



Fondatore Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2024

**L'UTILIZZO DELLE METAFORE NELLA
COMUNICAZIONE IPNOTICA IN PAZIENTI
CON DOLORE**

Correlatore
D.ssa Marina Torresan

Relatore
D.ssa Milena Muro

Candidata
Stefania Gribaudo

INDICE

1. Prefazione.....	3
2. Introduzione.....	4
3. Materiali e Metodi.....	6
4. Cos'è l'ipnosi.....	7
5. La struttura dell'induzione.....	9
6. La metafora.....	10
7. Il dolore.....	15
8. Tecniche per il trattamento del dolore.....	18
9. Casi	24
10. Conclusioni.....	27
11. Allegato.....	28
12. Bibliografia.....	29

PREFAZIONE

Lavoro come infermiera nelle cure domiciliari sul territorio della V. Stura, V. Vermenagna, V. Gesso, Boves e Borgo S. Dalmazzo (Cuneo) e nell'ambulatorio di vulnologia di Borgo S. Dalmazzo; queste valli si trovano nella provincia di Cuneo, la cosiddetta Provincia Granda perché proprio come dice l'appellativo è un territorio vasto e disomogeneo.

I pazienti di cui mi occupo, hanno storie di un passato vissuto e abitudini molto differenti tra loro e tutto ciò richiede una buona flessibilità dell'operatore nel riconoscere i loro bisogni e nell'adattarsi alle loro modalità di soddisfacimento di questi bisogni. Partecipando ad un corso di aggiornamento sulla Vulnologia ho visto una presentazione del corso di formazione in ipnosi clinica offerta dal CIICS (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale....) di Torino che mi ha affascinato, incuriosito e stimolato ad iscrivermi.

E' stato molto importante e interessante riscontrare la ricaduta di questa mia nuova competenza sul vissuto dei pazienti, che da perplessi e a volte "spaventati" si sono mostrati interessati e piacevolmente predisposti a provare esperienze nuove che potevano lenire le loro sofferenze.

Inoltre è stato un percorso per me di accrescimento personale poiché inizialmente mi sono affacciata al mondo della comunicazione ipnotica con scetticismo, ma durante il percorso di formazione ne sono stata sempre più piacevolmente sorpresa e stimolata. E' stato importante per me comprendere meglio come funzioniamo, come saper usare le parole in modo adeguato ed efficace nella relazione/comunicazione con le persone e imparare la tecnica per offrire ai pazienti e loro familiari un'assistenza più personalizzata e di qualità.

INTRODUZIONE

Diversi studi hanno dimostrato la validità dell'ipnosi nel trattamento del dolore, ma anche come la vicinanza del personale infermieristico, contribuisce alla gestione del dolore e dell'ansia dei pazienti sottoposti a procedure antalgiche di tipo invasive.

Dimostrata l'efficacia dell'ipnosi applicata alla gestione del dolore, occorre però capire quale ruolo l'infermiere formato in ipnosi/comunicazione ipnotica può assumere nel team interdisciplinare che ruota attorno al paziente e come utilizzare l'ipnosi come tecnica complementare nella gestione del dolore. La letteratura infermieristica è ricca di interventi assistenziali ed educativi, alcuni comuni, altri più specifici rispetto al contesto ipnotico, tra questi:

- Interventi comunicativi: secondo [1]Muro (2015) gran parte del lavoro infermieristico applicato all'ipnosi ruota attorno alla comunicazione ipnotica conscia e inconscia e dal rapporto di fiducia che dipende tra ipnotista e paziente. Da questo ne deriva una responsabilità comunicativa che dipende dal tipo di parole utilizzate e dalle immagini simboliche evocate, dal tono di voce e dalla gestualità, dall'espressività. L'infermiere nella comunicazione deve quindi scegliere molto attentamente le parole da usare, entrare in relazione terapeutica con il paziente, porsi in posizione di ascolto, usare il nome proprio, motivare le azioni, evitare concetti negativi come "dolore, male, problema ecc..."; usare parole semplici, di uso comune e facilmente comprensibili; evitare l'uso della parola "non" in quanto ottiene l'effetto opposto alla negazione imposta; evitare il verbo "dovere" ma piuttosto usare il verbo "potere". Tutti questi suggerimenti sono solo alcuni esempi di molti altri stili comunicativi che possono essere utilizzati nella comunicazione ipnotica.

•Interventi divulgativi: hanno lo scopo di diffondere informazioni veritiere rispetto alla fenomenologia ipnotica, cercando di contrastare i pregiudizi derivanti dalla misconoscenza dell'argomento stesso.

•Interventi educativi: rispetto alla pratica dell'autoipnosi, l'infermiere può educare il paziente o i familiari ad indurre l'ipnosi in autonomia nel momento in cui ha accertato e valutato le capacità residue del paziente e/o del care-giver e l'ipnotizzabilità.

•Interventi di ricerca e didattica: l'infermiere può ricoprire il ruolo di ricercatore in questo campo così da approfondire le conoscenze rispetto all'ipnosi, alla sua applicazione e a nuovi possibili interventi infermieristici, svolgendo così il ruolo anche di formatore. L'infermiere ipnologo è dunque un nuovo sbocco professionale che ha preso piede in questi ultimi anni soprattutto nei centri di indagini diagnostico- endoscopiche, ma anche in sala operatoria, in radiologia, in emodinamica e in chirurgia. [2]Muro (2015).

MATERIALI E METODI

Questa tesi è il frutto in gran parte della revisione di letteratura scientifica (pubmed, google scholar), quindi il risultato dell'integrazione di articoli scientifici e libri di testo sulle evidenze scientifiche pertinenti a ipnosi, dolore, metafore, comunicazione ipnotica nella terapia del dolore e ruolo infermieristico nella pratica ipnotica oltre che la presentazione di alcune esperienze di induzione ipnotica su pazienti da me assistiti.

Inoltre proprio per facilitare nella pratica l'utilizzo dell'ipnosi ho costruito un dispositivo cartaceo illustrativo su quali metafore utilizzare a seconda di come definisce il paziente il dolore (per esempio uso del ghiaccio o di liquidi anestetici, ecc).

COSA E' L'IPNOSI

Per ipnosi, secondo la definizione fornita da Franco Granone, si intende: “uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente”. [3] L'aggiornata definizione d'ipnosi data dai didatti della scuola è: una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto.

Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica.

L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto-o etero-indotto più o meno plastico.

In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale.

L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motorî. [4].

L'effetto benefico di questo particolare stato di coscienza nella gestione del dolore, mediante il suo effetto sedativo e analgesico è una realtà che pur avendo radici antiche si può dire scientificamente ben consolidata grazie ai numerosi studi e metanalisi solo degli ultimi decenni [5, 6, 7,8].

Nella prima fase, la fase induttiva si verifica un primo cambiamento dello stato di coscienza, con un'accentuata presenza delle onde alfa tipiche degli stati di rilassamento (confermati in studi con EEG, elettroencefalogramma) e di distacco dalla realtà esterna. Inizia poi un passaggio dalle onde

beta (predominanti durante la veglia e gli stati di vigilanza ed allerta) alle onde theta più lente.

L'alterazione delle frequenze cerebrali comporta un rallentamento anche di altre attività (respiro, pulsazioni cardiache).[9]

Successivamente, con l'approfondimento dell'attenzione e la formazione del "monoideismo ideoplastico" da parte del soggetto ipnotizzato si manifesta una prevalenza di onde theta, che caratterizzano la trance vera e propria. E' da notare che le onde theta si manifestano di solito nel periodo che precede il sogno. Questo stato, che normalmente è vissuto fugacemente o passivamente, nell'ipnosi viene mantenuto con leggere variazioni per tutta la seduta e può essere usato a fini terapeutici .

LA STRUTTURA DELL'INDUZIONE

Vi sono varie fasi che costituiscono la struttura dell'induzione ipnotica:

Preinduzione: fase in cui si deve stabilire un rapporto di fiducia e confidenziale per diminuire la critica del soggetto da indurre (RAPPORT).

Induzione: fase in cui si ha una destrutturazione della coscienza ordinaria.

Corpo: potremmo equiparare questa fase alla somministrazione della terapia classica, in questo momento è inoltre importante suggerire "l'ANCORAGGIO". (È un potente strumento per creare un cambiamento ed è molto popolare per via del suo impatto immediato. Esso consiste nel selezionare stati emotivi per specifici contesti. In altre parole è uno stimolo capace di influenzare lo stato mentale ed emotivo di una persona. La tecnica consiste nel produrre uno stimolo in risposta ad uno stato d'animo proprio di un'esperienza passata. Come risultato, quello stato d'animo viene "ancorato" e portato al presente (Dr. E. Kazanxhi).

Deipnotizzazione/riorientamento: fase in cui si porta il soggetto indotto a ripristinare lo stato di coscienza ordinaria.

Coda: fase in cui il soggetto è maggiormente sensibile ad una nuova "destabilizzazione". [10]

(Per "destabilizzazione" si intende un ritorno allo stato di trance ipnotica dove una nuova suggestione con metafore può indurre cambiamenti più facilmente e più efficacemente).

LA METAFORA

Durante il corso seguito, l'uso delle metafore è stato sottolineato molto sovente come elemento fondamentale per aiutare la persona ad ottenere dei cambiamenti nel suo stato psico-fisico. Tale considerazione mi ha motivato ad approfondire come argomento di tesi l'utilizzo delle metafore, partendo dalla definizione stessa di metafora a ricerche bibliografiche su studi che validassero tale uso.

Metaphorá «trasferimento», è un sovvertimento di significato, rispetto al significato proprio, di due parole o segmenti discorsivi. (dal dizionario italiano)

Il Dizionario Collins della lingua inglese (Hanks, 1979) definisce la metafora come “una figura del linguaggio nella quale una parola o una frase è applicata a un oggetto o a un'azione che tale parola o frase non denota in senso letterale, al fine di implicare una somiglianza”. (es. combatte come un leone”)

Nel suo *The Myth of Methaphor*, Turbayne (1970) preferisce la definizione più ampia data da Aristotele:

“la metafora consiste nel trasferire a un oggetto il nome che è proprio di un altro: e questo avviene, o dal genere alla specie, o da specie a specie, o per analogia”. (poetica , 21 1457 b, in *Opere*, Laterza, Bari 1973)

Dal momento che l'impiego della metafora come mezzo di comunicazione è stato diffuso attraverso tutta la storia, si può ipotizzare che vi siano dei netti vantaggi nel trasmettere messaggi in forma metaforica piuttosto che in modi diretti. Se adeguatamente costruiti e narrati , i racconti sono di solito più interessanti della diretta esposizione delle cose che si desiderano sottolineare. Un racconto ben elaborato e ben narrato, esposto nei contesti giusti può catturare l'immaginazione e spingere le persone a interpretare azioni o a pensare a cose cui non ha mai pensato prima.

Tali racconti hanno la forza di portare la persona a rendersi improvvisamente conto delle cose, e possono anche contribuire a un processo di apprendimento più graduale. [11]

Perché la metafora è efficace nell'ipnosi?

- accesso all'inconscio: le metafore parlano direttamente all'inconscio, che interpreta simboli e immagini in modo più fluido rispetto al pensiero razionale. L'uso della metafora consente di bypassare le difese critiche e logiche della mente cosciente.
- riduzione della resistenza: poiché le metafore non sono percepite come una minaccia o una direttiva diretta, possono ridurre la resistenza interna al cambiamento. Il soggetto può esplorare idee o soluzioni attraverso simboli senza sentirsi sotto pressione.
- attivazione delle risposte emotive: le metafore attivano immagini mentali e connessioni emotive profonde che possono promuovere stati psicologici profondi, spesso necessari per l'ipnosi.
- induzione di uno stato ipnotico: le storie o le narrazioni metaforiche possono indurre uno stato di trance, poiché la mente si immerge nella visualizzazione e nell'interpretazione della metafora stessa.

Milton Erickson, in particolare utilizzava le metafore come parte integrante delle sue tecniche ipnotiche per influenzare il cambiamento terapeutico. [12,13,14]

La comunicazione non si riferisce soltanto al discorso ma al comportamento intero dei parlanti: «tutto il comportamento è comunicazione e tutta la comunicazione influenza il comportamento». (P. Watzlawick, Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica, tr. it. Feltrinelli, Milano 2011). Secondo De Pas, molto della comunicazione ipnotica avverrebbe non nella significazione

lineare del discorso, ma emergerebbe dalla polisemia di alcune parole; ciò vorrebbe dire che in un contesto ipnotico la singola parola non acquista significato esclusivamente in virtù dell'enunciato in cui è espressa o del modo in cui viene pronunciata, ma presenta una molteplice significazione in virtù dei vari significati che essa possiede. In questo modo la comunicazione ipnotica agirebbe in modo differenziato nei vari livelli dell'individuo, stimolandone la mente inconscia. Su tale principio si basa la comunicazione "disseminata" di Erickson (De Pas, 2009). L'ascolto, in Erickson, non è fatto di un prima (tu parli, io ti ascolto) e di un dopo (tu hai parlato, adesso ti dico io), ma di una sincronica empatia attiva, per la quale il terapeuta si frappone tra il paziente e il suo parlato: la tecnica che Erickson usa l'ha definita - lui stesso - "disseminazione". *"Che significa, appunto, buttare per raccogliere, e, fuor di metafora, distogliere il paziente dai propri copioni. Anzi, proprio perché butto per poi raccogliere, distruggo quei copioni che, distruggendosi, consentono quella raccolta, la quale si attua già per il fatto che indico nuove vie al mio paziente."* Il termine disseminazione è assolutamente illuminante rispetto a tutta la filosofia che sottostà alla clinica ericksoniana. In terapia, quindi, occorrono forme stilistiche nuove. Questo è l'insegnamento di M. Erickson. [15]

Forme stilistiche che stabiliscono categorie mentali nuove, quindi anche il viceversa: categorie mentali nuove, capaci di produrre nuove forme stilistiche. *"Quando le parole riescono a trasformare la realtà noi ne veniamo travolti e condizionati al punto che tutto si trasforma in altro, senza lasciarci il tempo neppure di reagire, le nostre aspettative si trasformano nella nostra realtà, qui si svela il segreto dell'ipnosi, far avvenire cose con parole"*.

Per quanto riguarda la ricerca bibliografica non è stato semplice trovare studi che trattassero il tema delle metafore in ipnosi.

Tutti gli studi ed i testi consultati hanno dimostrato l'importanza dell'uso di metafore nella comunicazione ipnotica associata ad altri trattamenti terapeutici.[16,17]

La ricerca si è svolta prevalentemente su Pubmed usando tali termini: metaphors/pain/neuroscience, questi sono tra gli studi trovati i più significativi:

1°studio: tratta del dolore lombare cronico non specifico (CNLBP) che persiste oltre le 12 settimane. La terapia manuale raccomandata per il CNLBP dimostra un'efficacia a breve termine. L'educazione neuroscientifica del dolore (PNE) insegna ai pazienti a modificare la percezione del dolore attraverso spiegazioni, metafore ed esempi, mirando alla rieducazione del cervello. L'intervista motivazionale (MI) aumenta la motivazione al cambiamento comportamentale, allontanando i pazienti dall'ambivalenza e dall'incertezza.

Questi approcci affrontano collettivamente la natura multiforme del CNLBP per una gestione efficace. Lo scopo di questo studio era di indagare un intervento di terapia fisioterapica combinato con PNE con MI su dolore, soglia del dolore da pressione (PPT), disabilità, kinesiophobia, catastrofizzazione e capacità funzionale lombare in individui affetti da CNLB.

Conclusioni: l'aggiunta di PNE con MI integrato ha migliorato gli effetti positivi di un intervento di terapia fisioterapica in tutte le misure di esito. La combinazione di terapia manuale più PNE con MI integrato sembrava fornire maggiori miglioramenti rispetto all'applicazione isolata di terapia manuale, e questi miglioramenti sono anche durati più a lungo. Questi effetti positivi a breve e lungo termine sono probabilmente attribuiti alla combinazione di PNE con MI integrato, che ha contribuito ad aumentare l'efficacia del trattamento. [18]

2°studio : Le sindromi di Ehlers-Danlos sono un gruppo eterogeneo di disturbi ereditari del tessuto connettivo

caratterizzati da ipermobilità articolare, iperestensibilità cutanea e fragilità tissutale. Questa sindrome è spesso associata a dolore che non sempre consente l'uso di trattamenti efficaci per ridurre il dolore. I pazienti con hEDS descrivono costantemente il loro dolore in dettaglio.

I risultati di questo studio hanno mostrato che l'uso di metafore è uno strumento utile per esaminare l'esperienza di malattia e può aiutare i medici nel programma di riabilitazione e a poter comunicare attraverso maggior consapevolezza dell'uso delle parole. [19]

IL DOLORE

Alcuni accenni qui di seguito riguardo al dolore:

Nel 2018, la IASP ha dato mandato ad una Task Force di procedere alla revisione di questa definizione ormai universalmente accettata ed utilizzata, allo scopo di introdurre delle variazioni che descrivano in modo ancora più accurato quella che è l'esperienza del dolore.

La definizione del dolore come “esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a quella associata a un danno tissutale reale o potenziale” viene implementata dall'aggiunta di sei note integrative e dall'etimologia della parola dolore, utili per un migliore inquadramento:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.

Non sempre gli operatori sanitari ricordano tutto ciò che ruota attorno all'esperienza provata dal paziente.

Spesso i ritmi lavorativi e le condizioni in cui si trovano ad operare li allontanano dalla visione olistica del paziente e di ciò che lui riferisce e non.

Quindi il dolore è un'esperienza sensoriale che va [20] oltre la semplice nocicezione periferica che tuttavia può innescarlo e, secondo il modello a cipolla proposto da Loeser [21] le componenti affettive ed emozionali possono trasformare il dolore in sofferenza e tale sofferenza porta a comportamenti, manifestazioni evidenti o meno che sottendono la richiesta di aiuto e cura che siamo tenuti a cogliere o, auspicabilmente, anticipare. Quanto la nocicezione abbia un ruolo importante ma limitato nel determinare le caratteristiche, tra cui l'intensità del dolore sperimentato dall'individuo, lo si capisce dalle evidenze sperimentali [22] che mostrano quanto sia drammatica la differenza interindividuale nella percezione soggettiva di uno stimolo doloroso standardizzato.

Erikson ad esempio in generale preferiva ristrutturare il dolore ad una sensazione sopportabile ma percepibile piuttosto che cercare la sua totale eliminazione, modulando l'intensità del dolore con una manopola piuttosto che spegnendolo con un interruttore, anche per evitare che l'aspettativa disattesa del paziente di non avvertire nulla potesse risultare controproducente, utilizzando spesso dei truisimi che portavano il paziente a notare come fosse già in grado di creare una sensibilità alterata del proprio corpo, una vera e propria anestesia spontanea, che permetteva ad esempio di non percepire abitualmente i propri piedi chiusi nelle scarpe o il corpo avvolto nei vestiti o appoggiato ad una sedia [23].

Quando ci si trova di fronte a un paziente che riferisce dolore i professionisti sanitari sono tenuti ad accogliere e valutare la qualità e l'intensità del dolore al fine di poter aiutare il paziente e poter instaurare un'adeguata terapia farmacologica e non.

Come descritto nell' ART. 18 del codice deontologico degli Infermieri - DOLORE : "L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del

dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona”. [24]

TECNICHE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Importante è che durante la fase di colloquio iniziale e durante il contratto l'operatore indaghi sulla descrizione del dolore (acuto/ cronico, interventi chirurgici, farmaci assunti, come questo dolore impatta sulla qualità della vita), che fa il paziente al fine di instaurare un rapporto di fiducia e di fortificare il RAPPORT.

Si può inoltre indagare se il soggetto sia maggiormente visivo, uditivo o cinestesico per poter dar suggestioni di maggior efficacia. Vi sono diverse tecniche suggeribili al paziente durante la trance ipnotica per indurre uno stato di analgesia o di anestesia.

ANALGESIA: si intende una riduzione della percezione del dolore, il soggetto è ancora consapevole dello stimolo doloroso, ma la percezione del dolore è attenuata.

ANESTESIA: indica l'assenza totale di percezione del dolore, il soggetto non avverte affatto la sensazione dolorosa associata a uno stimolo che normalmente causerebbe dolore.

Tra le varie tecniche :

- **SOSTITUZIONE DI UNA SENSAZIONE DOLOROSA CON UNA DIFFERENTE:** spesso questa tecnica permette al paziente di tollerare maggiormente alcune sensazioni persistenti nell'area, ma di diminuire la sofferenza verso tali.
- **SPOSTAMENTO DEL LUOGO DEL DOLORE VERSO UN'ALTRA AREA DEL CORPO O ESTERNAMENTE AL CORPO:** questa è un'opportunità per il paziente di continuare ad avere l'esperienza delle sensazioni , ma in maniera meno vulnerabile e dolorosa verso l'area in argomento.
- **DISSOCIAZIONE DELLA CONSAPEVOLEZZA:** usata specialmente quando il paziente non dev'essere particolarmente funzionale (es. durante procedure mediche o dentistiche) o quando il paziente è immobile (es. in pazienti in

fase terminale). Il paziente può essere condotto a fare esperienza di se stesso in un altro tempo, spazio o stato come in un vivido sogno nella vita reale.

- **AMNESIA:** un'alternativa a tollerare un'esperienza spiacevole è quella di dimenticarsene. Proprio come quando si va al cinema e si viene totalmente assorti dal film e ci si dimentica ad es. della cefalea. (Erickson,1983, p.226)

- **DISTORSIONE DEL TEMPO:** la percezione del tempo può essere alterata, aiutando il paziente a percepire i periodi di dolore come più brevi o meno intensi.

- **DISTRAZIONE COGNITIVA:** per aiutare il paziente a distogliere l'attenzione dal dolore, focalizzandosi su altre sensazioni piacevoli o su immagini mentali che non evocano disagio. Questo meccanismo sfrutta la capacità del cervello di elaborare solo un numero limitato di informazioni alla volta, rendendo così meno intenso lo stimolo doloroso.

- **REFRAMING DEL DOLORE:** il dolore può essere reinterpretato come un segnale positivo o utile, ad es. immaginandolo come un segnale che aiuta a guarire o proteggere il corpo. Cambiando la percezione mentale del dolore, è possibile ridurre l'ansia associata ad esso e, quindi , la sofferenza complessiva.

- **VISUALIZZAZIONI SPIRITUALI:** questa consiste nell'uso di visualizzazioni che richiamano figure o simboli religiosi (es. cristianesimo, buddismo, islam con le relative figure). Questa forma di ipnosi utilizza suggestioni legate alla fede per rafforzare il senso di protezione e conforto che può alleviare il dolore.[25]

METAFORE

Qui di seguito descriverò alcune delle metafore che ho raccolto durante la mia ricerca che possono essere suggerite durante le tecniche:

- ghiaccio: si può immaginare il dolore come un blocco di ghiaccio che lentamente si scioglie sotto il sole caldo e rilascia una sensazione di analgesia.
- liquido anestetico: se si ha già avuto esperienza di una pomata anestetica, o ad es. di una qualsiasi altra terapia anestetica riproporre la sensazione.
- guanto anestetico : indossare un guanto che rende la mano insensibile e successivamente trasferire quella sensazione ad altre parti del corpo.
- radio: immaginare il dolore come una radio che trasmette a basso volume in un'altra stanza, il paziente può abbassare o modulare il volume fino a quasi non sentirlo più.
- nuvola: immagina il dolore come una nuvola che fluttua lentamente nel cielo e che alla fine si dissolve o si allontana. Aiuta a creare un senso di temporaneità e distacco.
- scala: visualizza una scala dove in cima il dolore è molto intenso e in fondo è quasi inesistente; scendi ora lentamente i gradini, sentendo il dolore che varia ad ogni passo. Rappresenta un controllo progressivo e una diminuzione graduale del dolore.
- fiume: immagina il dolore come un fiume che scorre veloce, puoi sentire l'acqua fresca sulla tua cute e la sensazione che ti dà. Ora visualizza delle dighe che lentamente chiudono o rallentano il flusso, riducendo l'intensità del dolore.
- colore: pensa al tuo dolore come a un colore rosso intenso che lentamente cambia in blu calmante mentre respiri profondamente..

- luce: immagina una luce brillante che avvolge il tuo dolore, facendolo diventare sempre più piccolo fino a dissolversi ..
- vento: pensa al tuo dolore come a una foglia secca che viene portata via dal vento. Man mano che il vento soffia, il dolore si allontana sempre di più.
- cinema: immagina di andare al cinema e ricorda un film appassionante, riimmergiti in quella esperienza e senti, vedi quello che hai vissuto o che la tua mente propone.
- strato di cotone spesso che avvolge (l'arto ad es.): il cotone è così spesso e arruffato che nulla potrà passarci attraverso, a prescindere da quanto appuntito e tagliente sarà ad es. il coltello (se il dolore descritto è pungente, trafittivo...).
- neuro sinapsi: sai come nel dolore le neuro sinapsi trasmettono i messaggi le une alle altre; immagina di inserire dei scalini o altro che disturbi questa trasmissione, in modo tale da limitare o alterare la sensazione del dolore.
- numeri/orologio: si può immaginare un orologio, dove si parta da un numero dato dal paziente per il suo grado di dolore e far immaginare di spostarsi con la lancetta verso numeri inferiori a quello di partenza. Si può inoltre immaginare che le lancette inizino a girare più velocemente, accelerando il passaggio del tempo, favorendo il momento di sollievo.
- immagine sacra: icone, mandala, o raffigurazioni di santi e divinità possono essere evocate per chi è molto religioso, poiché richiamano significati profondi e archetipici; in molte culture queste immagini fungono da collegamento tra il mondo umano e quello divino.
- gate control: il “cancello” rappresenta un filtro che seleziona quali informazioni o segnali passano e quali vengono bloccati; se il “cancello” è aperto si prova dolore, se è chiuso il dolore è ridotto o bloccato.
- spia dell'auto: la spia dell'auto che diventa rossa informa il conducente che qualcosa non va come dovrebbe e necessita di controllo; il dolore può esser visto come la spia che ci informa

che abbiamo bisogno di “cambiare l’olio” o perlomeno controllare il nostro organismo o il nostro stile di vita.

- neve: immaginati immerso nella neve e che tutto il corpo, o almeno una parte di esso diventi insensibile.
- fiore: immagina l’apertura dei petali di un fiore, come se potessi “frammentare” le varie fasi... proponi questa apertura nella zona di tensione e ripeti l’immagine finché non potrai notare un rilassamento della tensione.
- ascensore: immagina di scendere i piani dell’ascensore sincronizzando il tuo respiro dalla gola all’addome, fermati al piano scelto ed espira. Scendi ancora di più nei piani inferiori con la prossima espirazione. Ripeti tale esercizio finché i tuoi atti respiratori saranno distesi e rilassati.
- corda guida: immaginati salire o scendere in una scalata aggrappato alla corda che può essere scivolosa, scorrevole.. Ad ogni espirazione immagina di scendere tenendo la corda e rilassa la muscolatura fino a distendere totalmente quella addominale.
- tempesta che si calma: il dolore è come una tempesta violenta, ma come ogni tempesta non dura per sempre. Immagina che i venti si placano, portando con sé un senso di pace e sollievo.
- bolla protettiva : visualizza una bolla trasparente intorno a te. All’interno, sei completamente protetto da qualsiasi sensazione o pensiero indesiderato.
- porta socchiusa: la tua mente è come una grande casa con molte stanze. Alcune porte sono aperte, ma altre rimangono chiuse o solo leggermente socchiuso. Puoi scegliere di non entrare in quelle stanze, lasciando i ricordi al loro posto dietro quelle porte.
- specchio: immaginati davanti a uno specchio, osserva le varie sfumature di luce nelle varie parti del tuo corpo...(in questo momento lavorare sulla variazione dei colori/sensazioni); si può anche suggerire di focalizzare l’attenzione su un’altra zona del corpo che è rilassata o

comunque in uno stato di benessere maggiore rispetto alla zona dolorosa. [26,27,28]

CASI

Tutti i pazienti che ho seguito per il trattamento del dolore, inizialmente mi hanno descritto la tipologia di dolore riferito e l'intensità con cui percepivano il dolore (NRS, scala numerica da 1 a 10).

Dopo l'induzione e la ratifica (tutti i pazienti hanno raggiunto una catalessi del braccio) veniva suggerita la ricerca di un'esperienza di benessere e in un secondo momento si proponeva la metafora per il controllo e la gestione del dolore. In alcuni casi dopo questa fase si risuggeriva la ricerca di un'altra esperienza di benessere per aumentare la sensazione di piacere.

A tutti i pazienti è stato suggerito l' ancoraggio e a termine della prima seduta è stato richiesto loro di ritornare nello stato precedente utilizzando l'ancoraggio suggerito, al fine di accertarmi che il paziente in autonomia potesse ripetere l'esperienza e quindi gestire il proprio dolore (potenziare l'empowerment del paziente).

1. B.B. è una paziente che riferisce dolore alla gengiva superiore: fastidioso, costante che perdura da giorni (sottoposta a cure odontoiatriche). La paziente si era già sottoposta a seduta ipnotica in una seduta precedente a quest'ultima e aveva dimostrato una buona tendenza all'ipnotizzabilità. Durante la fase di trance ipnotica le suggerisco un' esperienza di benessere e in una seconda fase le propongo di cercare i ghiaccioli che si trovano appesi alle case di montagna (la paziente vive in zona montana) dopo una gelata e appoggiarli sulla zona dolorosa... Durante la trance le chiedo se sia riuscita a posizionare i ghiaccioli e se il dolore è migliorato: la paziente mi riferisce miglioramento ma percepisce ancora una sensazione di compressione; allora le chiedo di immaginare di mettere due calamite nella zona del dolore (una interna e l'altra esterna all'arcata dentale) che lei

può gestire avvicinandole e/o allontanandole, in modo tale da ridurre la compressione. L'esito è decisamente buono: la paziente è piacevolmente sorpresa della sua capacità e della sensazione migliorata. (da un punto di partenza 8 nella NRS riferisce un 3 a termine della sessione).

2. D.E.: paziente con ulcera cronica in zona malleolare (di dimensioni di circa 5x6cm) non-healing di 3° stadio con presenza di fibrina. Gli viene proposta una nuova tecnica durante il courettage, il paziente divertito e scettico accetta. Dopo essermi assicurata che il paziente avesse raggiunto uno stato di trance ipnotica grazie alla catalessi del braccio e avergli suggerito di trovare un'esperienza di benessere gli ho chiesto di immaginarsi in riva a un fiume e immergerci gli arti inferiori: percepire la temperatura dell'acqua e permettere all'arto (che stavo courettando) di esser rinfrescato e raffreddato. Prima ancora del riorientamento, il paziente ha aperto gli occhi: ha visto la couretta nella mia mano e si è spaventato. Allora gli ho spiegato che era già stato effettuato l'intervento: il paziente era incredulo, poichè non se n'era accorto... Dall'esperienza ho dedotto che il paziente non ha manifestato segni di dolore durante il courettage, ma è sempre stato sereno, a differenza delle medicazioni precedenti.

3. V. A.: paziente con diagnosi di tumore sigma e con metastasi al fegato in terapia attiva, riferisce algie lungo tutto l'arto inferiore destro che gli creano disturbi anche nel sonno. E' un uomo di 80 anni che non ha mai avuto esperienze in passato di rilassamento/ meditazione... E' stato difficile avere la sua fiducia e che lui decidesse di lasciarsi guidare in questa esperienza, ma dopo lo scetticismo iniziale ha socchiuso gli occhi e si è lasciato guidare. Dopo che il paziente mi ha dato conferma di aver trovato l'esperienza di benessere (col dito alzato) gli ho chiesto di immaginarsi nell'orto a raccogliere i suoi frutti e di cadere accidentalmente con la gamba destra su

delle ortiche...percepire il fastidio e il bruciore prodotte da queste (caratteristiche del dolore espresse nel colloquio iniziale) , allontanarsi inizialmente da queste ortiche e metterci sopra del ghiaccio, così da percepire una variazione della sensazione fastidiosa/ dolorosa.

Al termine della seduta mi ha colpito lo sguardo di quest'uomo poiché era diverso dall'inizio: era divertito perché il "luogo sicuro" da lui scelto era un'esperienza divertente e simpatica del suo pensionamento che ha raccontato nei particolari e ha riferito una variazione della sensazione dolorosa. (Da un 9 NRS iniziale riferisce un 6 a termine sessione)

CONCLUSIONI

L'approccio proposto nella comunicazione ipnotica che abbiamo affrontato durante il corso CIICS mi ha molto affascinata.

Comunicazione Ipnotica: "l'abilità di utilizzare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici che agiscono creando immagini mentali che riverberano nel corpo modificandolo".

Avere un approccio in cui ci si prende cura della persona che ci troviamo di fronte e portare attenzione all'utilizzo di parole adeguate mi è sembrato molto importante.

Ho avuto modo di leggere "La speranza è un farmaco" che mi ha reso consapevole su come ogni giorno, noi operatori sanitari possiamo far la differenza sulla comunicazione negli interventi che effettuiamo e la relativa risposta.

Poter offrire una tecnica complementare a quelle della medicina tradizionale mi incuriosisce molto e mi stimola.

Ho sicuramente ancora molta strada da percorrere, ci sono ancora molti argomenti da studiare e in cui applicarmi, ma devo dire che l'esperienza è positiva.

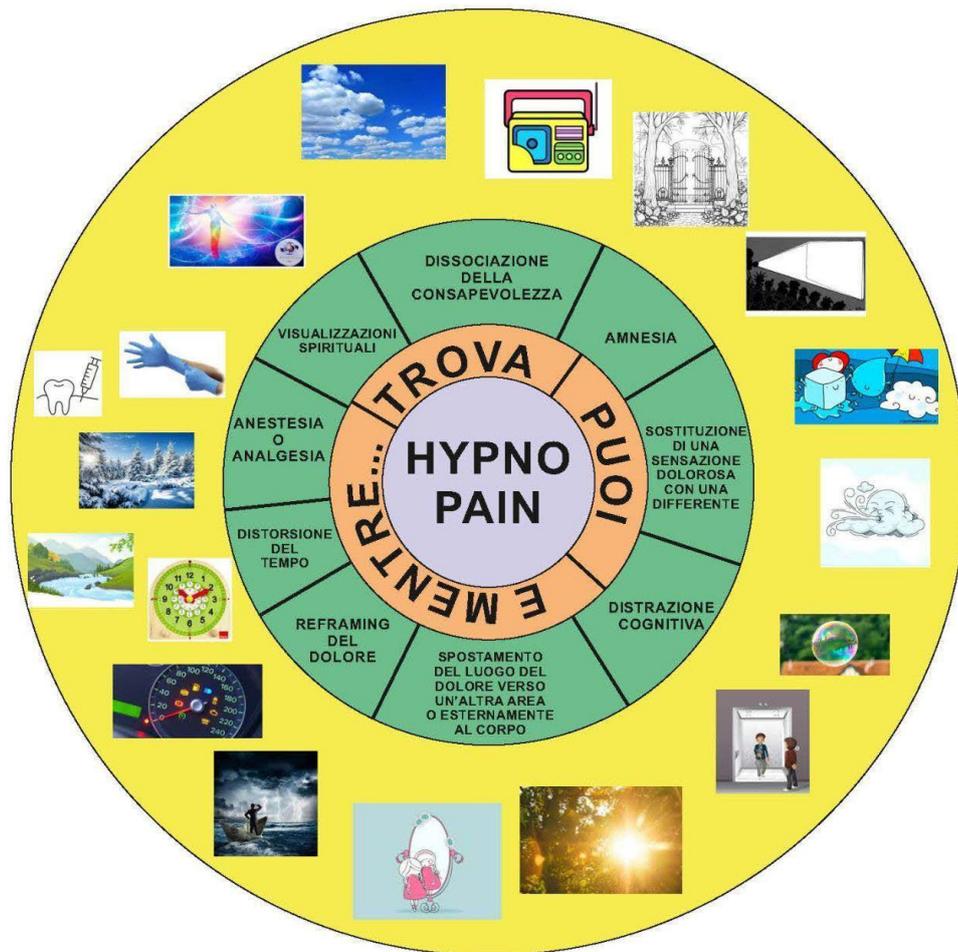
Poter essere un facilitatore per far conoscere capacità che sono nelle persone mi stimola molto e mi spinge a proseguire per questa "strada".

E' stato divertente sollecitare la creatività con la ricerca delle metafore da proporre proprio per il controllo del dolore.

Nella fase del racconto post- ipnosi, sentire come alcuni pazienti arricchiscono di particolari la loro esperienza mi ha affascinata e divertita molto, ma anche arricchita.

Quando ho concluso le lezioni mi son sentita un pò senza un punto da cui iniziare, come se fossi "persa" e un giorno in ambulatorio di vulnologia vedendo un grafico a colori che usiamo per le medicazioni mi è venuta l'idea di progettare un semplice dispositivo per gli infermieri e colleghi che potranno essere incoraggiati dai risultati di questo lavoro.

ALLEGATO



BIBLIOGRAFIA

- [1]Muro, Milena. 2015. Comunicazione ipnotica nella pratica infermieristica. Vol. I, in Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza, di Edoardo Casiglia, 1118. Padova, Padova: Cleup.
- [2]Muro, Milena. 2015. Comunicazione ipnotica e nursing. Vol. I, in Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza, di Edoardo Casiglia, 1118. Padova, Padova: Cleup. ALLEGATI Autore/anno o Titolo/rivi
- [3]. Granone F. Trattato di ipnosi. Utet 1989
- [4]“Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell’Istituto Franco Granone CIICS” Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M. Montegrotto T. (Padova), 2-3 dicembre 2023.
- [5]. Thompson T, Terhune DB, Oram C, et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019;99:298-310.
- [6]. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn.* 2000;48(2):138-153.
- [7]. Noergaard MW, Håkonsen SJ, Bjerrum M, Pedersen PU. The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2019;28(23- 24):4207-4224.
- [8]. Provençal SC, Bond S, Rizkallah E, El-Baalbaki G. Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Burns.* 2018;44(8):1870- 1881. 11. Casiglia E. et al. Trattato di ipnosi e altre modificazioni

- [9]“la mente che crea l'ipnosi progressiva e le sorprendenti capacità della nostra mente “ di Saba Enrico Chisotti Marco ed. Ambrosiana”
- [10]Del Castello, Emanuele, and Costantino Casilli. *L'induzione ipnotica. Manuale pratico*. Vol. 104. FrancoAngeli, 2007.
- [11]“L'uso della metafora in psicoterapia” Philip [Barker, casa editrice Astrolabio”)
- [12] Hypnotherapy: An exploratory casebook” di Milton H. Erickson, Ernest L. Rossi, Sheila I. Rossi (1979)
- [13]“Metaphoria: METaphor and Guided Metaphor for Psychotherapy and Healing” di Rubin Battino (2002)
- [14] “My Voice Will Go with You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson” a cura di Sidney Rosen (1991)
- [15]L'approccio di disseminazione, di "Ipnoterapia", di Milton H. Erickson e Ernest L. Rossi, Astrolabio, Roma, 1982)
- [16] Casula, Consuelo. *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale: Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. FrancoAngeli, 2015.
- [17]Rabboni, Massimo, and Nicola Castelli. "Ipno-semiotica. Riflessioni sul rapporto fra linguaggio e psicologia nei processi ipnotici (parte seconda)." *Ipnosi. Fascicolo 1, 2005* (2005): 1000-1019.
- [18]Kasimis K, Apostolou T, Kallistratos I, Lytras D, Iakovidis P. Effects of Manual Therapy Plus Pain Neuroscience Education with Integrated Motivational Interviewing in Individuals with Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial Study. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Mar 29;60(4):556. doi: 10.3390/medicina60040556. PMID: 38674202; PMCID: PMC11052486.
- [19] Camerota F, Mariani R, Cordiano G, Di Trani M, Lodato V, Ferraris A, Pasquini M, Celletti C. The Language of Pain in the Hypermobility Ehlers-Danlos Syndrome: Metaphors as a Key to Understanding the Experience of Pain and as a

Rehabilitation Tool. Brain Sci. 2023 Jul 8;13(7):1042. doi: 10.3390/brainsci13071042. PMID: 37508973; PMCID: PMC10377642.

[20]. Merskey H, Albe Fessard D, Bonica JJ et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. Pain. 1979;6:249–52.

[21]. Loeser JD. Perspectives on Pain. Clin Pharmacol Therap. 1980;313-316. 21. Fillingim RD. Individual Differences in Pain: Understanding the Mosaic that Makes Pain Personal. Pain. 2017;158(Suppl)

[22]:S11–S18. 4. Price DD, Dubner R. Mechanisms of first and second pain in the peripheral and central nervous systems. J Invest Dermatol. 1977;69(1):167-71

[23]. Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors. American Society of Clinical Hypnosis, 1990.

[24]Ipasvi, Federazione Nazionale Collegi. "Codice deontologico dell'infermiere." (2019).

[25] "Handbook oh Hypnotic suggestions and metaphors" edited by D. Corydon Hammond, Ph. D.

[26]"Handbook oh Hypnotic suggestions and metaphors" edited by D. Corydon Hammond, Ph. D.

[27]"Pain control with Hypnosis" di Ronald A. Siegel

[28]"Hypnosis and Hypnotherapy in management of pain" di John S.G.S Cameron e David B. Patterson.