuni possiamo usare quello definito da Erickson come "approccio strategico" cioè creare un contesto di auto organizzazione per favorire la terapia, rendere il paziente completamente responsabile della sua guarigione facendo leva sulla sua capacità di crescita e adattamento, aumentandone l'autostima e la fiducia; saremo noi a fare azione di *empowerment*, ad incoraggiare la flessibilità, l'abbandono di schemi fissi e l'apprendimento di nuovi.

Questo metodo lo ritengo indispensabile quando c'è la necessità di correzione di posture o di fare dell'esercizio quotidiano al di fuori della seduta. Cambiare la postazione di lavoro, variare la posizione di guida, rallentare il passo, diminuire o aumentare il lavoro in palestra, perdere peso, alleggerire la borsa, usare il carrellino per fare la spesa sono pochi esempi degli innumerevoli cambiamenti che suggeriamo ai pazienti e che non tutti accettano: è nostro compito proporre ciò che sappiamo potrà effettivamente essere attuato.

Suggerire l'acquisto di un materasso ad un paziente che sappiamo non poterselo permettere economicamente creerà distacco e perdita di fiducia lo stesso succederà se proponiamo come condizione indispensabile alla guarigione l'utilizzo di scarpe da ginnastica ad una donna che lavora in un ufficio dove è richiesto un certo tipo di abbigliamento.

In altri casi si può optare per l'”approccio naturalistico” creando l'aspettativa che il cambiamento, la guarigione avverrà spontaneamente ed in modo naturale, fisiologico: il dolore algodistrofico post-trauma può essere un esempio come anche certi dolori neuropatici post-intervento. Eviteremo quindi di illudere il paziente dicendo che la fisioterapia sarà risolutiva ed eviteremo anche qui, perdita di fiducia e di convincimento.

I dati raccolti fino a qui ci sono utili per suggerire quelle immagini mentali che ci portano alla realizzazione dei monoideismi plastici:

“immagina di nuotare in un bel mare azzurro” mentre si lavora attivamente su una rotazione di spalla

“immagina di raccogliere un frutto da un ramo alto” mentre si chiede una distensione dell'arto

“pensa di stringere tra le dita una pallina da golf” mentre si ricerca il ripristino della prensione.

Questo è il monoideismo: la creazione di una idea, di una

immagine mentale capace di stimolare una risposta sul piano psicosomatico.

Quando si immagina se stessi compiere un gesto si stanno creando dei *patterns* neurali specifici, esattamente come se stessi compiendo realmente gli stessi movimenti. Ancora una volta è grazie alle risonanze magnetiche funzionali che ricercatori come Derbyshire e Ritcher hanno potuto dimostrare come alcune aree corticali deputate al controllo del movimento volontario abbiano un ruolo specifico anche nella semplice visualizzazione del movimento e studi sperimentali confermano che immaginare di compiere un gesto risulta in un iniziale reclutamento del sistema motorio.

D'altronde sono conoscenze ampiamente sfruttate nell'ambito sportivo per il miglioramento del gesto atletico o della performance, dallo sciatore che percorre mentalmente il tracciato prima della gara al nuotatore che si immagina già in vasca prima ancora di tuffarsi, vengono allertati e preparati i percorsi neurali per facilitare lo svolgimento di funzioni motorie.

Possiamo quindi suggerire ad un paziente che necessita di rieducazione al passo a seguito di un gesso agli arti inferiori di prendersi una ventina di minuti al giorno, magari prima di addormentarsi, per immaginare se stesso (in prima o terza persona) camminare in un posto che gli è familiare (in questo modo

aggiungiamo anche lo stimolo emozionale).

Oppure come mi è capitato di recente, per il recupero della prensione a seguito di immobilizzazione da gesso, ad un paziente che sapevo appassionato tennista consigliare di fare esercizio a casa immaginando di impugnare la racchetta, un espediente che già durante i trattamenti portava ad un notevole incremento del reclutamento muscolare.

6. Conclusioni

Gli esempi dell'utilizzo della CI sono tanti quanti i pazienti con i quali si interagisce, non c'è nessuno schema prestabilito, nessuna tecnica definitiva o “parola magica”.

Sperimentarla nella pratica quotidiana è l'unico modo per migliorarla e farla propria e posso dire che ha sicuramente modificato il mio modo di relazionarmi con il paziente. Sapere di avere un'arma in più a disposizione è stimolante; verificarne il funzionamento, adattarla su persone diverse, cambiare tecnica e approccio ha aggiunto un ulteriore stimolo al mio lavoro di Fisioterapista che qualche volta rischia di trasformarsi in una routine di patologie piuttosto che di appuntamenti con persone.

Per quanto non sia stata una completa sorpresa, mi ha entusiasmato la scoperta dello stretto rapporto tra mente e corpo e di come i recenti studi siano riuscito a dimostrarlo, ciò mi ha lasciato la voglia e la curiosità di iniziare l'approfondimento allo studio della PsicoNeuroEndocrinoImmunologia, alle tecniche della Mindfulness o della *Mental Imagery* e soprattutto della Psicologia al fine non solo di migliorare la costruzione del rapporto terapeuta/paziente ma anche di approfondire la conoscenza e la consapevolezza di me stesso.

7.Bibliografia

Casiglia E. *Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza*
Cleup,2015