



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

Istituto Franco Granone

Scuola post– Universitaria di ipnosi clinica e sperimentale

Fondatore Dott. Franco Granone

Direttore Dott. Massimo Somma

“La comunicazione ipnotica; imparare dalle sfumature”

Tesi del

Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica

Anno 2024

Candidata:

Stellin Stefania

Relatore:

Dott. Paolo Granone

Correlatore:

Dott.ssa Paula M. Fernandez

“...Come infermieri abbiamo la possibilità di “guarire” il cuore, la mente e l’anima e il corpo dei nostri pazienti, le loro famiglie e noi stessi. Essi possono dimenticare il tuo nome, ma non potranno mai dimenticare come li ha fatti sentire...”

(Maya Angelou)

Indice

1. Premessa	5
2. L'ipnosi.....	8
2.1. Brevi cenni storici	8
2.2. Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS).....	10
2.3. Cos'è l'ipnosi.....	11
2.4. La coscienza particolare	12
2.5. Il monoideismo plastico	14
2.6. Il Rapport.....	15
3. L'importanza della comunicazione nel rapporto infermiere – paziente	18
3.1. La comunicazione	18
3.2. La comunicazione ipnotica in ambito clinico	21
3.3. Fasi della procedura ipnotica	23
3.3.1. Pre-talk	23
3.3.2. Induzione	29
3.3.3. Approfondimento	30
3.3.4. Script.....	30
3.3.5. Ancoraggio.....	30
3.3.6. Esduzione.....	31
3.3.7. Coda.....	31
3.4. Obiettivi della comunicazione ipnotica nel rapporto infermiere - paziente	31
4. Analisi della produzione scientifica nell'utilizzo dell'ipnosi nelle professioni sanitarie con particolare attenzione sulle scienze infermieristiche.....	33
4.1. L'ipnosi e l'infermiere	33
5. Conclusioni	37
6. Bibliografia	38
7. Sitografia	40

1. Premessa

Sono un'infermiera e lavoro in un'azienda privata.

L'azienda dove svolgo la maggior parte del mio lavoro si occupa della produzione di lastre a base di acetato di cellulosa, utilizzate principalmente nel mercato dell'occhialeria e della bigiotteria. Produce granuli a base di acetato di cellulosa utilizzati per la produzione di oggettistica comune tramite estrusione o stampaggio ad iniezione.

Sono responsabile della gestione della sicurezza e dell'ambiente (RSPP); il RSPP coordina e gestisce il Servizio di Prevenzione e Protezione che ha il compito di individuare i fattori di rischio legati all'attività lavorativa, analizzarli all'interno del Documento Valutazione dei Rischi ed elaborare tutte le misure adatte a mantenere gli ambienti di lavoro in linea con i dettami della vigente normativa nel settore della sicurezza sul lavoro.

Collaboro con il medico competente nella conduzione della medicina del lavoro (oltre alle visite, esami clinici e biologici e alle indagini diagnostiche ritenute necessarie, il medico competente ha obblighi di informazione del lavoratore e degli altri soggetti coinvolti nella sicurezza, di tenuta delle cartelle sanitarie e di visita degli ambienti di lavoro occupandosi di tutte le alterazioni legate alle attività aziendali, gli incidenti e i conseguenti infortuni che possono verificarsi sul luogo di lavoro).

Inoltre, gestisco un Poliambulatorio aziendale, benefit lasciato in eredità dal fondatore dell'azienda.

All'interno del Poliambulatorio, possono accedere gratuitamente non solo i dipendenti (circa 500) e i loro familiari a carico ma, anche tutti i pensionati per cui, il numero delle possibilità di presenze in ambulatorio aumenta considerevolmente fino a raggiungere circa le 4.500 unità all'anno.

Le prestazioni che vengono erogate non sono solo prettamente infermieristiche (intramuscolari, prelievi, medicazioni di primo soccorso per esempio: tagli, ustioni,

abrasioni, contusioni etc....) ma anche specialistiche (oculista, cardiologo, dermatologo, medico del lavoro, ginecologo, otorino).

Effettuo anche formazione e coordinamento delle squadre di emergenza interne (squadre di primo soccorso, da inserire in Azienda obbligatoriamente in base alla legge 626 del 1994 art 15, oggi legge 81 del 2008 e s.m.i.: "...La normativa prevede che il Datore di lavoro deve garantire la presenza sul posto di lavoro di almeno un addetto al primo soccorso, tenendo conto di turni, ferie, malattie, ecc ... e provvedere affinché sia adeguatamente formato...").

Nella mia vita professionale ho effettuato alcuni master tra cui: esperto ambientale, metodologie organizzative nell' ambito sanitario, principi di management e coordinamento, gestione integrata di ambiente, sicurezza e salute in ambito industriale"; queste specializzazioni hanno contribuito a creare in me una visione più attenta di come porsi agli altri in maniera efficace, ottenendo cioè ascolto, attenzione, riscontro ecc.

Essendo rimasta affascinata dal potere delle parole ho cercato di studiare in maniera più approfondita il modo più consapevole dell'utilizzo delle parole stesse.

La mia esigenza di saper utilizzare al meglio la parola, è nata durante la mia attività lavorativa infermieristica; mi sono infatti di frequente imbattuta in pazienti con malattie spesso associate a dolori cronici, che vengono da noi per un conforto, con una richiesta d'aiuto, con stati di abbattimento morale legati alla loro situazione sanitaria...dove anche il medico competente interviene con l'ausilio dell'infermiera, per cercare di alleviare questo stato iniziale di prostrazione.

Alcuni di questi, non potendo utilizzare farmaci per mitigare il loro dolore in quanto per esempio: allergici, intolleranti, troppo defedati, utilizzano le cure palliative che molto spesso non riescono a soddisfare a pieno i loro bisogni perché parzialmente efficaci.

La parola è dunque uno strumento valido da poter utilizzare per cercare di alleviare questo tipo di sofferenze.

Mi sono avvicinata così all'ipnosi ed alla comunicazione ipnotica, inizialmente, leggendo articoli, ricerche e libri riguardanti l'argomento scoprendo che possono aiutare ad entrare meglio nella relazione di aiuto. L'ipnosi è, secondo il gruppo di lavoro dei didatti del CIICS e aggiornando la definizione del Prof. Franco Granone, <<... una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monodeismo 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-motori ...>>

Con la comunicazione ipnotica sto imparando a riconoscere le sfumature di esistenze, legami, affetti, di cose non dette ma empaticamente trasmesse e ad acquisire l'abilità di utilizzare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici che agiscono creando immagini mentali che riverberano nel corpo modificandolo.

Ho capito anche che, come dice la dott.ssa Paula Marina Fernandez docente CIICS, il terapeuta aiuta il paziente a diminuire il senso di allerta e a sentirsi in un luogo sicuro (Temenos rappresenta un luogo sacro pertinente ad un santuario e la sua recinzione), a ricreare un senso di sicurezza di base in un mondo pieni di volatilità, incertezza, complessità e ambiguità (VUCA, è un acronimo basato sulle teorie sulla leadership elaborate da Warren Bennis e Burt Nanusche, questi quattro elementi, secondo le teorie VUCA, rappresentano bene i tratti fondamentali del mondo) e a risvegliare le risorse del momento presente.

Jung diceva *rendi cosciente l'inconscio altrimenti è lui a dirigere la tua vita e lo chiamerai destino.*

2. L'ipnosi

2.1. Brevi cenni storici

L'ipnosi è un tema controverso però a mio avviso è la cosa più semplice che l'essere umano esercita o può esercitare ma, nella mia ricerca personale inizialmente era sempre stata fatta passare come una cosa difficile e pericolosa.

Al British Museum nel <<Papiro Gnostico>> (II secolo a.C) vi sono accuratissime descrizioni di tecniche ipnotiche. L'ipnotismo era già conosciuto nell'antico Egitto e in Grecia per fini curativi e religiosi. L'impostazione del lavoro terapeutico nei templi dedicati a Esculapio, figura mitologica greca evolutasi dalla figura di Imothep, ci permettono di evidenziare un utilizzo consapevole e strutturato, addirittura ambientalmente, dell'ipnosi come pratica medica. Seguentemente molti guaritori utilizzarono l'ipnosi, ma l'attenzione fu alla fine del 1700 con il dott. Franz Mesmer (medico tedesco 1734-1815) e col cosiddetto << magnetismo animale>> che l'ipnotismo divenne nuovamente oggetto di curiosità e speculazione. Secondo la teoria di Mesmer, alcuni soggetti sarebbero stati in grado di influenzare la mente e il corpo di un'altra persona. Mesmer sosteneva che sono gli stessi corpi umani, ad agire come magneti e proprio i corpi, hanno la capacità di trasmettere a ogni oggetto toccato un fluido invisibile: un mezzo per sbloccare gli ostacoli responsabili della malattia e riattivare i liberi movimenti dell'armonia.

La "vera" ipnosi fu indotta casualmente da un suo allievo, Puységur (1715-1825) nella sua casa di campagna dove ipnotizzò un contadino che, caduto in un sonno profondo, sembrava insensibile ad ogni richiamo. Improvvisamente Puységur ebbe l'intuizione e disse << alzati e cammina>>.

Il giovane obbedì.

Puységur perfezionò successivamente l'esperimento con altri soggetti e impartendo ordini che dovevano essere eseguiti al risveglio, fu così concettualizzata la <<suggestione post-ipnotica>>.

Ma solo nel 1842 James Braid (1785-1860) introdusse e adottò il termine ipnotismo. Egli studiò a fondo il fenomeno dell'ipnosi e si convinse della sua concretezza dimostrando come fosse possibile indurre il sonno con le sole parole senza l'ausilio di altre forze. Perciò, egli coniò il termine ipnosi, dal greco hypnos (sonno), ed effettuò interventi chirurgici col nuovo metodo (incisione di ascessi, cure dentarie, interventi ortopedici...).

Tanti altri studiosi nel tempo si occuparono dei fenomeni ipnotici (Richet, Bernheim, Ochorowicz, Noizet....).

A seguito di un periodo travagliato e contraddistinto da alterne sorti, l'ipnosi tornò in auge durante la Prima guerra mondiale con Hadfield che, col termine <<ipnoanalisi>>, introduceva l'ipnosi nel trattamento delle nevrosi di guerra mediante l'abreazione catartica delle emozioni cronicizzatesi a seguito dell'esposizione a situazioni belliche traumatiche.

Successivamente, a cavallo tra le due guerre, Hull (1884-1952), uno psicologo americano, attaccò il famoso fisiologo russo Pavlov confutando <<sperimentalmente>> le sue osservazioni secondo cui <<tanto l'ipnosi quanto il sonno comportano l'inibizione selettiva di certi centri cerebrali>>.

Ancora molti studiosi si susseguirono alcuni tra i tanti Prince, Schilder, Jung, White, Sears, McDougall (etc.).

Terminata la Seconda guerra mondiale fu fondata nel 1949 negli Stati Uniti la Society for Clinical and Experimental Hypnosis che 10 anni dopo divenne internazionale. Nel 1957 fu fondata l'American Society of Clinical Hypnosis, ad oggi le due società collaborano attivamente.

In Europa negli anni 1990 nasce society of hypnosis (ISH) e dell'european society of hypnosis (ESH).

2.2. Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS)

Dal 1965 il prof. Franco Granone (primario di neurologia a Vercelli, scienziato, neuropsichiatra, ricercatore) organizzò corsi di formazione all'ipnosi seguiti da psicologi e medici. Nell'inverno 1978/79 viene costituita un'Associazione Culturale per la formazione dell'ipnosi e si pensò di proporre l'iniziativa a Granone; prende vita così il Centro di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CICS) che nel corso degli anni successivi diventò Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS). Il primo Corso fu organizzato con la direzione di Granone nel 1981.

Ad oggi l'Istituto Franco Granone CIICS (Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale) è un'associazione scientifica senza fini di lucro che si propone di preservare e diffondere le conoscenze scientifiche del fondatore in materia di ipnosi e scienze affini, promuovere con idonei mezzi la ricerca e l'applicazione dell'ipnosi in campo scientifico e terapeutico, stabilire rapporti di reciproca collaborazione con associazioni italiane ed estere consimili e promuovere progetti di formazione per il corretto impiego dell'ipnosi in ambito diagnostico, terapeutico e sociale.

L'Istituto è società costituente dell'International Society of Hypnosis (ISH) e dell'European Society of Hypnosis (ESH).

La filosofia Granoniana, riportata dagli Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone – CIICS, riunitosi in data 2-3 dicembre 2023 a Montegrotto (PD), si basa su tre assiomi: monoideismo, ipnosi ed ipnotismo descrivendo nei tratti essenziali una filosofia nella quale coincidono il fare e il sapersi servire del ciò che si fa.

Questa tesi si fonda sugli insegnamenti ricevuti dai Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS

2.3. Cos'è l'ipnosi

Per poter parlare di ipnosi bisogna inizialmente chiedersi cosa non è l'ipnosi.

L'ipnosi non è:

- Sonno, la persona sotto ipnosi può rispondere alle domande, può compiere dei movimenti o delle azioni a comando....
- Magia legata a poteri occulti, a procedure alchemiche, a riti propiziatori
- Succubanza o forzatura della volontà attraverso per esempio: forme di plagio, tecniche persuasive
- Siero della verità che tende a rendere i soggetti loquaci e cooperativi
- Trucco legato alla prestidigitazione o ad altre forme di illusionismo

Allora cos'è l'ipnosi?

Di seguito le definizioni uscite dal gruppo di lavoro di Montegrotto (2023)

l'ipnosi è:

- una coscienza particolare,
- fisiologica, l'ipnosi è uno stato che già proviamo nella nostra vita modificando il nostro stato mentale per esempio: quando leggiamo un libro, quando guidiamo senza pensiero (stato ipnoidale)
- dinamica, ha oscillazioni in alternanza

durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali (necessarie nella psicoterapia) e somato-viscerali (utili in medicina per aiutare le persone di liberarsi di disagi), per l'instaurarsi di monoideismi plastici (pilastro fondamentale dell'ipnosi, senza monodeismo non si realizza l'ipnosi) e una relazione privilegiata operatore –

soggetto (all'interno di questa relazione possiamo inserire sia il RAPPORT, rapporto ipnotico, che il RAPPORTO, cioè la relazione speciale che esiste nei rapporti interpersonali).

Volendo fare un riassunto potremmo dire che l'ipnosi si basa su tre cardini principali che sono:

- La Coscienza particolare
- Monoideismo Plastico
- Rapport

2.4. La coscienza particolare

La coscienza particolare è una condizione di coscienza fisiologica e dinamica che raggiungiamo durante l'ipnosi ovvero, una dissociazione psichica fisiologica (e non patologica) più o meno completa in cui il soggetto prova un'esperienza diversa dalla condizione della coscienza di veglia. Solitamente durante l'ipnosi si possono esperire: benessere, distacco dalla realtà, distorsione temporale, distorsioni percettive, percezioni ed emozioni amplificate, amnesia anterograde o retrograda, ipermnesia, allucinazioni positive o negative.

Possono essere riscontrati anche degli indici osservabili dall'esterno: il rilasciamento della tensione muscolare, la modificazione del ritmo respiratorio, e la comparsa di fenomeni motori come, ad esempio, la levitazione del braccio.

<< ... suggestionabilità d'apparato: quella che tradizionalmente era definita suscettibilità d'organo o d'apparato e che era attribuita alla teoria costituzionalistica e alle leggi dei riflessi condizionati (Pavloviani per esempio), è oggi considerata dipendente dal contesto, dalle esperienze esistenziali significative, dal rapport, dal bisogno, dalla motivazione, dai condizionamenti e da ulteriori fattori non del tutto noti. Di fatto appare che, fatte salve le riserve generali sull'ipnotizzabilità o abilità

ipnotica, ogni soggetto, una volta raggiunto il monoideismo plastico, può realizzare qualsiasi fenomeno vantaggioso e da lui accettato che gli venga suggerito mentre è in ipnosi... >>

I monoideismi che il Prof. Granone utilizzava per verificare l'ipnotizzabilità di un soggetto e il suo grado di trance, riassunti con l'acronimo di LE.CA.MO.I.A.S.CO, e che contribuivano all'ipotesi della suggestionabilità d'organo, sono i seguenti:

LE.vitazione (sollevamento di una mano o di un braccio)

CA.talessi

MO.vimenti automatici

I.inibizione movimenti volontari

A.nalgesia

S.anguinamento

CO.ndizionamento

Questo acronimo è utile al fine di riassumere i principali monoideismi suggeribili e per impostare una sommaria valutazione delle capacità ideoplastiche del soggetto.

Oggetto del lavoro nella procedura ipnotica, invece, è la suggestione.

La suggestione è: "offrire una rappresentazione in modo diretto senza fornire al soggetto elementi che stiano a sostegno del suo significato, utilizzando le capacità che il soggetto ha di trasformare la comprensione del significato della rappresentazione nell'atto corrispondente. La suggestione, quindi, non si manifesta come immediata e acritica accettazione di un'idea da parte del soggetto, bensì si tramuta, per mezzo dell'assenso del soggetto, al contempo cosciente e non ma sempre deliberato, in una persuasione e questa, in virtù della sua carica emotiva/sensoriale, in un fenomeno di monoideismo plastico".

L'insieme delle suggestioni elaborate per mezzo del confronto diretto con il paziente ed i suoi bisogni, sono intese nel corpo dell'ipnosi, vera originalità del sistema curativo di Granone. Durante questa fase, le suggestioni assumono la forma di veri e propri copioni o *script* che fungono da lavoro terapeutico.

2.5. Il monoideismo plastico

Monoideismo (una sola idea) plastico (che si realizza), è uno dei pilastri portanti dell'ipnosi; non è la materializzazione di un pensiero ma, bensì, la realizzazione di un pensiero che è in grado di produrre un cambiamento soggettivo e oggettivo (quantificabile e misurabile) nel soggetto.

Il monoideismo <<... è la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile. La componente emozionale del monoideismo è imprescindibile. Non è la coscienza che agisce, ma l'ideoplasia con una certa elaborazione a livello dell'Inconscio poetico ...>>

Una delle definizioni più semplici e nella sua semplicità così facile da capire è stata quella del dott. Antonio Maria Lapenta (Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria, Ipnotologo, Ipnoterapeuta –Ex Presidente e Didatta dell'Istituto Franco Granone C.I.I.C.S) che delinea il monoideismo come<<... una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico...>>.

L'ipnotizzabilità è dunque la capacità di realizzare dei monoideismi plastici ed esistono delle variabili che possono favorire o ostacolare tale capacità.

Variabili favorevoli:

- rapporto positivo (esempio: ho fiducia nella persona che mi sta parlando, è sincera simpatica amorevole, sono sicura che vuole aiutarmi per il mio bene...),
- motivazioni (esempio: voglio stare meglio per essere più serena con i miei figli...),
- aspettative (esempio: spero di riuscire a gestire questo dolore),
- abilità nell'apprendimento correlato con l'età (gli anziani hanno poca capacità di concentrazione, si stancano molto velocemente, hanno poca pazienza) e non ultima,
- le compatibilità culturali,

- la condizione cognitiva del paziente.

Tra le variabili ostacolanti possiamo trovare:

- il rapporto negativo (esempio: quell'operatore è maleducato e scostante, non mi piace, mi irrita di conseguenza non credo in ciò che dice e non lo voglio nemmeno ascoltare),
- i pregiudizi (esempio: l'ipnosi è una magia, ti possono far fare e dire ciò che vogliono, ti possono usare, truffare ...),
- la paura (esempio: l'ipnosi è pericolosa e dannosa puoi non riuscire più ad essere te stesso, in balia di forze oscure ...).

2.6. Il Rapport

Il rapporto ipnotico è la particolare relazione maieutica, dinamica, bidirezionale ed empatica che si instaura nel qui e ora tra operatore e soggetto, addivenendo a una sincronia interazionale sia psichica sia somatica.

Il rapport ipnotico è simile al rapporto maestro – allievo, l'operatore entra in sintonia con l'esperienza cognitiva ed emozionale del soggetto e lo guida; l'operatore è infatti una guida nei confronti del soggetto, proponendogli dei suggerimenti (suggerzioni), per poterlo condurre alla realizzazione di quel monoideismo che comporta a sua volta il cambiamento psichico o fisico.

IL rapporto psicoanalitico è un transfert (traslazione verso l'operatore dell'affetto genitoriale) e controtransfert (sentimento di rimando dell'operatore nei confronti del soggetto), questi due aspetti sono fondamentali per la realizzazione dell'ipnosi.

Vi è anche la condivisione inconscia dei modelli di pensiero, percezione e linguaggio poiché si attiva un dialogo inconsapevole tra gli emisferi destri del comunicatore e dell'interlocutore, in ipnosi il rapporto ipnotico e quello transferale coesistono.

Chi esercita l'ipnosi?

L'Istituto Franco Granone CIICS definisce più tipi di operatore:

Ipnologo (già ipnotista): studioso esperto di ipnosi

Ipnologo clinico: colui che utilizza l'ipnosi nel proprio ambito di competenza

Ipnositerapeuta: chi utilizza l'ipnosi nella terapia. L'utilizzo dell'ipnosi nella psicoterapia strutturata è riservato per legge esclusivamente agli iscritti a idoneo Albo

Ipnotizzatore: colui che utilizza l'ipnosi a scopo di intrattenimento ai sensi dell'art. 728 c.p.

Tutti questi operatori praticano dunque l'ipnotismo: la procedura necessaria per indurre e lavorare con l'ipnosi. Non bisogna confondere il metodo induttivo con la condizione raggiunta.

Cosa si può ottenere con l'ipnosi e dove si applica in clinica?

Con l'ipnosi è possibile ampliare o ridurre le sensazioni corporee, modificare il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura cutanea, intervenire sul sistema neurovegetativi, immunitario, neuroendocrino, sulla memoria e le emozioni, sui parametri spazio-temporali e sulla riduzione del dolore.

L'ipnosi in clinica si applica in tantissimi ambiti da quello psicologico /psicoterapeutico (ansia /depressione, manifestazioni psicosomatiche, disturbi della condotta alimentare, disfunzioni sessuali etc.); a quello prettamente sanitario dove i campi di applicazione di tale disciplina sono vari e numerosi:

- come prevenzione nella gestione dell'ansia: causa delle malattie stress correlate,
- in preparazione agli esami endoscopici, RMG, esami di emodinamica, al momento della prescrizione o altro momento,
- contestualmente alla procedura,
- durante il ricovero ospedaliero,
- durante terapie / procedure particolari,
- gestione delle emergenze,

- autogestione dei sintomi.

Nota: L'uso di questa tecnica è controindicato in quei soggetti con un compromesso rapporto con la realtà, oppure oligofrenici o con difficoltà di apprendimento.

3. L'importanza della comunicazione nel rapporto infermiere – paziente

3.1. La comunicazione

Le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e a loro volta, gli altri non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro; ogni comunicazione, perciò, implica un impegno e per questo definisce la relazione.

Riassumendo si può dire che una comunicazione non soltanto trasmette informazione ma, al tempo stesso impone un comportamento.

Nel modello di Jakobson (1958 linguista -semiologo russo) la comunicazione è una trasmissione dinamica, cioè uno scambio di informazioni mediante uno o più linguaggi tra un emittente e un destinatario. Questa trasmissione avviene attraverso un canale (per cui la comunicazione non si ferma esclusivamente alle parole) e all'interno di questo canale sono fondamentali gli attori con le loro richieste, necessità, il codice linguistico, il contesto e le circostanze dove l'atto ha luogo.

Questo modello considera che gli attori coinvolti sono soggetti creativi, che esistono degli aspetti contestuali e circostanziali.

Con Bateson (antropologo, sociologo e psicologo britannico-1972) e Watzlawick (psicologo e filosofo austriaco-1967) il modello cambia ulteriormente introducendo il concetto che tutto è comunicazione. Questi autori sostengono che la comunicazione sia l'espressione della relazione che intercorre tra mittente e destinatario.

Ad esempio: "...questo taglio di capelli ti invecchia..." avrà un effetto diverso a seconda di chi lo dice in base al tipo relazione presente tra i due sogg., e da quante volte viene ripetuta.

P. Watzlawick - J. Helmick Beavin - Don D. Jackson promuovono i 5 assiomi della comunicazione:

1. Comunque ci si sforzi, non si può non comunicare, qualsiasi interazione umana è una forma di comunicazione ed è un bisogno biologico
2. Gli esseri umani comunicano sia in modo analogico (per esempio: non verbale) che digitale (verbale)
3. La punteggiatura che cambia la prospettiva ogni qualvolta finisco una frase
4. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione che classifica la relazione. Ogni comunicazione comporta un aspetto di metacomunicazione che determina la relazione tra i comunicati, ad esempio: se dici 'non fa niente' con aria arrabbiata stai comunicando 'non fa niente' mentre meta-comunichi il contrario.
5. La comunicazione può essere simmetrica o complementare ¹

Il modello di Argyle (psicologo del comportamento interpersonale - 1967) unificò un po' tutti questi modelli affermando che la comunicazione è un'abilità acquisita e migliorabile con la pratica. Argyle concilia verbale e non verbale nel suo modello asserendo che la comunicazione è un processo reciproco e coinvolge gli attori coinvolti.

Ma, quanti tipi di comunicazione esistono?

- La comunicazione verbale, parlata o scritta, è composta da parole legate a regole grammaticali, sintattiche e nessi logici
- Il paraverbale, si riferisce al modo in cui la comunicazione viene espressa verbalmente (per esempio: il volume il timbro l'intonazione della voce, le risate, il silenzio ecc)
- Il non verbale comprende tutto quello che viene comunicato dal corpo e non solo (per esempio: la prossemica (comunicare con la posizione e la distanza tra i corpi), la vestemica (comunicare con il proprio abbigliamento), l'oggettemica

¹ vedi P.Watzlawick-J.Helmick Beavin-Don D.Jackson Pragmatica della comunicazione umana .pg.58/59 -Astrolabio 1971

(comunicare con l'oggettistica il proprio status o appartenenza sociale), la cinesica...²

I gesti, le posture, le espressioni del viso sono indicatori emozionali che trasmettono all'interlocutore la loro presenza e possono essere volontari o involontari, congruenti o meno. Completano l'informazione dello stato emotivo del paziente in quel momento, devono comunque sempre essere contestualizzati, per esempio: se gesticolo mentre spiego una lezione in classe, la trasmissione emotiva sarà molto diversa che se gesticolerò allo stesso modo in un ristorante.

Non è da dimenticare che anche il sintomo è una comunicazione.

Il corpo e il cervello sono inseparabili sul piano fisico e mentale, è impossibile anche solo avere un pensiero senza che riverberi nel corpo.

Il dolore è probabilmente il sintomo e la preoccupazione più comune dell'umanità, è così comune e universale da far credere che sia facile comunicarlo e dividerlo. Invece è stato disatteso e frainteso per secoli.

Il dolore è molto più di un sintomo. È un aspetto essenziale della vita e della relazione tra l'individuo e il mondo esterno.

Il dolore ha inevitabili implicazioni psicologiche, antropologiche, filosofiche, etiche e religiose e, per questo, richiede un approccio transdisciplinare³

Il concetto di dolore comporta un doppio legame tra il significato di danno fisico e disagio mentale: anche la sofferenza in assenza di dolore corporeo è considerata come dolore psicologico <<... il concetto di dolore psicologico (per esempio, il lutto) in psichiatria definisce tutte le condizioni che coinvolgono una sensazione sgradevole duratura e insostenibile legate all'incapacità del sé di affrontare l'avversità subita...>>⁴

2 vedi P.E.Balboni - F. Caon La comunicazione interculturale-Elementi Marsilio

3 Prof. E.Facco – spec.in anesthesiologia e rianimazione, in neurologia, Studium Patavinum- Dip.di neuroscienze, Università di Padova- It.F.Granone-Centro di Ipnosi Clinica e Sperimentale To

4 Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions (Internet). Vol 20, Current Psychiatry Reports. CurrentMEDICINE Group LLC 1; 2018 (cited 2021 May 3)

3.2. La comunicazione ipnotica in ambito clinico

Grandi oratori come Cicerone, Roosevelt, Churchill, Gandhi e Martin Luther King avevano compreso pienamente che le parole non sono solo sterili lemmi ma che, una volta scelte adeguatamente, sono inneschi e stimolano negli altri delle reazioni emozionali in grado di produrre e, addirittura, cambiare i comportamenti.

Un esperimento, primo nel suo genere, ha indagato uno dei principi cardine della meccanica quantistica, ossia il rapporto tra osservatore e realtà.

L'esperimento immaginato da Brukner fisico teorico dell'università di Vienna, è stato realizzato sperimentalmente, da una équipe di ricerca coordinata da Wired Fedrizzi che ha portato all'affermazione che non esiste alcuna realtà oggettiva⁵.

Ma cosa si intende per realtà? "...si intende il modo di essere delle cose in quanto esistono fuori dalla mente umana o indipendentemente da essa⁶".

La realtà è dunque legata all'esperienza del soggetto e in quanto tale, l'esperienza può essere modificata; la modifica più efficace è quella neurocettiva.

Come avviene questo processo?

Il nostro cervello è suddiviso in tre aree principali:

- quello rettiliano che è sede degli istinti primari, della conquista e della difesa, della sessualità e dei ruoli sociali, delle reazioni lotta-fuga.

Il cervello rettiliano governa le nostre azioni in modo più potente delle altre parti del cervello ma, meno consapevole

- quello limbico, sede delle emozioni e dei sentimenti correlato ai legami affettivi-emozionali a paura, piacere, gioia, libertà, etc...

⁵ Experimental rejection of observer-independence in the quantum world, ArXiv. Articolo apparso originariamente in inglese su The Conversation. Traduzione a cura della redazione di Galileo

⁶ Cfr. AA.VV., Nuovissima Enciclopedia Universale Curcio delle Scienze, delle Lettere, delle Arti, 16 Voll., Armando Curcio Editore, Milano, 1977-1986, Vol. 13.

- quello neocorticale sede della razionalità e della logica, delle funzioni cognitive e delle relazioni causa-effetto, della consapevolezza, governa le nostre azioni in modo più consapevole ma, meno potente del cervello rettiliano⁷

Indirizzando la comunicazione sul livello percettivo (cervello rettiliano e limbico) otterremo l'attivazione di risposte al di sotto della consapevolezza che determinano radicalmente il modo in cui rispondiamo agli stimoli.

Aggiungiamo qui un nuovo tassello, non soltanto la modifica più efficace è quella neurocettiva ma è anche inconsapevole.

Esempio: il dolore riferito dal paziente è reale, anche se non c'è un danno tissutale vero o potenziale.

Il dolore è esperienza, quindi solo soggettiva, il danno può essere attuale o potenziale, il dolore può essere sperimentato, quindi reale, anche in assenza di danni fisici rilevabili; ogni individuo impara l'applicazione della parola dolore per il tramite delle esperienze correlate ai traumatismi della prima infanzia (IASP, 1979,2020).

Il paziente quindi lo considera dolore in base alle sue esperienze, ma la cornice dell'esperienza può essere modificata e questo cambia percezione e realtà, come abbiamo sottolineato prima, la modifica neurocettiva è molto più efficace.

⁷ Modello di MecLean- ripartizione fisica del cervello in aree evolutive

3.3. Fasi della procedura ipnotica

- Pre-talk
- Induzione
- Approfondimento
- Script
- Ancoraggio
- Esduzione
- Coda

3.3.1. Pre-talk

Nessuna tecnica comunicativa può essere efficace se non vi è alla base una fiducia, il primo obiettivo infatti è, soprattutto inizialmente (fase pre-talk), aumentare la fiducia e, in questo modo, ridurre la critica, infatti il pre-talk è lo sviluppo di una relazione cordiale e aperta, l'ascolto e costruzione della relazione di fiducia, l'abbassamento della critica, la condivisione degli obiettivi e adesione alla terapia, la stabilizzazione della relazione con la ricerca anche dei canali comunicativi preferenziali.

<<... la fiducia non si acquista per mezzo della forza. Neppure si ottiene con le sole dichiarazioni. La fiducia bisogna meritarsela con gesti e fatti concreti...>> Papa Giovanni Paolo II

Per aumentare questo atteggiamento di fiducia bisogna individuare e utilizzare il canale comunicativo (visivo, cinestesico, uditivo...) preferito dalla persona. Questo elemento è l'assonanza (neurocezione della sicurezza), cioè parlare con lo stesso linguaggio, usando parole comuni utilizzate dal soggetto per rapportarsi, descrivere situazioni ecc. (ciò che è simile ci tranquillizza).

Esempi di frasi che utilizzano i vari canali comunicativi:

Visivo

Parole del sistema visivo da poter utilizzare: guardare, vedere, colore, quadro, chiarire, impressione, limpido, fosco, nascosto, splendore, luminoso, apparentemente, palesemente...

Esempio

paziente: -non vedo con chiarezza quello che alla fine hanno deciso di fare, l'ultima volta non ho visto nessun risultato positivo-

infermiere: -la scorsa volta non avevano messo a fuoco bene il suo problema, ora però avendo ben chiara la sua situazione, vedrà che il risultato finale sarà diverso-

Uditivo

Parole del sistema uditivo da poter utilizzare: sentire, ascoltare, divulgare, amplificare, discorrere, rumore, ritmo, scandire, armonico, sviolinata, melodioso, verbalmente...

Esempio

paziente: -l'altra volta ho sentito durante l'esame un dolore davvero acuto -

infermiere: - questa volta sentirà che saremo più armoniosi, più silenziosi -

Cenestesico:

Parole del sistema del sistema cenestesico da poter utilizzare: tastare, afferrare, modellare, scaldare, concreto, spessore, brivido, avvolgente, teneramente, gustoso, profumato, essenza, morbidezza...

Esempio

paziente- l'altra volta ho provato dolore già quando il medico mi toccava - infermiere:
-il medico che lavora qui è molto bravo, questa volta sarà leggerissimo, sarà come una nuvola, vedrà saremo tutti come un soffio-

Per aumentare la fiducia dobbiamo anche formalizzare un contratto esplicito o implicito (concordare con il paziente cosa vogliamo ottenere, suggerirgli quale vantaggio possiamo raggiungere con questa pratica, indicare il percorso per raggiungere l'obiettivo), gratificare il soggetto per ogni passaggio realizzato (molto bene, continua così, bravo...), trasmettere empatia e attenzione ai bisogni.

Esempio: ti servirà imparare a gestire meglio alcune situazioni durante il travaglio perché sarà più facile per te arrivare all'essere madre con più serenità.

Un piccolo spazio a parte lo voglio dedicare all'empatia che è una comprensione rispettosa di quello che gli altri provano.

Dice Marshall B. Rosenberg (psicologo statunitense padre della Comunicazione Non Violenta (CNV) anche detta comunicazione empatica, collaborativa o linguaggio giraffa, modello comunicativo ideato nel 1960), nel libro "Le parole sono finestre oppure muri": <<...Invece di offrire empatia spesso abbiamo un impulso a dare consigli o rassicurazioni e a spiegare la nostra opinione o i nostri sentimenti personali. L'empatia, invece, ci chiede di svuotare la nostra mente e di ascoltare gli altri con il nostro intero essere...>>.

E ancora <<...la nostra capacità di dare empatia ci permette di essere vulnerabili, di ridurre la violenza potenziale, di aiutarci ad ascoltare la parola "no" senza prenderla come un rifiuto, di ridare vita ad una conversazione spenta e persino di ascoltare i sentimenti ed i bisogni espressi tramite i silenzi. Molte volte le persone che hanno avuto un sufficiente contatto con qualcuno che li ascolta empaticamente possono superare gli effetti paralizzanti del dolore psicologico...>>

Nella comunicazione ipnotica ci sono anche degli strumenti linguistici che ci permettono di abbassare la critica per cui le resistenze (razionali) del paziente e agire

così sulla neurocezione della sicurezza; neurocezione è quel processo attraverso il quale il nostro sistema nervoso rileva in ogni momento della nostra vita gli indizi di sicurezza, pericolo e minaccia provenienti dal nostro corpo, dall'ambiente circostante e dalle nostre connessioni con gli altri. Una neurocezione della sicurezza promuove stati di calma, di coinvolgimento sociale, di connessione con gli altri.

Questi strumenti sono rappresentati dai:

Truismi, verità ovvie e incontestabili che creano nel soggetto l'effetto neurofisiologico e inconsapevole di trovarsi di fronte ad una persona che dice cose vere e di cui potersi fidare ed aprono la strada ad affermazioni meno vere ma verosimili che vengono accolte più facilmente perché prima le ho detto delle cose vere.

Esempio: Buongiorno, questa mattina è arrivata in macchina (vero), la ha accompagnata sua nipote (vero), è passata dalla portineria (vero)

Yes Set, (quello che io dico e tu dici è verità assoluta per entrambi per questo è impossibile usare giudizi che potrebbero essere veri per me ma, non per lui); nel Yes Set bisogna fare dire sì al paziente (alcuni studi suggeriscono almeno tre volte) crea un campo di assenso che aumenta la fiducia e predispone, per coerenza ad un altro sì
Esempio: ha portato le impegnative? (sì)

Ha preso i documenti? (sì)

Ha già fatto l'accettazione? (sì)

Molto bene allora sei pronto per andare a fare l'esame

Rinforzi e i complimenti (bene, bravo, continua così) riconoscendo al paziente le sue capacità.

In psicologia, il rinforzo positivo consiste nel premiare e ricompensare un determinato comportamento per promuoverne la ripetizione.

Suscitare desideri e aspettative (vantaggi che si possono ottenere con questa pratica)

Focalizzare l'attenzione su alcuni fenomeni cercando sempre di più di isolare il paziente dagli stimoli esterni

Sottrarre energia alla critica con compiti diversi

Non si comunica solo con le parole (comunicazione verbale) ma anche con i gesti, le espressioni visive, i movimenti del corpo (non verbale) ed il tono della voce (paraverbale).

Quando non vi è allineamento tra questi tre livelli, tende a vincere il non verbale, per questo è molto importante che noi prestiamo attenzione non solo a cosa diciamo ma anche come lo diciamo.

Guardiamo allora con più attenzione da cos'è formata la comunicazione non verbale. Tutti noi comunichiamo con tutto il corpo e non solo...! Per esempio: usiamo la cenestesica per comunicare con le espressioni del volto e la postura del corpo.

P. Ekman sostiene che le emozioni sono legate alla nostra capacità di trasmetterle tramite delle "unità di azione" legate ai muscoli della faccia e ne evidenzia sei. Inoltre, suppone che alcune espressioni del viso possano essere universali

Ancora Ekman e Friesen (1968) redigono una classificazione dei gesti che a loro avviso possono essere:

emblematici: sono intenzionali, esprimibili verbalmente e che comunicano un concetto chiaro, condivisi culturalmente o sub culturalmente. Normalmente si usano quando si è impossibilitati a utilizzare un canale verbale (rumore, distanza)

illustratori: portano l'attenzione di chi sta ascoltando su qualcosa che il mittente vuole sottolineare

regolatori: regolano la comunicazione, per esempio, l'alzata di mano in un gruppo di lavoro

adattatori: sono gesti atti ad appagare necessità fisiche o manifesterebbero degli stati emotivi, ristabilizzerebbero l'omeostasi emozionale a livello somatico;

Sono gesti adattatori gli "auto-adattatori" manipolazioni sul proprio corpo, "gli etero-adattatori indirizzati sull'interlocutore o su di un partecipante alla comunicazione, "oggetto-adattatori" manipolazione di oggetti a disposizione del soggetto.

Riconoscere queste capacità di “trasmettere” attraverso il corpo, ci aiuta a capire quanto è importante prima di ogni altra cosa osservare bene il nostro paziente e saperlo accogliere.

Dopo aver ridotto la critica e aumentato la fiducia, sia con i canali comunicativi, sia con una congruenza tra i vari livelli di linguaggio, occorre costruire un rapporto.

Il rapporto nella comunicazione infermiere paziente è molto importante perché ci permette di << agganciarci>> al soggetto;

se riusciamo ad agganciarci i suggerimenti comunicativi che proponiamo al paziente saranno accolti.

Il paziente arriva normalmente da noi in una condizione clinica che spesso è un vissuto ansiogeno portando con sé memoria diretta o indiretta della prestazione sanitaria *subita* in precedenza o da *subire*, per es<<...ho già fatto la epidurale e la sofferenza che ho provato me la ricordo ancora e ora, che la devo rifare, sono in ansia perché so che fa male...>>

oppure <<...il mio vicino di casa ha fatto lo stesso esame e mi ha detto che è molto doloroso...>>

Il paziente in questo modo, crea un’immagine che porta ad una condizione di allerta con i sensi molto attivi, anticipando così quello che ancora non c’è.

L’immagine creata, a sua volta causerà degli effetti fisici (farfalle nello stomaco, nausea, tachicardia, aumento della pressione...etc) ma, siccome la realtà deriva da tutto ciò che è esperienza e nel qui ed ora agisce immaginando cosa sarà nel futuro, il paziente sta lavorando in tre parti del tempo, il passato, il presente ed il futuro per cui con la comunicazione ipnotica, si può lavorare sul presente per modificare il futuro.

Per poter fare ciò, abbiamo a disposizione due parole “magiche” da usare NUOVO e DIVERSO; nel momento in cui l’infermiere dice al paziente che questa esperienza sarà nuova e diversa, sta cancellando tutti i presupposti in cui il sogg. sta immaginando il

futuro perché non conoscendo il come sarà, il cosa succederà, non può immaginare il come e il cosa accadrà nel futuro.⁸

Dopo la fiducia il paziente deve sentire che c'è anche intesa, perché prova un sentimento di accoglienza e di comprensione (Esempio: se il paziente dice che ha paura la sua esperienza è di paura e sminuirlo non serve).

Per cui accolgo l'altro gli faccio capire che sono lì per lui, lo sto ascoltando e lo sto osservando evitando qualunque giudizio.

3.3.2. Induzione

<<... è qualunque modalità, adeguata all'operatore, al soggetto e al rapporto ipnotico, atta a innescare il monoideismo plastico. Tutte le tecniche induttive di ipnosi, anche quelle che non si definiscono come tali, possono essere valide, secondo chi le esegue e le modalità e il tempo della loro applicazione, quando portano alla realizzazione del monoideismo plastico. L'induzione consiste nell'attivazione dell'emisfero destro quando lenta e anche nell'attivazione dei centri posteriori e del precuneo quando più rapida. Ciò conferisce all'induzione caratteri di realtà ontica a sé stante >>⁹

Esistono molte tecniche di induzione.

Si parla di induzione diretta quando l'ipnotista "dichiara" in modo esplicito di iniziare un processo ipnotico e utilizza metodiche tendenzialmente direttive che guidano la persona in trance, mentre di induzione indiretta quando l'ipnotista attraverso una serie di manovre verbali e para-verbali (abbassamento tono e ritmo della voce, ad esempio) accompagna le persone nello stato ipnotico.

⁸ 8-M.Muro lezione del 14/10/2023 presso OPI Va – Applicazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in ambito clinico

⁹ Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Regaldo G, Facco E, Marchetti P, Schiff S, Tosello MT, Giacomello M, Rossi AM, Amodio P. Relaxation versus fractionation as hypnotic deepening: do they differ in physiological changes? *Int J Clin Exp Hypn* 2012; 60: 338-355

Come scegliere la tecnica più appropriata in base alla situazione e agli obiettivi?
Deve essere una tecnica che sentiamo ci appartiene nella quale mi devo riconoscere!
È importante apprendere ed esercitarsi con più tecniche anche se avremo \nel tempo, le nostre preferite; alcune volte la tecnica induttiva si sceglie in base anche al contesto in cui il sogg. è in quel momento e alle sue necessità in base alle sue caratteristiche.
Ciò che differenzia le varie tecniche induttive è l'oggetto della focalizzazione attentiva adoperato per ottenere un monoideismo, la modalità comunicativa e la cifra stilistica: in sintesi posso utilizzare un oggetto interno o esterno, una modalità diretta o indiretta, uno stile autoritario o permissivo.

3.3.3. Approfondimento

Durante questa fase, si va a ricercare il grado opportuno di concentrazione, focalizzazione ed espansione della condizione di ipnosi. Pertanto, si propongono ulteriori monoidesismi, compatibili con quello suggerito per l'induzione, in modo da saggiare e amplificare progressivamente la condizione di ipnosi già raggiunta.

3.3.4. Script

È un insieme di immagini, metafore, descrizioni, che vanno a caratterizzare e sostenere le suggestioni utilizzate nel corpo dell'ipnosi, ossia la parte attuativa e curativa vera e propria, cioè dove si va a lavorare sull'obiettivo prefissato (P. Granone psicologo psicoterapeuta- CIICS)

3.3.5. Ancoraggio

Àncora: punto di sicurezza della nave nel porto - **Coraggio:** il sentimento necessario per affrontare il quotidiano

3.3.6. Esduzione

È il ritorno alla coscienza ordinaria, solitamente la procedura utilizzata per questa fase è inversa a quella dell'induzione e compatibile con essa nei termini scelti: al tre tu aprirai gli occhi, oppure fai un respiro lungo e profondo e poi riapri gli occhi etc.

3.3.7. Coda

È un lasso di tempo, immediatamente successivo all'esduzione, durante il quale il soggetto è più suscettibile o più facilmente suscettibile ad essere re-indotto o a ritornare in una condizione di ipnosi (P. Granone CIICS)

3.4. Obiettivi della comunicazione ipnotica nel rapporto infermiere - paziente

L'infermiere tramite le tecniche di comunicazione ipnotica, come dice Milena Muro, ha come obiettivo di aumentare la capacità di saper gestire la relazione terapeutica, cioè può permettere al paziente di migliorare l'adesione alla procedura e alla terapia intervenendo su quella quota di dolore procurata dagli stessi interventi sanitari che, a volte, può essere sottovalutata.

Un secondo obiettivo dell'assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'autoefficacia, dell'autodeterminazione, della stima di sé, stimolando risorse latenti e portando il soggetto a riappropriarsi delle proprie capacità potenziali. Utilizzare la comunicazione ipnotica nelle procedure invasive dà modo agli infermieri di accompagnare il paziente a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psicofisico, riducendo l'intensità dell'ansia e del dolore percepito durante, per esempio, alcune procedure sanitarie. Per garantire un utilizzo efficace della comunicazione ipnotica, è fondamentale che i professionisti sanitari ricevano una formazione adeguata.

Protocolli chiari e linee guida specifiche possono aiutare a garantire un'implementazione sicura e coerente di questa pratica nell'assistenza sanitaria.

4. Analisi della produzione scientifica nell'utilizzo dell'ipnosi nelle professioni sanitarie con particolare attenzione sulle scienze infermieristiche

La comunicazione ipnotica, come già detto in precedenza, rappresenta l'utilizzo consapevole e strategico dei meccanismi neurofisiologici di codifica e decodifica delle parole, della comunicazione e delle interazioni con l'obiettivo di proporre alla persona cambiamenti utili per sé stessa agendo su di un piano neurocettivo.

4.1. L'ipnosi e l'infermiere

L'ipnosi e il Nursing dimostrano di avere affinità;

analizziamo l'art.1 del DM 739/94:

Art.1 comma 2: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

Art.1 comma 3

L'infermiere:

partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

identifica i bisogni assistenziali infermieristici della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico

garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

per l'espletamento della funzione si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;

svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.

Art.1 comma 4: “Questo comma afferma che l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al profilo professionale e alla ricerca”.

Art.1 comma 5: è dedicato alla “formazione infermieristica post base per la pratica specialistica intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

sanità pubblica

pediatria: infermiere pediatrico

salute mentale-psiatria: infermiere psichiatrico

geriatria: infermiere geriatrico

area critica: infermiere di area critica”

Art.1 comma 6: questo comma dichiara che “essendoci esigenze emergenti del servizio sanitario potranno essere individuate, con decreto del Ministro della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica”

La pratica di utilizzare la comunicazione ipnotica con il paziente durante l'assistenza nelle procedure invasive diagnostiche terapeutiche, rientra quindi nelle competenze infermieristiche, in quanto si tratta di conoscere ed applicare in modo consapevole la comunicazione e la sua influenza nel generare l'esperienza, guidando il paziente ad una migliore compliance alla procedura, con il risultato, di una riduzione dell'ansia e della percezione del dolore.

È proprio con questo obiettivo che è stata introdotta già nei primi anni 2000, la comunicazione ipnotica nel Presidio Ospedaliero Molinette di Torino, conseguentemente ad un'iniziativa condotta nell'ambito dei programmi coordinati dal COSD (Comitato aziendale Ospedale Senza Dolore). Dopo anni di verifica sugli esiti di questa modalità assistenziale è stato evidenziato il forte impatto in termini di efficacia

sulla riduzione del dolore e dell'ansia percepiti durante l'esecuzione delle procedure invasive o terapeutiche in particolari popolazioni.

Nel 2007 è stato condotto uno studio pilota con l'obiettivo di valutare l'efficacia della tecnica in questo contesto. Sono state arruolate 49 donne che avevano subito un intervento chirurgico al seno e che dovevano essere sottoposte a mammografia. Le pazienti sono state addestrate da un'infermiera esperta in comunicazione ipnotica all'uso dell'autoipnosi durante l'esame, al termine del quale c'è stata una valutazione dell'intensità del dolore e delle emozioni sperimentate durante la procedura, confrontata con la valutazione delle esperienze precedenti. Il dolore percepito utilizzando l'autoipnosi si è ridotto più del 50% rispetto alle esperienze precedenti e l'ansia e le emozioni ad essa correlate si sono ridotte mediamente del 70%, confermando i dati presenti in letteratura. Tra il febbraio e il novembre 2008 è stato condotto un ulteriore studio osservazionale su un campione di convenienza di 188 pazienti, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'uso della comunicazione ipnotica nella riduzione del dolore e dell'ansia generati da procedure interventistiche. Hanno partecipato alla ricerca le strutture di Terapia del Dolore e Cure Palliative, Endoscopia Digestiva, Emodinamica, Day Hospital Ematologico, Broncoscopia e Nefrologia ed è stata valutata l'efficacia della comunicazione ipnotica invece dell'utilizzo del farmaco sedativo o analgesico previsto nell'esecuzione delle procedure.

Tra i risultati si evidenzia che: il 50% dei 188 pazienti ha dichiarato un livello di ansia prima della procedura molto intenso (NRS > di 7); nell'87% dei pazienti trattati l'ansia si è ridotta a valori < 2; l'88% dei pazienti ha riferito un dolore peri procedurale < a 3 e solo il 2% > di 7; il 100% dei pazienti dichiara di aver avuto un beneficio dall'uso della comunicazione ipnotica; il 95% ripeterebbe l'esame con la comunicazione ipnotica, mentre la restante percentuale preferirebbe una sedazione farmacologica. I risultati sul controllo del dolore sono equiparabili a quelli ottenuti con l'utilizzo di farmaci.

Inoltre, durante tutti questi anni sono stati monitorati i cambiamenti ottenuti in termini di qualità dell'assistenza percepita, in tutti i reparti in cui è in uso la

comunicazione ipnotica durante le procedure invasive (terapia antalgica, endoscopie dell'apparato gastroenterico, broncoscopie, grandi ustionati, cardiologia, emodinamica ed elettrofisiologia, chirurgia minore) e sono stati confrontati i risultati con un gruppo di controllo.

I dati raccolti ci indicano una situazione di ansia pre-procedura elevata e simile nei due gruppi, con uno score medio di 8,6 nel gruppo ipnosi e 6,2 nel gruppo di controllo. I pazienti trattati con induzione ipnotica, con suggestioni di rilassamento e benessere, hanno dichiarato di vivere durante la procedura un livello di ansia ridotto (score medio 9,44), mentre nel gruppo di controllo l'ansia rimaneva alta (score medio 3,63) se non si utilizzavano farmaci sedativi. Risultati simili si sono ottenuti riguardo al dolore procedurale: nel gruppo trattato con i normali protocolli assistenziali abbiamo registrato uno score medio di 3,79 e nel gruppo comunicazione ipnotica era 1,11.

Si è visto che uno staff professionale che approccia il paziente ponendo attenzione alla riduzione dell'ansia correlata all'intervento migliora il profilo di rischio, ottenendo una migliore compliance alle cure, un ridotto bisogno di farmaci analgesici, una più rapida ripresa post-intervento, e un eccezionale rimando positivo sulla percezione della qualità delle cure avute. I pazienti che partecipano alla comunicazione ipnotica durante i trattamenti riportano infatti una riduzione significativa del dolore e dell'ansia, aumentano il loro senso di controllo e questo migliora la loro esperienza complessiva. Significativa è inoltre la riduzione del costo globale delle cure.

<<...Attraverso l'uso consapevole della parola e delle tecniche ipnotiche questa pratica si presta perfettamente per costruire percorsi di grande suggestione, particolarmente adatti a promuovere l'individuazione di nuove soluzioni creative, aiutando più che mai a rompere schemi di pensiero obsoleti e a trovare nuove soluzioni a vecchi problemi del tipo; "Si è sempre fatto così". La comunicazione ipnotica è un modo vissuto e costruito nelle azioni di tutti i giorni nelle relazioni di cura, restituendo un'esperienza che definisce la nostra umanità ...>>(M.Muro)

5. Conclusioni

Durante questo percorso di formazione in Ipnosi clinica e comunicazione ipnotica dell'Istituto Franco Granone – CIICS di Torino sono cresciuta dal punto di vista professionale ma, soprattutto, umano.

Mi ha portato a scoprire un nuovo modo di vedere il mondo che mi circonda e le sue “sfumature” modalità espressive di sentimenti ed emozioni spesso celati dietro parole non dette.

L'importanza della comunicazione ipnotica, delle parole giuste da utilizzare nella relazione di cura, dell'attenzione al contesto, del modo di porsi, dell'a giudizio, del trasformare le frasi con valore negativo, in positivo..., mi ha portato a riconoscere i limiti che erano inconsapevolmente presenti nel modo di vivere la mia attività assistenziale.

È nata in me come diceva Joyce Travelbee (infermiera psichiatrica, insegnante e scrittrice) la necessità di far interagire il “saper essere” e il “saper fare” nella professione infermieristica.

Dall'incontro delle tante esperienze e dagli insegnamenti ascoltati durante questo corso, sono riuscita a lasciare da parte il mio sentirmi inadeguata all'utilizzo dell'ipnosi clinica e a poter guardare con fiducia ad un nuovo modo di pormi all'altro nella risposta di un bisogno.

“... Iniziare un nuovo cammino spaventa. Ma dopo ogni passo che percorriamo ci rendiamo conto di come era pericoloso rimanere fermi...” (Roberto Benigni)

6. Bibliografia

- Ipnosi dalla A alla Z di Erminio Di Pisa ed. Anima
- Valutazione strumentale della profondità dell'ipnosi-Pernice M, Casiglia E. In: Casiglia E, Agrillo C, Amodio P, Bairati Papi C, Barzon F, Borla E, Bottini R, Calderoni A, Crescentin C, Degrandi EG, Fabro F, Facco E, Faelli A, Favaro J, Finatti F, Foppiani N, Gabriele A, Garosci MS, Giacomello M, Giordano N, Gonella A, Iannini R, Lapenta AM, Marellozzo N, Montesana L, Miroglio G, Muro F, Papi Grasso L, Pernice M, Piu M, Regaldo G, Rempelou P, Rivello P, Rossi AM, Salvini A, Schiff S, Somma M, Spiegel D, Sabile MR, Testoni I, Tikhonoff V, Torre E, Tosello MT, Umiltà C, Venneri A, Vercelli G, Vercelli P, Vignato G, Vitale I, Zanconato D, Zanette G.
- Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 591-592).
- L'io e le sue voci. Antropologia e archeo-psicologia della coscienza egoica. CLEUP, Padova, 2020. - Casiglia E.
- I mondi della coscienza. Manuale teorico-pratico di ipnosi. Libreria Padovana Editrice, Padova, 2010. Casiglia E., Facco E, Rossi AM
- Functional magnetic resonance imaging demonstrates that hypnosis is conscious and voluntary. Psychology 2018- Casiglia E, Finatti F, Gasparotti G, Stabile MR, Mitolo M, Albertini F, Lapenta AM, Facco E, Tikhonoff V, Venneri A.
- Hypnosis and suggestion as interventions for functional neurological disorder: a systematic review. Gen Hosp Psychiat 2023- Connors MH, Quinto L, Deeley Q, Halligan PW, Oakley DA, Kanaan RA. 86: 92-102.
- Granone's plastic monoideism demonstrated by functional magnetic resonance imaging (fMRI). Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Gasparotti F, Albertini A, Lapenta AM, Venneri A Psychology 2019; 10: 434-448.

- The unconscious experimentally demonstrated by means of hypnosis. 8-Casiglia E, Tikhonoff V, Facco E. Psychology 2016; 7: 469-479.
- Ipnotismo da spettacolo. In: Casiglia E, Agrillo C, Amodio P, Bairati Papi C, Barzon F, Borla E, Bottini R, Calderoni A, Crescentin C, Degrandi EG, Fabro F, Facco E, Faelli A, Favaro J, Finatti F, Foppiani N, Gabriele A, Garosci MS, Giacomello M, Giordano N, Gonella A, Iannini R, Lapenta AM, Marellozzo N, Montesana L, Miroglio G, Muro F, Papi Grasso L, Pernice M, Piu M, Regaldo G, Rempelou P, Rivello P, Rossi AM, Salvini A, Schiff S, Somma M, Spiegel D, Sabile MR, Testoni I, Tikhonoff V, Torre E, Tosello MT, Umiltà C, Venneri A, Vercelli G, Vercelli P, Vignato G, Vitale I, Zanconato D, Zanette G
- Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. CLEUP, Padova, 2015 (pag. 681-690). 11
- Le cose accadono. Libero arbitrio, coscienza e volontà, capacità di intendere e volere del reo e libero convincimento del giudice in un'ottica deterministica. Casiglia E. CLEUP, Padova, 2022
- Pragmatica della comunicazione umana .pg.58/59 - P.Watzlawick-J.Helmick Beavin-Don D.Jackson -Astrolabio 1971
- La comunicazione interculturale- P.E.Balboni - F. Caon - Elementi Marsilio
- Giù la maschera- P.Ekman,Wallace V.Friesen -Ed-Giunti
- Croce D. lezione del 07/03/2024 corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica CIICS Torino – Tecniche e modalità ipnotiche
- La speranza è un farmaco -Fabrizio Benedetti
- Il viaggio dell'eroe-Foppiani
- Metafore e vita quotidiana-LACOF
- Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023 -Montegrotto (autori in ordine alfabetico) Edoardo Casiglia, Donatella Croce, Enrico Facco, Ennio Foppiani, Paolo Granone, Rocco Iannini,

Antonio M. Lapenta, Gianni Miroglio, Milena Muro, Marco Scaglione, Massimo Somma

- tesi Aspetti psicologici dell'ipnotizzabilità. una ricerca sull'hypnotic induction profile. psychological aspects of hypnotizability. A study for the Hypnotic Induction Profile di Mary Manarin- Scuola post - universitaria di ipnosi clinica sperimentale centro italiano di ipnosi clinico - sperimentale C.I.I.C.S. Istituto Franco Granone corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica anno 2013
- Rivista L'Infermiere N° 1 – 2016
La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: sperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino- Milena Muro
- Pain nursing magazine Italian online journal senior editor Giustino Varrassi, editor Roberto Latina (N.1 - 2024) La comunicazione ipnotica e il suo impiego nel contesto sanitario (Milena Muro)

7. Sitografia

<http://www.asieci.it/>

<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/comunicazione-ipnotica-infermiere-esperto.html>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29623441/>

<https://www.chiaraventuri.it/rinforzo-intermittente-in-psicologia/>

<https://www.infermieriattivi.it/leggi-e-normative/6119-sviluppo-profilo-professionale-dellinfermiere.html>