



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

***LA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN UN PAZIENTE AFFETTO DA
MALATTIA DIMÉNIÈRE***

Candidato

Sassi Alessandra

Relatore

MILENA Dott.a MURO

SOMMARIO

CENNI STORICI

L'IPNOSI

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

LA MALATTIA DI MÉNIÈRE

LA STORIA DI ANNA

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA CON ANNA

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

Cenni storici

Nel 1972 Charles Arthur Mesès scrive di una seduta ipnotica ritrovata incisa su una tele egizia del 1500 a. C. circa.

Si hanno testimonianze di sedute ipnotiche praticate già da Aztechi, Maya nonché tra i nativi americani e indiani, ma per lungo tempo la spiegazione di questi fenomeni venne attribuita a poteri religiosi.

La svolta in ambito scientifico si ebbe nel 1772 grazie al medico tedesco Franz Anton Mesmer, discepolo di Hell, il quale riteneva esistesse una correlazione tra lo stato di malattia e il “magnetismo animale” (a differenza del suo maestro che credeva nell'esistenza di un magnetismo gravitazionale). Le teorie del medico vennero presto smentite da apposite commissioni scientifiche (a cui parteciparono tra l'altro B. Franklin, A. Lavoisier, J.I. Guilliton) istituite dal re Luigi XVI ma, a Mesmer, va riconosciuto il merito di aver capito l'importanza della relazione terapeutica tra medico/paziente.

L'abate Faria apprese l'arte della “magnetizzazione”, spostò però l'attenzione dal magnetizzare al soggetto. Secondo l'abate i fenomeni sono possibili solo grazie alla “concentrazione” del soggetto e quindi inizia ad adottare una nuova tecnica ipnotica basata sulla postura e fissazione di una mano.

Nel 1829 fu eseguito il primo intervento chirurgico con anestesia ipnotica su una paziente a cui viene asportata una mammella. Nonostante il pieno successo dell'uso dell'ipnosi per creare analgesia, anche in ambito chirurgico, si ebbero pesanti critiche riguardanti l'uso dell'ipnosi.

James Braid, dopo essere rimasto affascinato da uno spettacolo sul magnetismo, revisionò le teorie di Mesmer e nel 1843 pubblica *Neurypnology* (il prefisso hypn venne coniato circa vent'anni prima) in cui definisce l'ipnosi come “un sonno nervoso” indotto tramite un sovraccarico nervoso.

Braid tolse dunque l'attenzione dai fluidi magnetici per concentrarsi sull'importanza dei mezzi adottati dallo sperimentatore, strumenti, in grado di modificare i centri nervosi dell'ipnotizzato, utilizzando il concetto di suggestioni e di monoideismo.

La scuola di Nancy e della Salpêtrière diedero un grande impulso all'uso della terapia ipnotica, fino a quando Freud non la sminuì a fronte della sua nuova tecnica psicoanalitica.

Fu solo dopo la seconda guerra, visto soprattutto l'aumento delle nevrosi post traumatiche, che la comunità scientifica mutò positivamente l'atteggiamento nei confronti dell'uso dell'ipnosi.

Propulsore di tale cambiamento furono sicuramente gli studi di Milton Hyland Erickson.

Il medico statunitense, intuì l'importanza dell'uso del linguaggio nell'evocare suggestioni, sostituendo l'uso dell'autorità o dell'imposizione, a strategie linguistiche (e non) quali, ad esempio, la metafora, l'aneddoto, la fiaba letteralmente “*cucite addosso*” ossia create ad hoc per quella persona dopo alla averla accuratamente *osservata e ascoltata*.

Per un lungo periodo in Italia si è assistito ad un lento declino dello studio delle pratiche ipnotiche solo nel 1956 si assistette alla nascita di un'associazione medica, (A.M.I.S.I) impegnata nel promuovere e diffondere gli studi sull'uso dell'ipnosi.

Nel 1965 il Guantieri fonda a Verona il centro di ipnosi clinica H. Bernheim e nello stesso anno Granone fonderà il centro di ipnosi clinica e sperimentale ospedaliera italiana annesso ad una struttura neurologica dell'ospedale di Vercelli, divenuto poi centro di ipnosi clinica sperimentale C.I.I.C.S nel 1979.

Possiamo dunque considerare F. Granone, G. Mosconi, L. Peresson, G. Guantieri come i quattro pionieri dell'ipnosi italiana, essi assumeranno una nuova e diversa posizione rispetto sia ai sostenitori dell'esistenza di un solo stato ipnotico, sia a coloro che ritenevano l'ipnosi come il mero frutto dell'immaginazione.

Secondo Granone ed altri, l'ipnosi è sì uno stato ipnotico, ma esso è strettamente in relazione al rapporto che si crea con l'altro (inteso sia come persona fisica o immaginata che sia).

L'ipnosi

Il vocabolario della lingua italiana Treccani definisce l'ipnosi come:

ipnòsi :s. f. [dal fr:hypnose, der. del gr:ὕπνος «sonno»]. – Particolare stato psicofisico, a carattere dinamico e non statico, con modificazioni della coscienza affini a quelle del sonno e con prevalenza delle funzioni rappresentativo -emotive su quelle critico-intellettive; può essere indotto da un operatore (ipnotizzatore) attraverso un rapporto interpersonale con il soggetto e con opportune tecniche di tipo psicologico, ma può essere anche autoindotto, per mezzo di spontanei monoideismi suggestivi e altre tecniche:essere in stato di i. (e, in similitudini, agire come in uno stato di i., in condizione di quasi incoscienza). Vi sono vari stati di ipnosi, da quella cosiddetta «vigile» in cui il soggetto, pur nelle condizioni di coscienza della veglia, non riesce a sottrarsi al dominio di un'idea imperante, a quella della trance sonnambolica con dissociazione della personalità e personalità alternante.

Questa definizione, a mio avviso, non mette sufficientemente in risalto la parola *monoideismo* ponendo forse più in risalto le parole sonno e sonnambulismo. Nonostante l'etimologia greca della parola, oggi si può affermare con certezza che:

l'ipnosi non è sonno.

Come dimostrato dagli studi condotti, ad esempio nei soggetti sottoposti ad ipnosi, l'elettroencefalogramma non coincide con quello del sonno, né tanto meno si osservano alterazioni dei riflessi come quelli che avvengono durante le fasi del sonno.

L'ipnosi dunque:

*non è sonno,
non è magia,
non è influenza di liquidi o cose.*

Il professor Granone ha definito l'ipnosi come:

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

L'ipnosi è dunque uno stato di coscienza modificato raggiunto tramite il suggerimento di un *monoideismo* ossia di una sola idea nella nostra mente in grado di modificare un nostro comportamento.

La comunicazione ipnotica

La comunicazione ipnotica è una tecnica di comunicazione che, adoperata da operatori addestrati, è in grado di *guidare* un soggetto al fine di portarlo al raggiungimento di un alterato stato di coscienza affinché possa realizzare un monoideismo.

Nell'approcciarsi alla comunicazione ipnotica ogni operatore deve però avere impresso bene nella sua mente che prima di ogni cosa occorre

ACCOGLIERE

l'altro nella sua totalità di persona accettando ogni sua esperienza senza permettersi mai di sminuire o giudicare il suo vissuto.

Espresso in questi termini questo concetto può sembrare di facile comprensione, ma io ne ho compreso appieno il significato solo dopo la visione di un breve filmato.

Nel video si osservava semplicemente un gatto che ruotava su se stesso. Interrogata la platea sul verso su cui ruotava il gatto (orario/antiorario) si sono avute risposte contraddittorie, eppure tutti avevano visionato lo stesso filmato. Com'è possibile l'esistenza di risposte diverse?

Come posso affermare che quello che l'altro vede, diverso da quello che vedo io, non sia vero o reale?

Esistono *verità diverse* perché la *realtà*, genera *esperienze/verità che sono strettamente personali e come tali possono non coincidere con le nostre*. La risposta corretta alla domanda precedente è dunque :” Tu hai ragione, e io non ho torto!!

Dopo aver capito che possano esistere verità/realtà diverse ho compreso che commettevo un ***grandissimo errore*** quando i pazienti mi dicevano:

”...*ho paura....sono preoccupato....*” e io rispondevo loro: ”...*non deve preoccuparsi...*”

perché non consideravo come vera/sminuivo una loro esperienza vissuta in quel momento.

Oggi, quando un paziente mi dice queste parole la mia risposta è:

” si vede, dai suoi occhi, o dal suo tremore, che è preoccupato, io sono qua e rimarrò con lei per tutta la procedura per accompagnarla in questa nuova esperienza”.

Un'altra cosa che mi ha colpito molto durante il corso è stata una slide presentata dalla Dottoressa Milena Muro riportante una frase di Talete da Mileto:

” gli dei hanno dato agli uomini due orecchie e una bocca per poter ascoltare il doppio e parlare la metà”

credo che a questa frase si potrebbero aggiungere anche i due occhi perché un' altro aspetto fondamentale nella comunicazione, soprattutto quella ipnotica, è ascoltare/osservare chi abbiamo di fronte perché solo ascoltando e osservando l' altro attentamente saremo in grado di accoglierlo veramente.

Prima di iniziare un'ipnosi occorre dunque creare un *rapporto di fiducia accogliendo* l' altro per far sì che egli possa aumentare la fiducia e diminuire le sua critica/resistenza in modo da permettergli di accettare un monoideismo .

Per creare questo rapporto è molto utile:

A) Utilizzare lo stesso canale comunicativo del paziente: uditivo, visivo cinestetico (osservando/ascoltando si può capire il canale comunicativo preferenziale).

B) Chiamare per nome la persona: affinché si possa sentire come *unico* e il trattamento a cui si andrà a sottoporre creato appositamente sulla sua persona

C) osservare ed ascoltare **rimandando/ricalcando** ciò che osserviamo ad esempio: *”...io vedo che le tue mani sono....oppure ricalcando con i gesti la sua postura”* ottenendo dei feedback positivi ad esempio: *” si è vero, è proprio vero, è giusto, sono d'accordo...oppure ricalcando i gesti...”* il cosiddetto **yes set** (*farsi dire di si*).

D) Trasmettere empatia: ad esempio sorridere per attivare i neuroni specchio.

E) Gratificare la persona: ad esempio ripetere le parole bene, molto bravo, sta facendo un ottimo lavoro...

F) Utilizzare truismi ovvero verità ovvie e incontestabili, ad esempio “...ha visto come piove...?”, “...Ha trovato posto oggi per fare la visita...?”, sono tutte cose vere e inconfutabili la cui risposta affermativa va a rinforzare lo yes set.

Quando si utilizza il linguaggio verbale occorre prestare particolare attenzione all'uso di determinate parole tra cui:

→ uso dei verbi modali: *dovere-potere-volere* a seconda che si voglia esprimere una limitazione, una possibilità o un atto di volontà.

→ **Perché:** utilizzandolo sia per porre una domanda esplorativa ad

esempio: "...perché mi dice questo...?"

sia come *spiegazione* (pur banale che sia) per promuovere all'azione rendendo il soggetto più partecipe all'azione, ad esempio: "...sollevi la maglietta perché possa visitarla..."

→ **connettivi:** servono per creare legami e unire le frasi, ad esempio: "...se questo è vero anche quello è vero E quindi anche l'altro sarà vero..."

→ **parole e frasi positive:** gioia, felicità, piacevole, fiducia, calma, cortesia, sorriso, urrà sono solo alcuni dei tanti possibili esempi di parole positive. Esse generano sensazioni piacevoli e a differenza di quelle negative *non generano nessun dubbio né impossibilità di riuscita o implicitamente di sensazioni spiacevoli*. Se ad esempio domando: "...TI DISTURBO?" trasmetto già l'idea di qualcosa di "sgradevole" poco piacevole legata alla parola disturbo.

E' bene allora trasformare le frasi da negative a positive, riferendomi all'esempio precedente è preferibile esprimersi con le parole: "Sei libero? È un buon momento?" Si esprime lo stesso concetto senza aggiungere nessuna nota spiacevole/negativa.

Analogamente l'uso della parola **non è da limitare/evitare** perché genera incertezza ma anche perché poco lineare per il nostro cervello. Se ad esempio dico: "... non ti muovere.." il primo messaggio che arriva al cervello è quello del movimento che poi dovrà ratificare il comportamento iniziale. Risulta essere molto più comprensibile, lineare e immediato dire: "...rimani fermo...", è molto più semplice e intuitivo recepire affermazioni (anche e- (ventuali imposizioni) espresse in modo positivo.

Al fine di aumentare la fiducia e diminuire la critica si possono, a seconda del contesto, adottare altre tecniche quali ad esempio:

→ **illusioni di scelta:** non è importante la scelta del soggetto, ma "illudendolo" si sposta l'attenzione dal vero obiettivo. Ad esempio chiedere: "...preferisci mangiare dolce o salato?" Non è importante cosa sceglierà il soggetto, il vero obiettivo è farlo alimentare.

→ **focalizzazione dell'attenzione:** si chiede al soggetto di prestare particolare concentrazione su un oggetto o una sensazione, ad esempio. un profumo nell'aria, un rumore, il respiro etc. depotenziando/spostando così la sua attenzione da ciò che per lui era più importante

→ **suggerire di eseguire numerosi compiti:** analogo al precedente serve per distrarre e diminuire la critica, "togliendo energia"/attenzione all'oggetto che genera sensazioni spiacevoli. Si può chiedere ad esempio di contare, soffiare, aprire chiudere gli occhi, muovere le dita etc.

- *rassicurazioni indirette*: attraverso esse si trasmette un messaggio che implicitamente rimanda a sensazioni piacevoli, dire ad esempio: " ...*al tuo ritorno da...mi ritroverai qua...* " implica che ci sarà un ritorno da quel luogo che genera ansia e timore.

Solo dopo aver accolto e creato un rapporto di fiducia con il soggetto e stipulato più o meno implicitamente un "contratto" (ovvero aver spiegato l'obiettivo di ciò che andremo a raggiungere) possiamo passare all'induzione ipnotiche che consentirà di introdurre una suggestione ovvero un MONOIDEISMO: una sola idea nella nostra mente in grado di modificare un comportamento.

Esistono svariate tecniche per indurre l'ipnosi sono tutte valide ma, come ha osservato molto correttamente Granone :

" esse servono in determinate condizioni di tempo e di luogo soprattutto a chi se l'è create e fatte proprie "

Possiamo distinguere due tipi di tecniche ipnotiche:

INDIRETTE o IMPLICITE: sono di tipo ericksoniano e utilizzano per lo più strategie comunicative quali ad esempio l'uso di:

- *metafore, fiabe, suggestioni*;
- *truismi*;
- *presupposizioni*;
- *a finale aperto*: si suggerisce che avverrà un cambiamento, ma indipendentemente dalla sua avvenuta il risultato sarà comunque un successo. Ad esempio: "...presto la tua mano destra, oppure la sinistra, si solleverà oppure potrà rimanere ferma...potrebbe anche non accadere nulla *l'importante è la tua consapevolezza nel saper cogliere ogni sensazione piacevole di questo momento...*";
- *doppio legame*: si comunica alla persona che accadrà qualcosa considerandolo già come assodato ad esempio "...Vuoi andare in trance da seduto o sdraiato...?" si dà già per scontato che il soggetto andrà in trance;

DIRETTE o ESPLICITE: a loro volta esse possono essere di tipo verbale o non verbale.

tecniche verbali:

- focalizzazioni sensoriali di tipo esterno ad esempio fissare un punto

- preciso o un oggetto (dito);
- conto alla rovescia sincrono alla respirazione;
- aprire/chiudere gli occhi;
- tecniche di rilassamento progressivo/frazionato;
- tecniche di shock.

tecniche non verbali: posso essere adoperate, sia per scelta dell'operatore, ma anche quando ci si trova di fronte a situazioni particolari ad esempio una barriera linguistica oppure per la presenza di deficit uditivi, per la presenza di rumori eccessivi nell'ambiente circostante, etc. ect.

Fanno parti di tali tecniche ad esempio:

- *fissazione dello sguardo o fascinazione;*
- *stimoli alternati ai due emisferi:* possono essere di tipo visivo, uditivo o tattile ad esempio si può utilizzare ad esempio un oggetto come un pendolino, toccare alternativamente (sx/dx) una parte del corpo, schiacciare la dite una volta verso un orecchio poi verso l'altro, etc;
- *tecnica della pantomima.*

Indipendentemente dalla tecnica ipnotica scelta per proseguire nell'induzione dovremo attenerci a questo schema base:

1. focalizzazione su uno stimolo
2. descrizione/ricalco
3. suggestione
4. sfida
5. deinduzione
6. ancoraggio

1) *focalizzazione:* occorre scegliere uno stimolo su cui far focalizzare l'attenzione. Come visto in precedenza la scelta dello stimolo da adottare dipende dal contesto.

2) *descrizione ricalco:* descrivere al soggetto quali sono i comportamenti/sensazioni ciò che osserviamo in lui per ottenere uno “yes set”. Si passa quindi al ricalco per amplificare l'intensità di una sensazione che è già presente, passando dal “..io vedo...” al “tu puoi renderti conto che...”

3) *suggestione:* è il corpo dell'induzione, si suggerisce un'idea che sia grado di creare una nuova esperienza corporea quali ad esempio analgesia, immobilità, benessere, rilassamento etc. Gli esempi possono essere i più diversi e svariati possibili, per suggerire immobilità ad esempio si può far immaginare che quella

parte sia ingessata, oppure la parte di una statua etc.

4) *sfida*: non è un elemento strettamente necessario all'induzione, serve per testare la tenuta della suggestione, ovviamente in caso di insuccesso, l'operatore non deve interrompere la seduta bensì recuperarla;

5) *deinduzione*: serve per riportare il soggetto qui ed ora;

6) *ancoraggio*: è probabilmente il "regalo" più grande che possiamo fare al paziente *RESTITUENDOGLI* ciò che ha sperimentato per permettergli di riprodurre, in autonomia e in ogni momento, le sensazioni piacevoli che ha sperimentato.

Vi sono alcuni indicatori utili a valutare il raggiungimento dello stato ipnotico. Sono cambiamenti che si manifestano in modo spontaneo e volontario nell'aspetto e nel comportamento, alcuni di essi:

- *distensione facciale*;
- *flutter palpebrale*;
- *dilatazione pupillare*;
- *lacrimazione*;
- *sudorazione*;
- *variazione del tono della voce*;
- *variazione del respiro*;
- *sguardo fisso/assente*;
- *rilassamento generale*;
- *LE.CA.MO.I.A.S.CO*: è un acronimo che rappresenta varie possibili suggestionabilità della persona:

- LE : ad indicare la levitazione;
- CA : ad indicare catalessi, capacità di indurre l'immobilità;
- MO : ad indicare movimenti automatici rotatori;
- I : ad indicare inibizione movimenti volontari;
- A : ad indicare analgesia
- S : ad indicare sanguinenamento (ridotto per vasocostrizione)
- CO : condizionamento, serve per le induzioni successive o autoinduzioni ossia ancoraggio.

Considerando già avvenuta la fase di preinduzione (accogliere) quello che segue potrebbe essere l'esempio di una possibile induzione:

"...bene signor (e lo si chiama per nome) oggi sperimenterà qualcosa di nuovo per affrontare al meglio quest'esame. Le chiedo di mettersi comodo perché così sarà ancora più facile per lei eseguire questo semplice esercizio....le chiedo di

inspirare tenendo gli occhi aperti ed espirare chiudendo gli occhi...ecco esatto proprio come sta facendo adesso...e più continuerà a farlo più potrà accorgersi che delle due fasi ...la più piacevole, è quella in cui l'aria esce e gli occhi si chiudonoe si potrà rendere conto che per aprirli è necessario fare uno sforzo ed è più piacevole, tenerli chiusi...continui così ... bravo...molto beneora che le sue palpebre sono chiuse, può anche rendersi conto che le sue spalle sono più abbassate...la sua testa leggermente inclinata...il suo respiro più lento...e può rendersi conto di quanto è in controllo e allora lasci che il suo corpo vada in un posto che la fa sentire bene, felice, protetto, accolto, io non so quale può essere per lei questo posto, magari è la meta di un viaggio che ha fatto in passato o che farà in futuro... oppure il ricordo di un luogo a lei particolarmente caro, ...bene....e quando avrà realizzato nella sua mente quell'immagine, con i suoi colori...odori...rumori le chiedo gentilmente di sollevarmi un dito della mano destra....ottimo...molto bene...e ogni qualvolta vorrà riprovare questa sensazione così piacevole e gradevole...non dovrà far altro che stringere il pugno della sua mano destra, adesso la mia mano la aiuterà...così ...in questo modo, bravo...oggi ha sperimentato questa sua grande capacità di sentirsi bene e di stare bene...Bene signor...le chiedo di fare un bel respiro e quando avrà buttato fuori l'aria...tornerà qua con me..."

Malattia di Ménière

La malattia di Ménière fu descritta la prima volta nel 1862, dal medico francese Prosper Ménière, che ebbe il grande merito di associare, per la prima volta, all'orecchio interno una sintomatologia che fino ad allora veniva sistematicamente attribuita al sistema nervoso centrale.

La malattia si manifesta con crisi vertiginose, della durata più o meno variabile, presenza di disturbi audiovestibolari (acufeni e sensazione di orecchio ovattato) ipoacusia degenerativa.

La sintomatologia è dovuta all'insorgenza di idrope endolinfatico ossia un aumento di endolinfa (o dal suo mancato riassorbimento), il liquido circolante all'interno del labirinto e della coclea dell'orecchio interno.

La malattia può verificarsi a qualsiasi età, ma i sintomi iniziano tipicamente tra i 40 e 60 anni, nei bambini è più spesso associata a malformazioni congenite dell'orecchio interno.

L'incidenza è difficile da determinare a causa della mancanza di criteri diagnostici ampiamente accettati.

In Italia il tasso di incidenza è compreso tra 8 e 42,5 /100000 casi/anno, in Europa il tasso d'incidenza varia da 10-20 a 157/100000 casi/anno, nel mondo tra 16 e 400/100000 casi/anno con una lieve prevalenza del sesso femminile.

Nella maggior parte dei casi la malattia è idiopatica, tuttavia vi sono fattori considerati favorenti e scatenanti l'idrope:

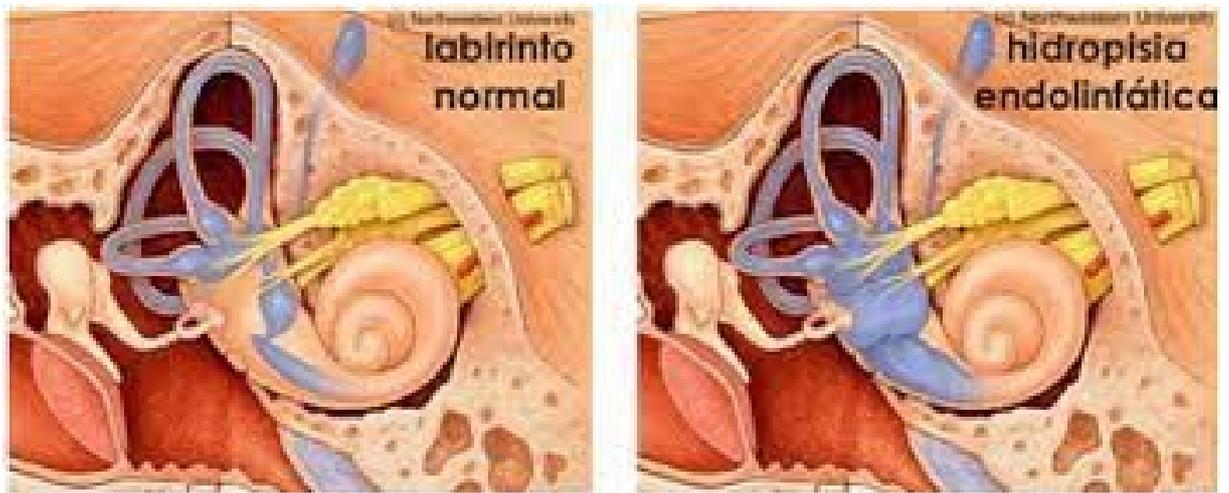
- malformazioni dell'orecchio interno;
- ostruzioni del dotto linfatico;
- alterata assunzione di liquidi;
- traumi cranici;
- infezioni virali;
- stato di stress o affaticamento.

Il decorso della malattia è variabile, l'insorgenza è caratterizzata da una vertigine acuta ed intensa dalla durata non definibile accompagnata da nausea e vomito, risolta la sintomatologia vertiginosa si assiste alla comparsa di sintomi uditivi quali:

- acufene;
- senso di pienezza auricolare;
- ovattamento fullness;
- ipoacusia.
-

Le crisi vertiginose si manifestano in modo imprevedibile e ad intervalli non

predeterminabili, con il passare degli anni esse tendono a scomparire lasciando però un peggioramento dell'ipoacusia e di disturbi quali acufeni e fullness con un aumento progressivo del disagio e conseguente isolamento dal mondo.



DIAGNOSI

La diagnosi della malattia è clinica ossia fatta dal medico sulla base della storia raccolta con il malato, tramite esami strumentali e dopo aver escluso altre possibili cause.

La diagnosi si basa su quanto proposto dal “Committee of hearing and equilibrium guidelines for diagnosis and evaluation of therapy in Ménière disease” del 1995.

Secondo quanto enunciato nel 1995:

la certezza della malattia si ha solo post mortem attraverso l'esame autoptico;

la malattia è definita da:

- * presenza di due o più episodi di vertigine della durata superiore di 20 minuti fino a 12 ore;
- * perdita uditiva a bassa/media frequenza;
- * sintomi uditivi fluttuanti quali acufene, tintinnio senso di pienezza auricolare;

la malattia è probabile o possibile: se si presenta un episodio di vertigine accompagnato da ipoacusia

Malattia di Ménière certa	Accertata con conferma istopatologica.
Malattia di Ménière definitiva	Due episodi o più di vertigini di durata non inferiore a 20 minuti Ipoacusia documentata da un audiogramma in almeno un'occasione Acufene o sensazione di pienezza auricolare
Malattia di Ménière probabile	Un episodio certo di vertigine Ipoacusia documentata da un audiogramma in almeno un'occasione Acufene o sensazione di pienezza auricolare
Malattia di Ménière possibile	Vertigine episodica senza ipoacusia documentata Ipoacusia neurosensoriale, fluttuante o stabile, con alterazioni dell'equilibrio ma senza episodi parossistici certi.

ESAMI STRUMENTALI:

- audiometria: l'esame può risultare negativo perché nelle prime fasi della malattia la perdita dell'udito può essere reversibile, inoltre il deficit si manifesta con una perdita neurosensoriale a bassa frequenza con un udito normale alle medie frequenze, solo con il tempo si manifesta un deficit a tutte le gamme di frequenze;
- prove vestibolari: servono per documentare la presenza di un danno all'interno del sistema vestibolare, tuttavia se eseguite all'insorgenza della malattia risultano pressoché normali;
- esami radiologici: la risonanza magnetica trova indicazione soprattutto per l'esclusione di lesioni a danno del sistema nervoso centrale;
- test per anticorpi: si eseguono andando a ricercare eventuali antigeni dell'orecchio interno, tuttavia tali esami risultano essere poco significativi;
- potenziale miogenico evocato vestibolare (VEMP): è un test promettente per la diagnosi e il monitoraggio della malattia, tuttavia risulta essere una tecnica emergente e non ancora standardizzata.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Diverse altre condizioni possono presentare sintomi simili alla malattia di Ménière e vengono prese in considerazione per la diagnosi differenziale.

Tali patologie includono:

- neuroma acustico: è caratterizzato da una perdita monolaterale e progressivo dell'udito, ma difficilmente si presenta con caratteristiche fluttuanti;
- sclerosi multipla: nella fase iniziale della malattia, quando ancora non sono presenti tutti i sintomi neurologici e la risonanza magnetica non mostra anomalie;
- attacchi ischemici transitori (TIA): i pazienti affetti da TIA difficilmente presentano deficit uditivi o sintomi audivestibolari come acufeni;
- sindrome di Cogan: malattia autoimmune caratterizzata da una sintomatologia audivestibolare e oculare.

TERAPIA

Ad oggi non esiste una terapia certa perché mancano dati certi e sufficienti sia per diagnosticare la malattia sia per il decorso altalenante della stessa.

La terapia non è comunque risolutiva, ma è per lo più rivolta al controllo della sintomatologia, occorre inoltre distinguere tra la terapia per la fase acuta e una preventiva.

Durante la fase acuta, caratterizzata da crisi vertiginose, nausea e vomito trovano un ottimo impiego i farmaci vestiboloplegici, antiemetici, cortisonici e benzodiazepine.

Trascorsa la crisi occorre iniziare fin da subito un percorso assistenziale in grado di ridurre l'intensità e la frequenza delle crisi vertiginose nonché la sintomatologia uditiva (acufeni e fullness) e la progressiva perdita dell'udito al fine di ridurre le disabilità legate alla malattia.

L'educazione sanitaria è dunque una parte importante nella gestione della malattia e prevede l'insegnamento e la promozioni di corretti stili vita:

- la dieta delle persone affette da malattia di Ménière dovrebbe essere a basso contenuto di sodio (1,0 /1,05gr/die) perché tale elettrolita va ad alterare l'omeostasi dell'orecchio interno causando un aumento dell'idrope.
- Moderatamente iperidrica ossia assumere un contenuto di acqua superiore ai 2 litri giornalieri.
- Limitare bevande contenenti caffeina, alcool, nonché nicotina poiché queste sostanze agiscono da vasocostrittori riducendo il flusso microvascolare del sistema labirintico.
- La riabilitazione vestibolare consiste in una serie di esercizi di equilibrio e movimenti finalizzati a migliorare il controllo della postura e l'attenuazione dei sintomi di instabilità legati alle vertigine.

La terapia farmacologica è improntata all'utilizzo di betaistina, diuretici e cortisonici perché sono in grado di ridurre l'idrope.

La betaistina, quando possibile, è da preferire ai diuretici perché non prevede il monitoraggio di elettroliti, funzionalità renale e pressione sanguigna.

Non esistono dati certi sull'efficacia di questi farmaci tuttavia se ne consiglia l'uso per i possibili effetti benefici a scapito dei bassi rischi di effetti avversi.

E' utile valutare la gravità dei sintomi per poter intraprendere eventuali ulteriori trattamenti considerati più invasivi.

Tali trattamenti prevedono l'uso di cortisonici (sia per il loro effetto antinfiammatorio che per per quello immunosoppressivo) somministrati per via sistemica oppure direttamente per via intra-timpanica, qualora vi siano troppe intolleranze o comorbidità nell'assunzione.

Si possono inoltre attuare terapie semidistruttive o distruttive quali l'instillazione di gentamicina intratimpanica (effetto ototossico), labirintectomia chirurgica oppure decompressione/denervazione del sacco linfatico per la riduzione dei sintomi, ma tali strategie devono essere attentamente valutate qualora vi sia conservazione dell'udito nell'orecchio interessato da acufeni.

La storia di Anna

Anna è una donna di 52 anni che nel corso dell'anno 2018 vede la sua vita stravolgersi completamente.

Nel corso di una giornata di febbraio viene colta da improvvise e tremende crisi vertiginose che la costringono a rivolgersi al 118 per essere accompagnata al pronto soccorso.

Da quel giorno inizia quello che lei definisce come il suo personale calvario, rimarrà ricoverata fino al mese di giugno quando sarà dimessa con la diagnosi di :

“ IPOACUSIA FLUTTUANTE DX, ACUFENI OMOLATERALI E SINTOMI VESTIBOLARI SPORADICI IN PZ CON PREGRESSA ANACUSIA SX, IN VEROSIMILE SINDROME DI MÉNIÈRE ”

Nel corso del ricovero venivano eseguiti diversi esami audiometrici che evidenziavano all'ingresso ipoacusia neurosensoriale dx di entità medio lieve, anacusia sx, mentre alla dimissione si osservava un recupero uditivo destro di circa 10 dB su toni medi.

Tra gli altri esami a cui fu sottoposta :

- ➔ POTENZIALI EVOCATI UDITIVI (ABR) che confermavano l'ipoacusia sx, latenza dell'onda V nella norma e l'onda I non chiaramente identificabile.
- ➔ RISONANZA MAGNETICA eseguita con mezzo di contrasto mostra minute aereole di alterato segnale T2, iperintense in sede sottocorticale frontale media bilateralmente, prive di restrizioni della libera diffusibilità dell'acqua in sequenza DWI, di significato gliotico come da verosimili esiti ischemici in territorio del piccolo circolo. Spazi liquorali periencefalici e cavità ventricolari normo rappresentate per età. Struttura della linea mediana in asse.
Lo studio di dettaglio dell'angolo ponto-cerebellare e dei CUI, condotto con sequenze B_EFE e T1SPIR post mdc ha documentato regolare morfologia ed intensità di segnale delle strutture del pacchetto acustico-facciale in assenza di segni di patologico enhancement.
- ➔ VISITA REUMATOLOGICA: non emergono elementi sospetti per la sindrome di Cogan, sindrome di Susac né per altre patologie autoimmuni sistemiche di competenza reumatologica;
- ➔ ECG ed ECOCARDIO: nella norma;
- ➔ ESAMI EMATOCHIMICI: nei limiti emocromo, funzionalità epato-renale, PCR, TSH, coagulazione elettroliti ed elettroforesi sieroproteica.

Anna veniva sottoposta a 2 cicli in camera iperbarica più un trattamento intensivo per la cocleo labirintopatia a base di cortisone e glicerolo con una risoluzione completa della sintomatologia vertiginosa e solo un miglioramento per quella uditiva.

Dal momento della dimissione ad oggi è seguita presso il centro acufeni in cui le propongono una protesi acustica per l'orecchio destro.

E' stata sottoposta al THI (Tinnitus Handicap Inventory) che risulta di grado 4 ossia catastrofico, ha quindi frequentato, su consiglio dello psichiatra e dello psicologo, solo per poche sedute, il centro di Mindfulness, perché, per sua stessa ammissione si trova spesso in una grande stato di vulnerabilità e stress causatole dall'acufene.

La vita di Anna oggi è molto cambiata rispetto a quando le è stata fatta la diagnosi di malattia. Si è recata più volte al pronto soccorso perché in preda a crisi vertiginose e acufeni per lei intollerabili, vista dai diversi specialisti ha capito ben presto che non esiste una cura che possa aiutarla in questi momenti quindi se le condizioni glielo consentono rimane a casa sua ferma, sdraiata sul fianco sinistro al buio e nel silenzio più completo.

Anna vive sola, non ha nessun familiare che la possa supportare, la malattia l'ha portata sempre di più a chiudersi in se stessa isolandosi dal mondo e dalle altre persone, perché ritiene che all'interno della sua abitazione sia più protetta mentre all'esterno teme che i suoni, eventuali stress, le interazioni con altre persone possano in un qualche modo "sovraccaricare" il suo sistema uditivo e portarla ad avere una crisi. Trascorre quasi tutto il suo tempo libero da sola, ricercando continuamente in rete specialisti e non in grado di poterla curare, magari definitivamente, dalla malattia. Questa sua ricerca di "un qualcosa" di miracoloso l'ha portata a seguire svariate terapie più o meno convenzionali.

Attualmente (da circa 8 mesi) assume cinque gocce di Clonazepam e una compressa di Levosulpride da 25 mg al giorno il suo regime dietetico prevede una dieta a basso contenuto di sodio (inferiore 0,5 mg/die), priva di glutammato monosodico di latticini nonché di alcool e caffè, beve al giorno circa 2 litri di acqua a bassissimo contenuto di sodio con benefici minimi per quanto riguarda la presenza di acufeni, che però la costringono ogni giorno ad enormi privazioni culinarie.

Nelle giornate in cui l'acufene è tollerabile riesce a svolgere le normali attività della vita quotidiana, ma quando l'acufene inizia a "farsi sentire" è ulteriormente demoralizzata e scoraggiata dalla scarsa comprensione delle altre persone.

In effetti chi non conosce la malattia difficilmente è in grado di comprendere le sensazioni e le emozioni a cui è sottoposta durante una crisi.

Quest'incomprensione è dovuta al carattere di invisibilità e imprevedibilità del manifestarsi delle crisi, molti ed esempio non capiscono come sia possibile che il soggetto possa sentire e tollerare la voce umana, ma risulti completamente infastidito quasi inorridito da suoni diversi emessi a una tonalità addirittura più bassa di quelli emessi dalla voce.

La comunicazione ipnotica con Anna

In un primo momento, Anna era entusiasta di sottoporsi a sedute ipnotiche nella speranza che potessero darle un giovamento della sua sintomatologia probabilmente perchè sarebbe disposta a sottoporsi a qualsiasi cosa nella speranza di ridurre i sintomi dell'acufene.

In letteratura non esistono riferimenti legati all'uso dell'ipnosi per soggetti affetti dalla malattia di Ménière e l'entusiasmo iniziale di Anna è stato sopraffatto dal terrore che l'ipnosi potesse in qualche modo aggravare ulteriormente la sua sintomatologia.

Non mi è stato possibile sottoporla a sedute di ipnosi e valutarne nel tempo l'andamento. Un giorno però a sua insaputa, e non molto correttamente da parte mia, l'ho sottoposta ad una seduta ipnotica nella speranza di farle trarre dei benefici.

In quell'occasione, si trovava in una situazione di agitazione e forte stress emotivo causato per lo più da incomprensioni sorte in ambito lavorativo. Il suo disagio era palese:

”vagava” lungo il corridoio con un'andatura ondeggiante tendente a destra, con il volto corrucciato e contratto.

Le ho chiesto di raccontarmi cosa fosse accaduto a fatica, e con le lacrime agli occhi, mi ha spiegato che le incomprensioni erano sorte perché già dal primo mattino aveva iniziato a sentire *“confusione in testa”* che era peggiorata giunta al lavoro, quindi non era riuscita a svolgere completamente i suoi compiti e questo creava malumori all'interno del gruppo.

L'ho fatta accomodare su una sedia da ufficio sulla quale poteva appoggiare le spalle, le braccia sui braccioli, i piedi non toccavano per terra bensì sui supporti per le ruote ma poiché lei era ferma lo era anche la sedia.

Mi sono accertata, chiedendoglielo, che si trovasse a suo agio in quella posizione, dopodiché mi sono seduta di fronte dicendole che lei avrei insegnato un esercizio, che l'avrebbe sicuramente aiutata a proseguire il turno di lavoro senza ulteriori spiacevoli inconvenienti.

Le ho spiegato che l'esercizio consisteva nell'inspirare tenendo gli occhi aperti ed espirare chiudendo gli occhi, nel farlo le ho suggerito di *“sentire”* come fosse più fresca l'aria che entrava dal suo naso mentre quella che usciva dalla sua bocca era più calda. Dopo averla elogiata per come eseguiva l'esercizio (*“bene molta brava, continua così...”*), le ho riferito che osservavo un cambiamento nel *suo* corpo, le spalle si stavano abbassando sempre di più e i suoi occhi tendevano a rimanere chiusi per un tempo leggermente superiore a quello dell'inspirazione, le ho quindi suggerito, che forse, sarebbe stato più piacevole e meno faticoso tenerli chiusi e lei ha accettato il mio consiglio mantenendoli chiusi.

Dopo aver ratificato questo suo nuovo comportamento, le ho suggerito un

monoideismo con le parole:

*“bene, ora che i tuoi occhi sono chiusi ti puoi rendere conto di come di come sia piacevole questa situazione in cui sei **tu** ad avere il controllo del tuo respiro e dei tuoi occhi, e allora come sei stata in grado di controllare tutto questo ti chiedo di immaginarti altrove, magari al mare, che ami tanto, ma sono anni che non lo vedi, e allora ti ritrovi a passeggiare lungo il bagnasciuga, l'acqua della risacca è fresca e sembra farti il solletico ai piedi, ma più cammini più ti accorgi di come quel solletico sia diventato piacevole così come respirare a pieni polmoni e sentire il profumo della salsedine che si mescola a quello delle creme solari, che a me ricordano quelle del cocco e della vaniglia, se anche per te è così sollevami un dito della mano (ha sollevato l'indice della mano destra). Il profumo della crema solare è nell'aria perché in spiaggia ci sono tante persone che si godono questa giornata: il cielo è limpido, il sole ti scalda, non solo la pelle, sembra arrivare fin dentro fino le ossa... quasi ti volesse asciugare, è piacevole, ti fa star bene e ti fa proseguire nella tua passeggiata e mentre cammini puoi anche accorgerti che non sei sola e sei circondata da tanti suoni...un neonato che piange, bambini che si rincorrono e gridano, ragazzi che ascoltano musica ad alto volume, persone che come te camminano lungo il bagnasciuga con il cellulare in mano e puoi sentire stralci delle loro conversazioni, da uno stabilimento si sente l'immane annuncio che è stato ritrovato un bambino e i genitori sono attesi al tal bagno...nel bellissimo cielo terso e azzurro ogni tanto passa un elicottero, forse della guardia costiera, oppure un piccolo aereo che sventola uno striscione pubblicitario...e se ascolti bene in lontananza potrai sentire anche la sirena di una nave, oppure le grida del venditore di cocco che con le sue rime ti fanno sorridere...*

*ecco Anna hai potuto “sentire” quanti suoni ci sono, ma **tu ti senti talmente bene** che non ti fanno paura né ti infastidiscono perché sei meravigliosamente felice ed entusiasta e ancora ti chiedo di sollevare un dito se queste sensazioni ti appartengono(solleva indice mano dx).*

Ti chiedo allora di appoggiare la mano destra al tuo orecchio (accompagno il suo movimento con la mia mano) come per sentire il suono del mare dentro una conchiglia e di ripetere questo tuo gesto ogni qualvolta il rumore e la confusione dentro il tuo orecchio stanno aumentando per ritrovare questa serenità e questa piacevole energia che sei stata in grado di sperimentare ora. Molto bene, ora ti chiedo di fare un bel respiro e tornare qui con me.

Al termine di questa seduta ho osservato Anna, sicuramente il suo viso appariva più disteso, meno contratto, con uno strano sorriso che non saprei definire se non come un misto di gioia/catarsi/godimento/ebetismo.

Mi sono accertata che si sentisse bene e l'ho invitata a raccontarmi, se ne aveva voglia, le sue sensazioni. La prima cosa che mi ha detto, e mi ha colpito, è stata di *sentirsi più leggera*, come se qualcuno le avesse tolto un peso che non sapeva di portare, poi semplicemente mi ha detto: *“sto bene!!!”*, ho proseguito, perché volevo sapere come stesse andando la *“confusione in testa”*...mi ha guardato come

se stessi parlando una lingua sconosciuta...poi ha capito che mi stavo riferendo agli acufeni, mi ha spiegato che la “*confusione*” iniziale si era ridotta, non era più così forte, non era sparita completamente, era al suo livello quotidiano, quello con cui convive ogni giorno che suo malgrado è costretta a tollerare.

Trascorso un giorno e successivamente dopo una settimana ho chiesto ad Anna se era stata in grado di riprodurre, con il suo gesto, le sensazioni sperimentate.

La sua risposta è stata positiva, ovvero, la sera prima di addormentarsi avvicinando la mano destra all'orecchio ritrovava una piacevole sensazione di benessere e di calma.

Anna mi ha raccontato che negli ultimi mesi ha avuto altre due crisi importanti che l'hanno costretta ad un riposo forzato per alcuni giorni.

Le ho chiesto, se avesse utilizzato il suo gesto per ottenere anche un minimo beneficio, per la prima crisi, mi ha riferito che non si era nemmeno resa conto di poter provare a utilizzarlo come strumento d'aiuto, nella seconda occasione invece, ha provato ad avvicinare la mano all'orecchio, ma non è stata in grado di riprodurre nessuna piacevole sensazione.

Conclusioni

Una sola seduta di ipnosi svoltasi, difficilmente può considerarsi risolutiva per chi da anni soffre di questi disturbi.

In letteratura sono descritti casi di risoluzione della sintomatologia o perlomeno di un sostanziale sollievo dai sintomi, per questo, mi piace pensare che se si potessero ripetere altre sedute con un lavoro più approfondito anche utilizzando diversi suggerimenti e metafore e in special modo tenendo conto dell'adesione di Anna a questo tipo di strumento terapeutico, si potrebbe migliorare anche l'esperienza di Anna in modo da ottenere benefici più costanti e duraturi nel tempo.

Mi auspico di poter proseguire con il trattamento dato che, attualmente, la malattia condiziona molto negativamente la vita di questa persona ed è mio desiderio poterla aiutare.

Bibliografia

Trattato di ipnosi F. Granone 1962.

Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation on therapy in Meniere's disease. Am Acad Otol 1995:181-5.

Bell, S.L., Tyrrell, J. Phoenix, C. Ménière's disease and biographical disruption: where family transitions collide, Social Science and Medicine 2015: 166, 177-185.

MANUALE DI OTORINOLARINGOIATRIA V edizione Rossi G. 1994: 341-344

Otorinolaringoiatria II edizione Rossi G. 2008: 107-111

Incidence of Ménière's disease in Italy. Celestino D. Ralli G. Am J Otol 1991; 12 135-138.

Sentire l'acufene o soffrire di acufene. Bianchin G.2015:48-54

I Quaderni di Orphanet. Prevalenza delle malattie rare: Dati bibliografici. Novembre 2013 – Numero 1; 1-29.

Ménière's disorder. Clin Otolaryngol Wilmot TJ. 1979: 131-143.

Ménière's disease. Cawthorne T. Hewlett AB. Proc R Soc Med 1954: 663-670.

Okafor BC. Incidence of Ménière's disease. J Laryngol Otol 1984: 775-9.

Materiale didattico in uso per il corso di comunicazione ipnotica C.I.I.C.S anno accademico 2021.

