



**S.C. Neuroriabilitazione - Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite**

Direttore Dott. M Beatrici



**Possibili applicazioni dell'Ipnosi Classica Eriksoniana nelle  
Gravi cerebrolesioni Acquisite  
Dott.ssa N.Giunta**

# Grave Cerebrolesione Acquisite (GCA)

Danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura ( ischemico-emorragica, neoplastica, metabolica, etc) tale da determinare uno stato di **COMA** più o meno protratto e menomazioni **SENSOMOTORIE**, **COGNITIVE** e **COMPORIMENTALI** che esitano in ogni caso in una riduzione delle autonomie della persona colpita.



Ippocrate: “ il cadere in un sonno letargico dal quale chi vi cade non può essere più risvegliato”

GCS all'esordio < 8

## “Assenza di coscienza”

Paziente che giace ad occhi chiusi, non risvegliabile (assenza EEG di cicli sonno-veglia) , non responsivo (non mostra interazione con l'ambiente)

NON E' SINONIMO DI MORTE  
CEREBRALE

Dura dalle 4 alle 8 settimane



**Grave alterazione dello stato di coscienza**

# DOC Disturbi dello “**stato di coscienza**”

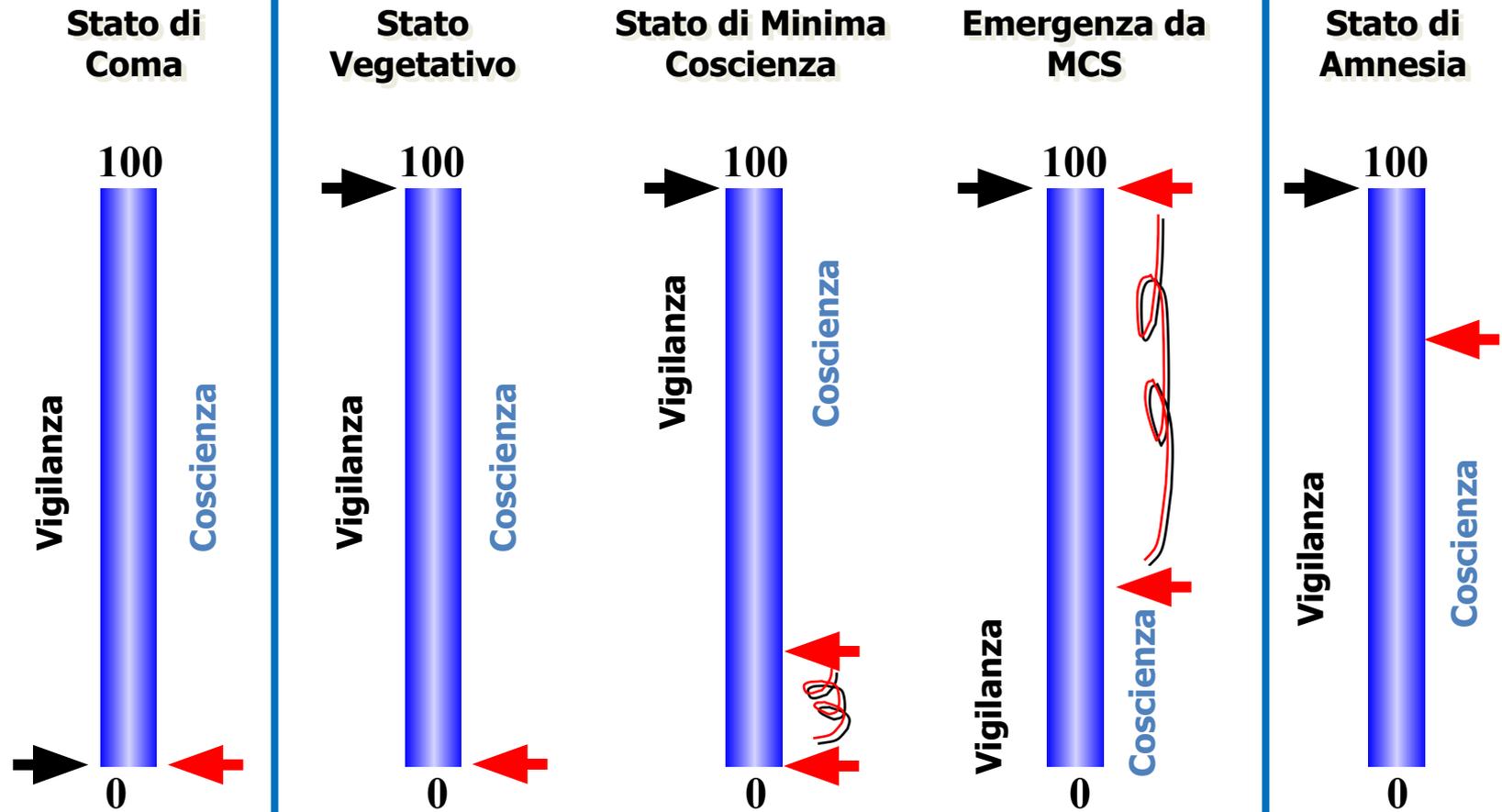
## I PILASTRI DELLA COSCIENZA



Secondo la letteratura è una diagnosi di tipo “**neuro-comportamentale**” che deve prendere in considerazione due aspetti :

- lo “**stato di vigilanza**” ovvero lo stato di veglia (ripresa di un ritmo sonno veglia)
- il “**contenuto della coscienza**”: attenzione (la focalizzazione delle nostre risorse mentali su uno specifico brandello di informazione) e **accesso cosciente** (il fatto che alcune informazioni alle quali si presta attenzione arrivino alla nostra consapevolezza e diventino riferibili agli altri)

# DOC Disturbi dello “**stato di coscienza**”



# DOC Disturbi dello “**stato di coscienza**”

**Stato di veglia non responsiva**

termine diagnostico neuro-comportamentale che indica completa perdita dell'abilità di interagire con l'ambiente nonostante la capacità di risveglio spontaneo o stimolo indotto (non esegue alcun comando, non mostra movimenti intenzionali, non esprime o emette parole intenzionali, le risposte comportamentali consistono solamente di reazioni riflesse e sono aspecifiche)



La vigilanza si indaga mediante:

- **Stimolo acustico (verbale o sonoro):** “svegliati!”, “mi senti?”, un rumore, un suono forte
- **Stimolo doloroso:** il paziente è risvegliabile al dolore?



**...ad occhi aperti...**

**Permanente ad 1 anno nei traumatici, 3-6 mesi vascolari ed anossici**

# DOC Disturbi dello “**stato di coscienza**”

## Stato di Minima Coscienza



MCS è distinguibile dallo VS per la presenza di comportamenti associati con stato di consapevolezza . I comportamenti mediati cognitivamente si verificano in modo inconsistente, ma sono abbastanza a lungo riproducibili e sostenuti da essere differenziati da comportamenti riflessi. Per effettuare la diagnosi di MCS **deve essere dimostrata la consapevolezza di sè o dell' ambiente.**

Il contenuto della coscienza si indaga

### Con stimolo verbale

1. **Mediante un colloquio nel quale domandiamo:**  
“come ti chiami?”, “dove sei?”, “cosa è successo?”, “mi riconosci?”
2. **Mediante richiesta di esecuzione di un movimento semplice:**  
“apri la bocca”, “tira fuori la lingua”, “apri/chiudi gli occhi”, “stringi la mano”, “muovi il piede”

### Con stimolo doloroso

3. **Valutiamo se la risposta al dolore è efficace**

Il paziente allontana lo stimolo doloroso, lo localizza, tenta di retrarsi, compie un movimento stereotipato non fisiologico, non si muove

# DOC Disturbi dello “**stato di coscienza**”

**PROGNOSI SCONOSCIUTA...**

## Criteria Neuro-comportamentali

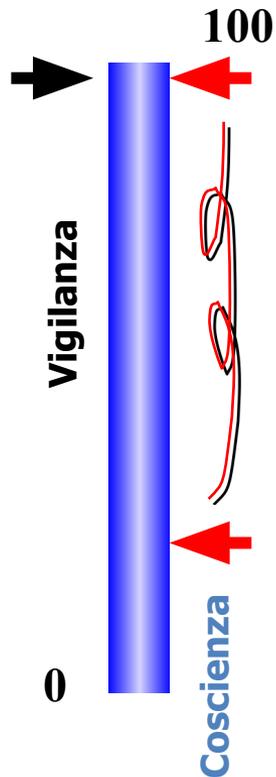
**Stato di Minima  
Coscienza**



1. Esecuzione di comandi semplici
2. Risposte di tipo SI/NO gestuali o verbali (anche se non accurate)
3. Verbalizzazione intelligibile
- 4. Comportamento finalizzato**, includendo movimenti o comportamenti affettivi che avvengono in relazione contingente a stimoli ambientali rilevanti, ma non dovute ad attività riflesse.
  - a. **Ridere o piangere appropriatamente** in risposta a stimoli linguistici o visivi a contenuto emozionale ma non in risposta a stimoli o argomenti neutrali
  - b. **Vocalizzazioni o gesti** che si verificano **in risposta** diretta a domande con contenuto linguistico
  - c. **Raggiungimento di oggetti** che dimostra una chiara relazione tra la localizzazione dell'oggetto e la direzione del movimento di raggiungimento
  - d. **Toccare o tenere oggetti** in un modo che si adatta alle dimensioni e alla forma di un oggetto
  - e. **Movimenti di inseguimento visivo o fissazione sostenuta** che si verificano in risposta diretta al movimento o a stimoli salienti

# DOC Disturbi dello “**stato di coscienza**”

**Emergenza da  
MCS**



Elementi semeiologici indicatori di coscienza di sé e dell'ambiente

Emerge da MCS chi, in modo consistente

1. Risponde al comando motorio su ordine verbale semplice
2. Attua una comunicazione funzionale interattiva
3. Dimostra di saper usare funzionalmente uno o più oggetti

LCF scale - Levels of Cognitive Functioning

## ....Il compito del Neuroriabilitatore....

1. DIAGNOSTICARE LO STATO DI COSCIENZA
2. FAVORIRE IL RECUPERO DEL MASSIMO GRADO DI COSCIENZA possibile
3. FAVORIRE IL RECUPERO DEL MASSIMO GRADO DI AUTONOMIA POSSIBILE  
(obiettivi riabilitativi del PPRI per i codici 75)

“....il recupero è spontaneo....dipende dalle capacità del nostro cervello di trovare strategie alternative a funzioni ormai andate perse....è legato a fenomeni di neuroplasticità”



# 1. DIAGNOSTICARE LO STATO DI COSCIENZA :

- per scegliere un trattamento clinico appropriato
- per rispondere in modo competente e coerente alle assidue domande poste dai famigliari
- per definire meglio la prognosi riabilitativa (nelle GCA di origine traumatica)
- per attuare corretti percorsi ospedalieri: giustificare la permanenza di un paziente all'interno di un reparto di riabilitazione intensiva o il trasferimento presso residenze assistenziali

- **Per "RIDARE RELAZIONE"**

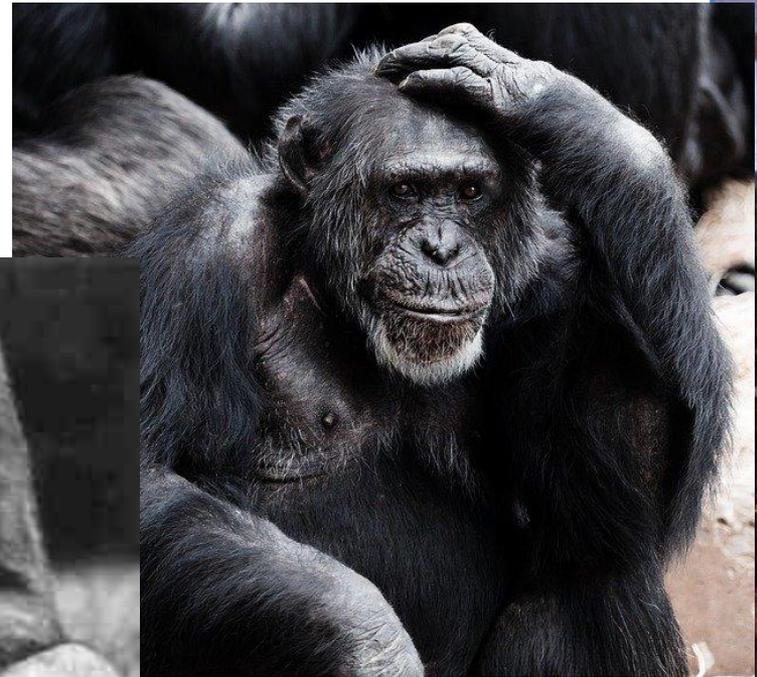
Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale																								
Anagrafica																								
Cognome e Nome				Data e Luogo di nascita																				
Indirizzo e telefono				C.F.																				
Care giver e telefono																								
Attuale collocazione paziente (specificare e barrare a lato)								In trattamento riabilitativo																
Sede (codi) ...../Reparto (codi) .....dal.....								si no																
Anamnesi Significativa ed esame funzionale (compensata del grado di autonomia e del bisogno assistenziale per questo paziente)																								
<table border="1"> <tr> <td>Cod 75</td> <td>Cod 28</td> <td>Cod 56 Il livello</td> <td>DH Riab.</td> <td>Ambul. RRF</td> <td>RSA,RAF, ecc</td> <td>Domicilio</td> </tr> </table>										Cod 75	Cod 28	Cod 56 Il livello	DH Riab.	Ambul. RRF	RSA,RAF, ecc	Domicilio								
Cod 75	Cod 28	Cod 56 Il livello	DH Riab.	Ambul. RRF	RSA,RAF, ecc	Domicilio																		
Analisi dei bisogni clinico-assistenziali					Descrizione del grado di autonomia																			
Cute: (decubiti)	No	Si (specificare)					SI	Parz.	NO															
Respirazione:	Spont	Cannula	O2	v.mec																				
Alimentazione	p.pos	Sondino	PEG	CVC																				
Catetere vesc.	No	Si (specificare)																						
Gessi, valve, FEA	No	Si (specificare)																						
Carico	No	Parz	Totale																					
Dialisi	Disfagia																							
Altro (anche terapia medica significativa):																								
Barthel Index attuale = ...../100																								
Ausili (in uso): No Si (specificare)																								
F.I.M. attuale = ...../126 Obbligatoria in deg. cod 56																								
Problematiche sociali : No Si (specificare)																								
GCS all'esordio= Obbligatoria per ricovero in cod 75																								
L'CF attuale = Obbligatoria per ricovero in cod 75																								
ASIA attuale = Obbligatoria per ricovero in cod 28																								
<table border="1"> <tr> <td>Bisogni intermistici:</td> <td>Elevati</td> <td>Medi</td> <td>Bassi</td> <td>Assenti</td> </tr> <tr> <td>Bisogni assistenziali sanitari:</td> <td>Elevati</td> <td>Medi</td> <td>Bassi</td> <td>Assenti</td> </tr> <tr> <td>Bisogni riabilitativi:</td> <td>Elevati</td> <td>Medi</td> <td>Bassi</td> <td>Assenti</td> </tr> </table>										Bisogni intermistici:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	Bisogni assistenziali sanitari:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	Bisogni riabilitativi:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti
Bisogni intermistici:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti																				
Bisogni assistenziali sanitari:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti																				
Bisogni riabilitativi:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti																				
<b>Diagnosi Principale</b>																								
e Secondarie (influenzano la disabilità ed obbligatoria solo in ricovero cod 56,75,28)																								
Cod Dis 1 - 6 :																								
ICD9CM																								
ICD9CM																								
ICD9CM																								
Sintesi del progetto riabilitativo (comprensivo di obiettivi per funzioni)																								
Recupero funzione motoria (compreso recupero della tolleranza allo sforzo)																								
Recupero funzione respiratoria																								
Recupero funzione cognitiva																								
Recupero funzione comunicativa																								
Recupero funzione sensoriale																								
Recupero funzione alimentazione																								
Ausili																								
Altro																								
Setting appropriato																								
Reparto per acuti																								
Lungodegenza																								
Cod 75																								
Cod 28																								
Cod 56 Il livello																								
Cod 56 I livello																								
DH Riab.																								
Ambulatorio RRF																								
RSA,RAF, ecc																								
Cure domiciliari																								
Data prevista per il cambio di setting																								
Non indicazione a trattamento riabilitativo																								
Gradiente di modificabilità della disabilità (Prognosi funzionale): Elevato Medio Basso Da rivalutare																								
Tempi previsti per la realizzazione..... s.c.																								
Data Medico proponente (firma e timbro)																								
Telefono Fax																								

DGR N. 10-5605 del 2.04.2007

Riorganizzazione delle attività riabilitative

....Il compito del Neuroriabilitatore.....

**Ma che ci azzecca l'IPNOSI???**



**....La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento di supporto al riabilitatore.....**

# 1. DIAGNOSTICARE LO STATO DI COSCIENZA :



# ...la clinica...non sempre ci aiuta

**Basiamo la nostra opinione su:**

- **COMANDO MOTORIO**

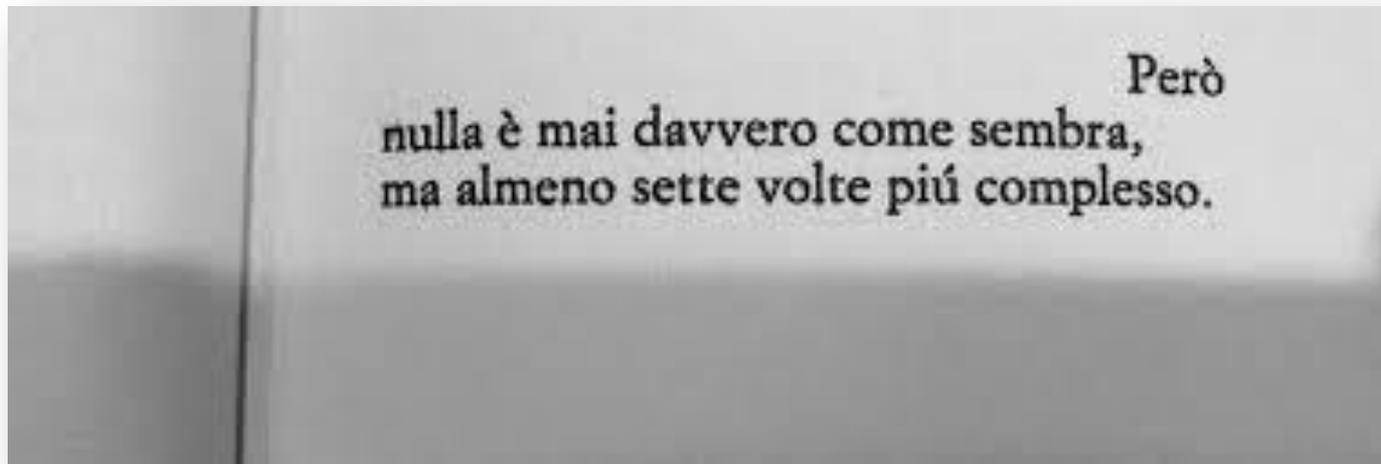
Ritieniamo di poter discriminare in modo affidabile tra azione cosciente e azione automatica o riflessa

- **COMUNICAZIONE FUNZIONALE**

Ritieniamo che a produzione linguistica corrisponda esperienza cosciente

- **USO FUNZIONALE DI OGGETTI**

Ritieniamo che l'utilizzo funzionale di un oggetto garantisca i requisiti di movimento intenzionale, quindi cosciente



# ...la clinica...non sempre ci aiuta

## LCF - Levels of Cognitive Functioning

Di seguito è riportato uno strumento per seguire il recupero della coscienza e della comunicazione dopo il coma.

Si tratta della scala LCF (Levels of Cognitive Functioning - Livello di Funzionamento Cognitivo), in cui, sulla base dell'osservazione di un numero molto elevato di persone che hanno avuto un coma, sono stati individuati **8 livelli che di norma caratterizzano il percorso che una persona segue dal momento in cui entra in coma per arrivare alla fase del completo recupero della coscienza.**

### **Livello 1) - NESSUNA RISPOSTA (COMA)**

La persona è completamente non responsiva a qualsiasi stimolo.

### **Livello 2) - RISPOSTA GENERALIZZATA (STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVA)**

La persona reagisce, in modo incostante e non finalizzato, agli stimoli, in modo non specifico.

### **Livello 3) - RISPOSTA LOCALIZZATA ( STATO DI MINIMA COSCIENZA)**

La persona reagisce agli stimoli in modo specifico ma non costante.

### **Livello 4) - CONFUSO-AGITATO**

La persona è in stato di iperattività, con grave difficoltà ad analizzare le informazioni provenienti dall'ambiente.

### **Livello 5) - CONFUSO- INAPPROPRIATO**

La persona è vigile, attenta e in grado di rispondere a comandi semplici in modo abbastanza costante.

### **Livello 6) - CONFUSO-APPROPRIATO**

La persona mostra un comportamento finalizzato, ma necessita ancora di stimoli e indicazioni esterne per indirizzarlo correttamente.

### **Livello 7) - AUTOMATICO-APPROPRIATO**

La persona è adeguata e orientata nell'ambiente del reparto e a casa, svolge le sue attività di vita quotidiana automaticamente, ma in modo simile a quello di un robot.

### **Livello 8) - FINALIZZATO-APPROPRIATO**

La persona è vigile e orientata; è in grado di ricordare ed integrare eventi passati e recenti, ed è consapevole della sua situazione.

# ...la clinica...non sempre ci aiuta

**Pazienti afasici?  
Quando?  
15 gg consecutivi!**

## **CRS- COMA RECOVERY SCALE**

CRS-R è composta da 29 items organizzati gerarchicamente e suddivisi in 6 sottoscale. Quest'ultime valutano le funzioni uditive, visive, motorie, motorie orale/verbale, comunicative e di vigilanza. Nello specifico, il punteggio è basato sulla presenza o assenza di specifiche risposte comportamentali a stimoli sensoriali somministrati in modo standardizzato da un professionista. Tale strumento misura il livello di coscienza e monitora il recupero delle funzioni neuro-comportamentali.

- **Riflessi del Tronco:** valutazione della reattività pupillare, del riflesso corneale e oculocefalico, dei movimenti oculari spontanei, delle risposte posturali.
- **Funzione Uditiva:** osservazione della frequenza di movimenti spontanei emessi dal paziente in seguito a stimolazioni uditive (ordini relativi a movimenti oculari correlati o non correlati all'oggetto), localizzazione del suono o reazione uditiva di sussulto.
- **Funzione Visiva:** valuta il riconoscimento, la localizzazione e il raggiungimento dell'oggetto, l'inseguimento visivo, la fissazione e la reazione ad un sussulto visivo.
- **Funzione Motoria:** valuta l'uso funzionale dell'oggetto, risposte motorie automatiche, manipolazione dell'oggetto, localizzazione dello stimolo nocicettivo, allontanamento in flessione e postura anomala.
- **Funzione Motoria Orale/verbale:** valuta la verbalizzazione, vocalizzazioni, movimenti orali e movimenti orali riflessi.
- **Comunicazione:** valuta quanto la comunicazione del paziente sia funzionale ed appropriata, non funzionale ed intenzionale.
- **Vigilanza:** si osservano l'attenzione, l'apertura degli occhi senza e con stimolazione, la possibile non risvegliabilità del paziente.
- **Comportamenti contingenti:** vocalizzazione contingente/ gestualità / risposta affettiva.

Francesco Lombardi, Giordano Gatta, Simona Sacco, Anna Muratori e Antonio Carolei, 2007; The Italian version of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). *Functional Neurology*, 22(1):47-61

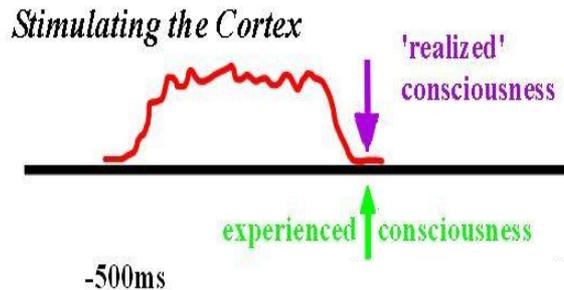
...la clinica...non sempre ci aiuta



15%

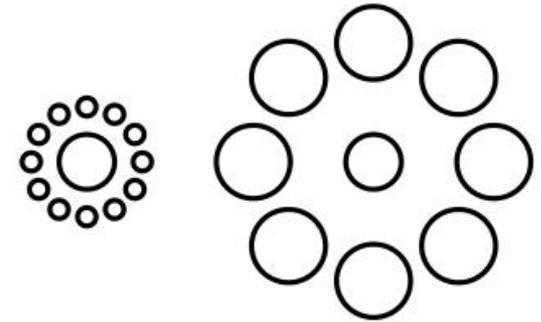
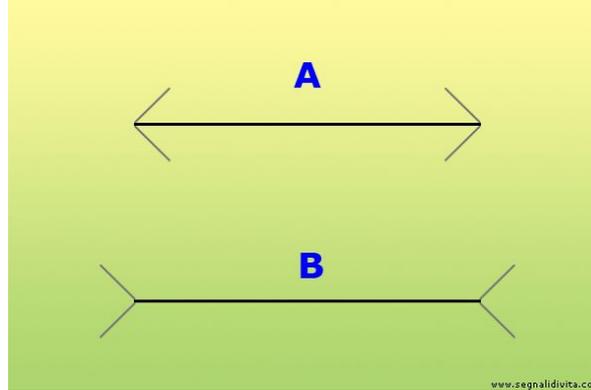
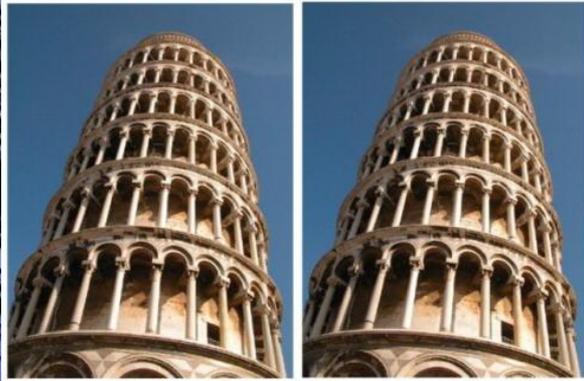
Dimentichiamo che la coscienza è infedele !

Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness potential): the unconscious initiation of a freely voluntary act. Libet et al. (1983) *Brain* 106, 623–642

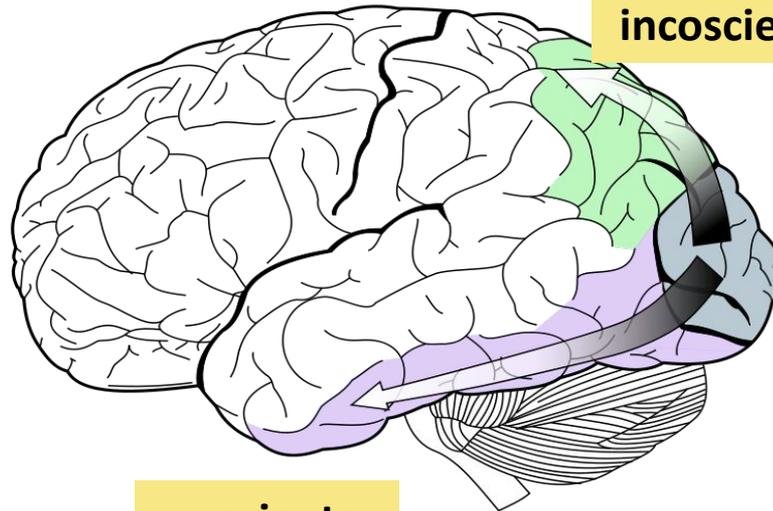


- Il nostro cervello inizia un 'Atto volontario' inconsciamente (**all'inizio vi sono processi non coscienti, non una decisione cosciente**). **500 ms potenziale premotorio**
- Queste conclusioni contraddicono il nostro senso comune sulla coscienza .....
- **la coscienza è infedele**
- Tra l'atto volontario e l'azione passano 200 ms. (**un tempo sufficiente lungo affinché si possa stoppare coscientemente l'azione (Libet '83)**)
- Al libero arbitrio non può essere più attribuito il ruolo di promotore delle nostre azioni, bensì quello di semplice supervisore dell'azione (**funzione di veto**)

# Le illusioni ottiche



Stream visivi



Un sistema visivo non cosciente controlla azioni guidate visivamente e opera più o meno simultaneamente con il sistema visivo cosciente.

Quando le rappresentazioni prodotte dal sistema visivo non cosciente confliggono con le rappresentazioni prodotte dal sistema visivo cosciente, il primo prevale e guida l'azione

# L'effetto Mc Gurk

L'effetto Mc Gurk è un processo di armonizzazione tra percezioni sensoriali contrastanti: quando quello che vediamo e quello che udiamo non hanno una vera e propria corrispondenza, il nostro cervello “inventa” una via di mezzo che permette di conciliare delle informazioni che sembrerebbero a prima vista inconciliabili, deformando la realtà.

**C'è tempo per un Video???**

**Effetto Cocktail Party**

**Spatial neglect**

**Emisomatoagnosia ( Ma di chi è quella gamba??)**

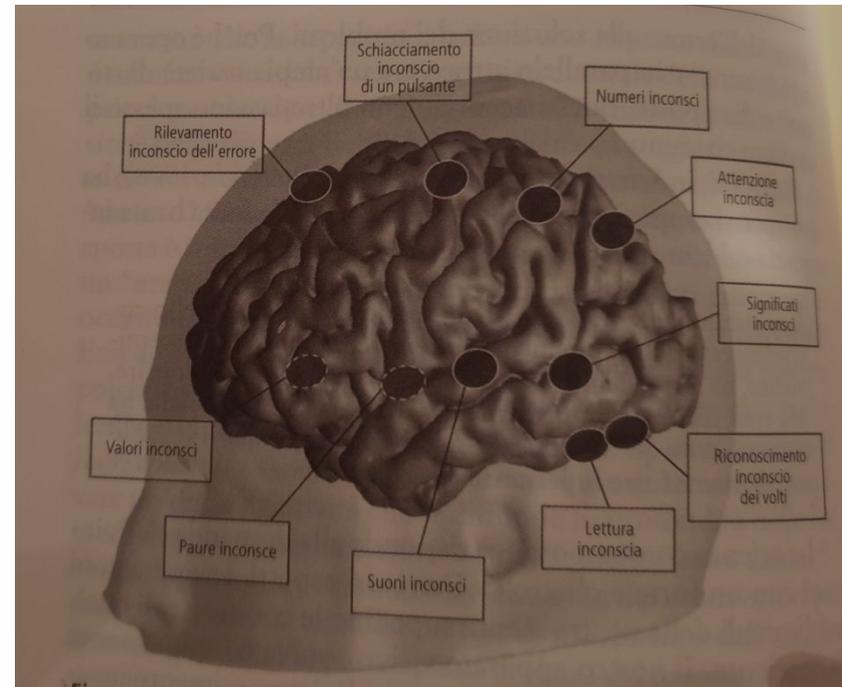
**Visione ceca**

**Anosoagnosia**

**Etc...**

# anche le funzioni cognitive come quelle motorie operano in automatico

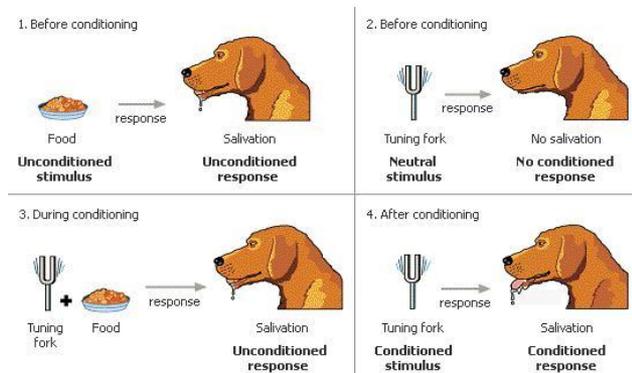
- I ricercatori hanno dimostrato che la stragrande maggioranza di pensieri umani, sentimenti e comportamenti operano in modo automatico con poco o alcun bisogno di controllo intenzionale.
- Una volta che si verificano certe condizioni trigger (stimolanti) i processi cognitivi possono procedere automaticamente ed autonomamente fino al loro completamento, indipendentemente da un'iniziativa intenzionale e controllo intenzionale online (continuativo).
- Ciò non significa, tuttavia, che l'osservatore non sia cosciente del fatto che questi processi cognitivi stiano progredendo, per essere più precisi, degli esiti intermedi o finali



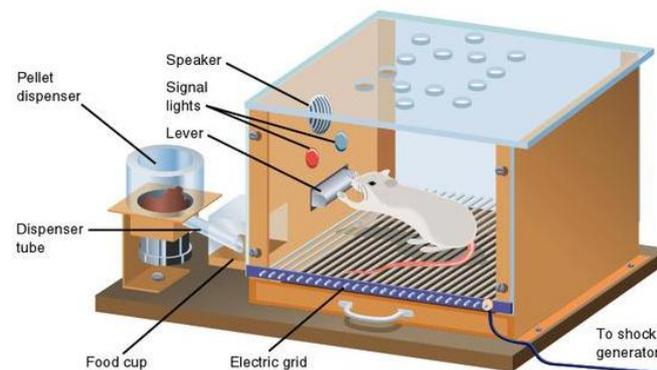
Solo una parte degli svariati circuiti che possono attivarsi senza consapevolezza

## .....anche gli “Stati vegetativi” possono apprendere !!!

- La maggior parte dei pazienti con DOC manifestano capacità integre sia di **condizionamento classico che operante**.
- Manifestano quindi integrità e funzionalità di meccanismi di **apprendimento sia appetitivo che non appetitivo**.
- Se sottoposti a contesti funzionali ripetitivi, nei quali un certo comportamento è stimolato, indotto e favorito dalla presenza contemporanea di uno stimolo che funge da rinforzo dimostrano di apprendere:
  - **comportamenti di evitamento** di condizioni dolorose o fastidiose,
  - **comportamenti anticipatori nei confronti di azioni gradite**
  - **comportamenti di tipo discriminatorio e preferenziale** in presenza di due stimoli differenti (ad esempio due cibi diversi)
- La dimostrazione di integrità nei meccanismi di apprendimento significa inevitabile **integrità di circuiti costituiti da**
  - afferenze sensoriali
  - vie di trasmissione dello stimolo di rinforzo, premiante (dopaminergiche?)
  - vie motorie in grado di permettere un output (comportamento).



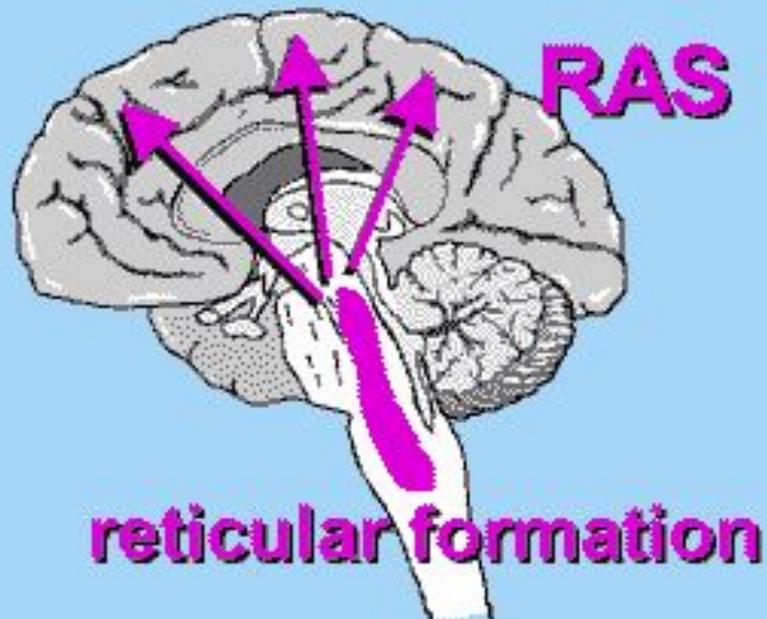
Condizionamento operante (Stimolo-Risposta)



Condizionamento classico (Risposta Stimolo)

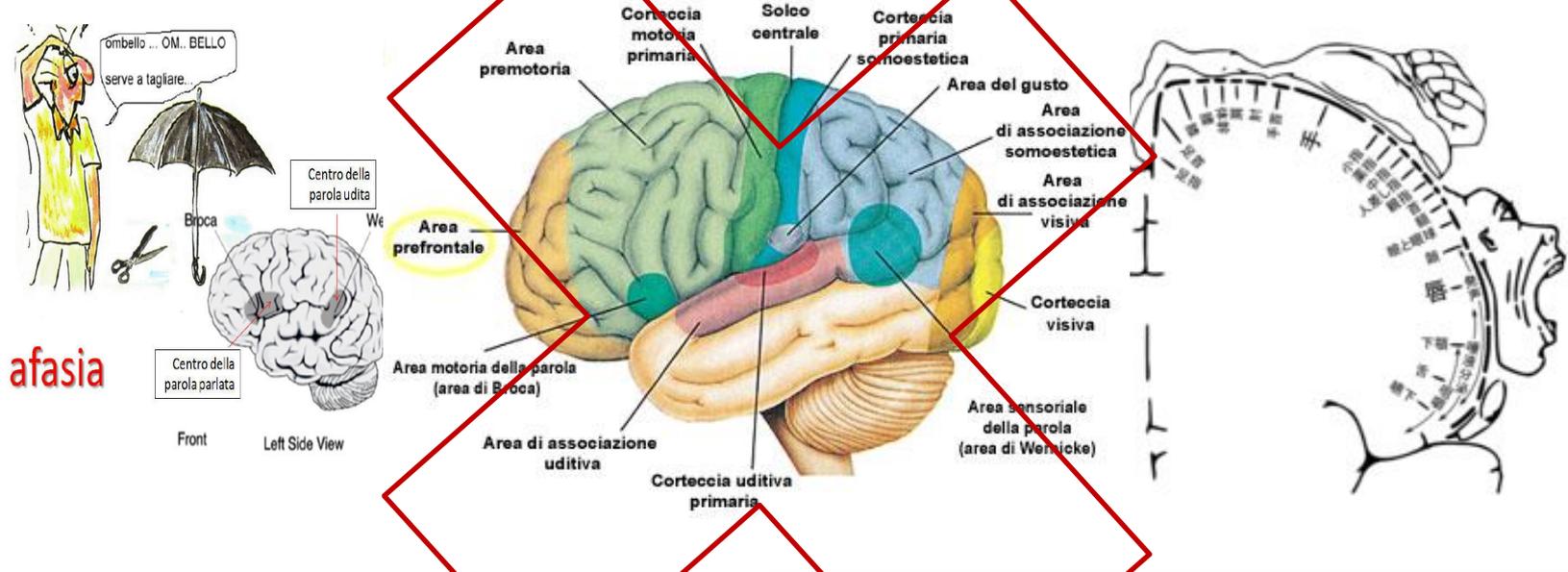
.....la diagnostica strumentale...non sempre ci aiuta...

## La vigilanza



.....la diagnostica strumentale...non sempre ci aiuta...

## Il contenuto di coscienza



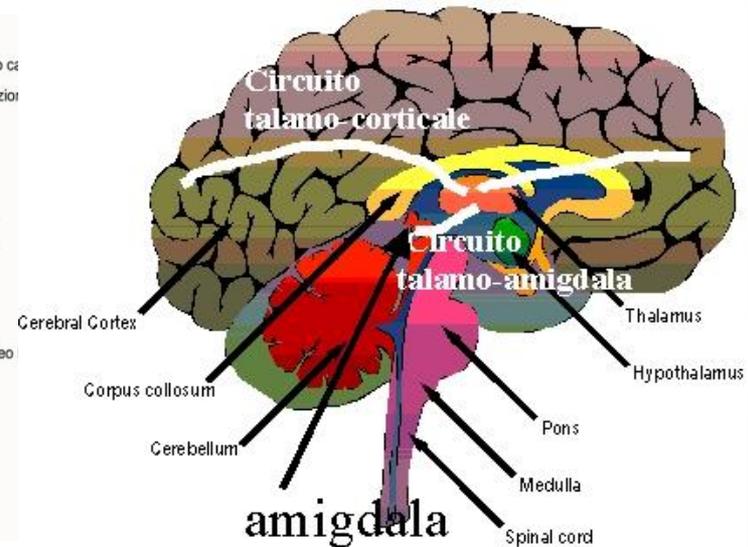
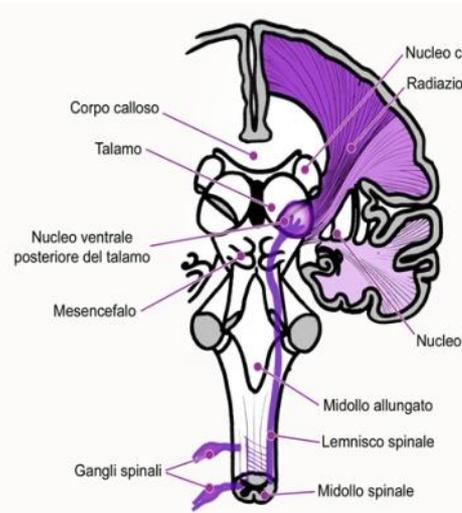
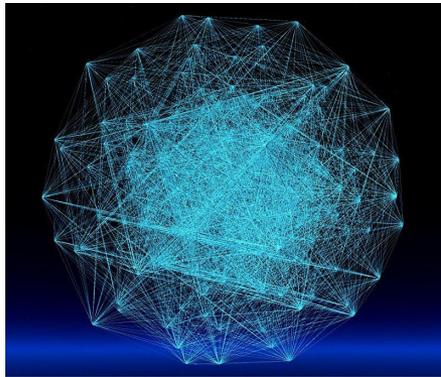
**I NETWORK NEURONALI**  
Tutti presentano aspetti coscienti ed incoscienti  
Differenti e su base esperenziali!!!

Studi di ablazione hanno mostrato che **più del 60% della corteccia** può essere rimosso senza **abolire la coscienza**

.....la diagnostica strumentale...non sempre ci aiuta...

### SISTEMA TALAMO-CORTICALE

Secondo la teoria dell'INFORMAZIONE INTEGRATA, un sistema fisico è cosciente nella misura in cui è in grado di integrare informazioni



A differenza rispetto gli emisferi cerebrali, **lesioni del talamo sembrano abolire la coscienza.**

L'area che è maggiormente sensibile alle lesioni contiene i Nuclei Intralaminari, specialmente i nuclei Parafascicolare e Centromediano.

La lesione bilaterale di queste aree produce morte, coma, mutismo acinetico ipersonnia, demenza e altri gravi menomazioni della coscienza che dipendono dalle dimensioni e dalla posizione delle lesioni (Bogen 1995; Schiff & Plum 1999).

**L'attività talamo-cortico-talamica è richiesta per la coscienza e l'attività corticale in sé non è cosciente** (Laureys 2002).

.....la diagnostica strumentale...non sempre ci aiuta...

LORINA NACI e la sua equipe hanno avuto l'idea di chiedere ai pazienti in stato vegetativo di eseguire un'azione che richiede poco sforzo: guardare la televisione. Hanno scelto un episodio della serie televisiva "Alfred Hitchcock Presenta" dal titolo "Bang! sei morto" del 1962. Questo episodio può essere riassunto in una frase: un ragazzo ruba la pistola allo zio e la prende per un giocattolo... Per gli spettatori che sanno che la pistola è carica, la suspense è davvero forte, ad esempio, quando il ragazzo punta la stessa contro sua madre o sua sorella...

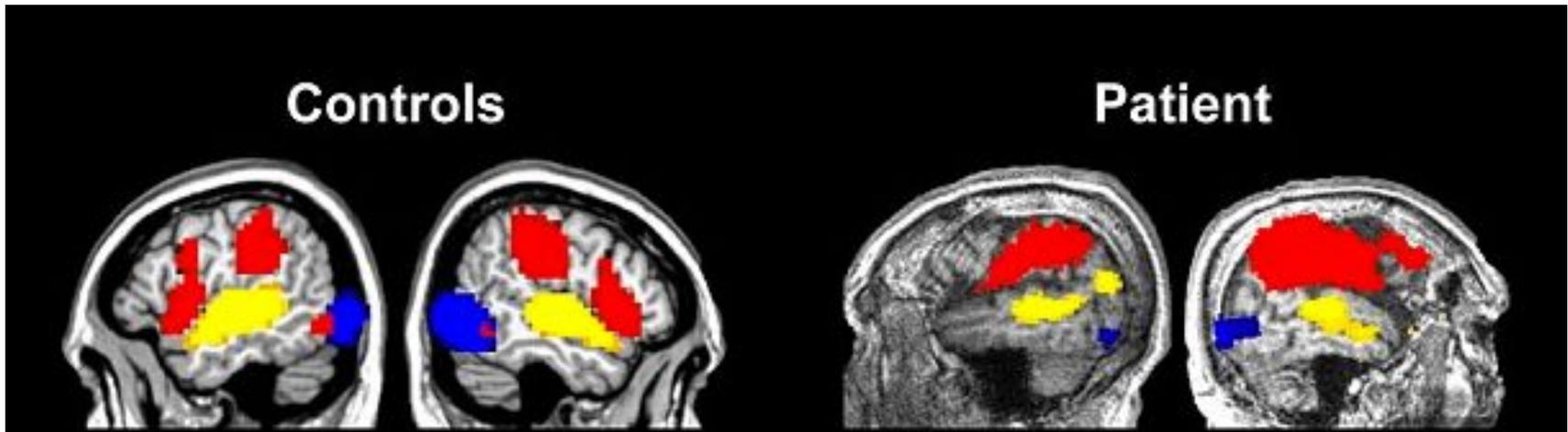


I ricercatori hanno chiesto prima a 12 volontari sani di guardare l'episodio al fine di osservare la loro attività cerebrale mediante **fMRI** durante la trasmissione. Nei momenti in cui la suspense raggiunge il suo culmine, l'attività nelle zone parietali e frontali, che orchestrano l'attenzione, si è intensificata. **“Le emozioni degli spettatori sono strettamente correlate alla loro attività cerebrale”**, spiega la neuroscienziata.

La sua equipe ha poi condotto lo stesso esperimento su 2 persone in **stato vegetativo**: una donna di 20 anni ed un uomo di 35 caduto improvvisamente in coma nel 1997 dopo aver ricevuto un colpo al torace durante una rissa.

.....la diagnostica strumentale...non sempre ci aiuta...

I ricercatori non hanno trovato alcuna relazione cerebrale correlata all'episodio nella donna, invece, hanno rilevato un'attività sbalorditiva nell'uomo: l'attività cerebrale é stata del tutto simile a quella dei volontari sani e ciò suggerisce che l'uomo ha seguito interamente la trama dell'episodio...



**Circa la metà dei pazienti definiti in Stato di veglia non responsiva hanno in realtà un contenuto di coscienza (misdiagnosi)**

.....cosa abbiamo perso di vista....



**85%**

**Dimentichiamo che la coscienza è infedele !**

## .....cosa abbiamo perso di vista....



1. Non trattiamo la “grave alterazione dello stato di coscienza” ma trattiamo una persona: danni cerebrali in sede analoghe non producono analoghi deficit sensitivo-motori, cognitivi e comportamentali perché si tratta di persone differenti

COME ESSERI SENZA PASSATO.....  
COME FUNZIONAVA PRIMA ?

*La fase di indagine....non solo APR e APP*

- L'evento traumatico: cosa è accaduto? in che periodo della sua vita? (tentativi anticonservativi, dopo un lutto, separazione, disoccupazione, distacco dai figli)
- Lo stato di salute psicofisica (spesso patologie psichiatriche preesistenti, disturbi del tono dell'umore, disturbi dell'alimentazione....)
- Abitudini voluttuarie ( abuso di alcolici, dipendenza da sostanze stupefacenti)
- Che interessi aveva, cosa gradiva e cosa assolutamente non gradiva
- oggetti personali (oggetti di maggior utilizzo, foto, libri preferiti,scritti, hobbies).....*LE AZIONI ABITUALI E LE PAROLE CHE USAVA*
- Modalità di reazione ad eventi traumatici pregressi, alla frustrazione.
- Rapporti familiari, sociali etc.....
- Temperamento, emozione dominante

BIAS PERCEPITO DEI FAMILIARI

# ....cosa abbiamo perso di vista....

2. Spesso non utilizziamo una modalità comunicativa corretta :

“ Fabio svegliati!”, “mi senti?”, un rumore, un suono forte



Stimolo doloroso  
Senza preavviso

Stimolo risposte  
riflesse ( luce  
intensa,  
abbassalingua  
etc)

“apri la bocca”, “tira fuori la lingua”, “apri/chiudi gli occhi”, “stringi la mano”, “muovi il piede”

NON AVERE PAURA  
NON PROCCUPARTI  
NON TI FARO' MALE

*Desensitizzazione ambientale, allarmi di monitoraggio come rumore di fondo*

**Perché Fabio dovrebbe rispondermi?????**

....cosa abbiamo perso di vista....

Chi mi credo di essere????

“Natalia come credi che Francesca si mostri a te se non sei tu per prima a metterti in gioco?”

*“ Buongiorno Fabio, probabilmente tu non sai chi sono ....mi presento, sono la Dottoressa Giunta e sono qui per conoscerti.*

*Vedo che hai gli occhi chiusi, tra qualche minuto ti dirò qualcosa di molto importante per te e tu potresti decidere di farmi capire se mi senti, magari aprendo gli occhi o muovendo la tua mano sinistra o qualunque altra parte del tuo corpo sia più semplice per te muovere adesso. Prenditi tutto il tempo che ti serve, la mia attenzione è completamente rivolta su di te anche quando non senti la mia voce. Prima di andare via avrò cura di salutarti.*

*Fabio sei in ospedale perché hai avuto un incidente, ma adesso molte persone si prendono cura di te e le cose potrebbero presto andar un po' meglio .....ci troviamo a Torino , è un lunedì mattina e ad occhi aperti sarebbe più facile per te vedere la luce che entra dalla finestra .....*”

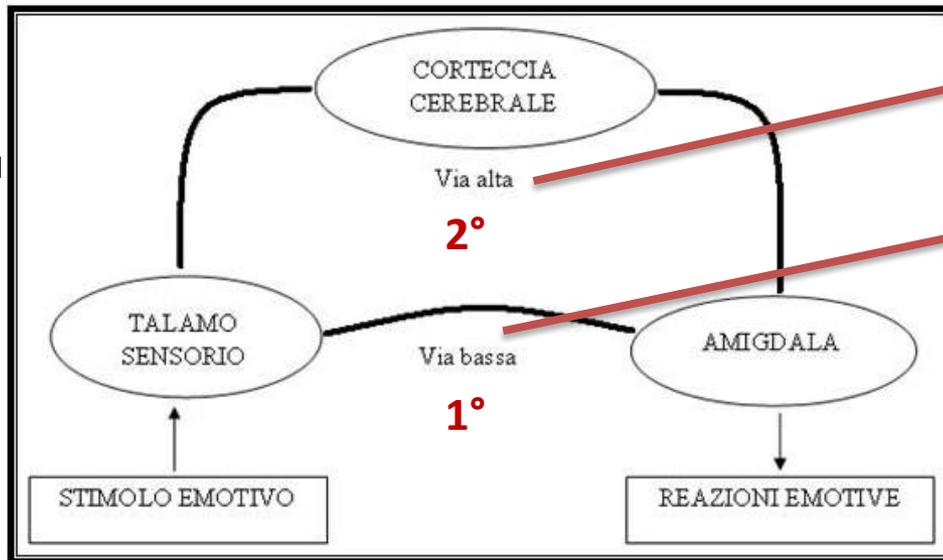
**Campo affermativo, truisimi, scatole aperte, dico ciò che sto facendo e poi lo faccio, nomino ciò che voglio evocare**

# ....cosa abbiamo perso di vista....

1. Le emozioni si muovono attraverso vie non “consapevoli”

**I modello di LeDoux, le due vie nervose attraverso le quali gli stimoli generano delle reazioni emotive**

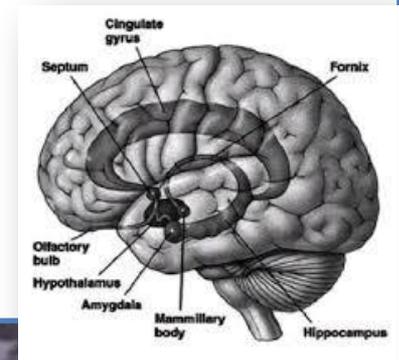
La prima ci permette di agire rapidamente e con il corpo a segnali di pericolo, ma può essere attivato da falsi allarmi, In parallelo, la seconda valuta la situazione, decide se vi è pericolo reale, blocca la reazione di paura iniziata dal primo percorso.



La strada **talamo-corteccia-amigdala** è più lenta ma più precisa, integrazione corticale

La strada **talamo-amigdala** è più breve, il sistema di trasmissione è velocissimo ma incorre in errori di valutazione perché non sfruttando l'elaborazione corticale invia all'amigdala solo una rappresentazione rozza dello stimolo. **(MICROESPRESSIONI FACCIALI)**

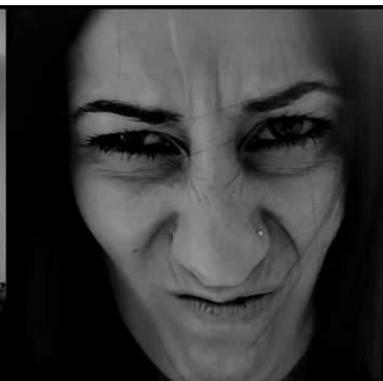
L'**amigdala** è una struttura centrale per le emozioni, è una sorta di sentinella che esamina molto rapidamente ma in modo approssimativo tutti i segnali che percepiamo. Nel corso del processo di “scannerizzazione” l'amigdala si pone costantemente la domanda “C'è qualcosa che non mi piace in quanto sta accadendo? Qualcosa che mi fa paura?” Se la risposta è affermativa, l'amigdala reagisce istantaneamente, inviando un messaggio al corpo e al cervello in modo che vi sia una reazione in funzione della conclusione della sua analisi preliminare.



# LIE TO US



**TRISTEZZA  
PAURA  
RABBIA  
DOLORE  
SORPRESA**



**ALLENIAMOCI A LEGGERE LE EMOZIONI**

# ....cosa abbiamo perso di vista....

3. Il non verbale ed uno sguardo attento : a volte vediamo ma non osserviamo (attenzione ai tempi di riposta, l'anello comunicativo, le microespressioni facciali, cogliere i segnali : dilatazione pupillare, chiusi a riccio, a denti stretti, sorpresa, paura, dolore, rabbia).

L'importanza di guardarsi negli occhi



Chiusi a riccio



**HANNO PAURA**  
**La soluzione:**  
**FINGERSI MORTI**  
**COME GLI OPOSSUM**



....cosa abbiamo perso di vista....

4. La relazione che cura, l'importanza del rapporto

**Molti dei pazienti affetti da grave disturbo dello stato di coscienza si dimostrano oppositivi**

**“OCCHI PIENI” che ti guardano con paura e sospetto**

Coscienza è propriamente soltanto una rete di collegamento tra uomo e uomo—solo in quanto tale è stata costretta a svilupparsi : l'uomosolitario, l'uomo bestia da preda, non ne avrebbe avuto bisogno

F. Nietzsche, La gaia scienza



**Bisogna dare e guadagnare Fiducia**

## ....cosa abbiamo perso di vista....

**Molti dei pazienti affetti da grave disturbo dello stato di coscienza si dimostrano oppositivi (es. paziente con disturbi psichiatrici su base organica o preesistenti al trauma)**

**Neurolettici  
Antiepilettici  
( stabilizzatori di membrana)  
Ansiolitici  
Ipnoinducenti**

Brain Inj. 2015;29(4):508-16. doi: 10.3109/02699052.2014.992474. Epub 2014 Dec 30.

### **Prescribing practice and off-label use of psychotropic medications in post-acute brain injury rehabilitation centres: a cross-sectional survey.**

Pisa FE<sup>1</sup>, Cosano G, Giangreco M, Giorgini T, Biasutti E, Barbone E; Group for the Study of Medication Use in Centers for Post-acute Brain Injury Rehabilitation.

#### **RESULTS:**

Psychotropic medications were commonly used. More than 50% of the 35 centres (participation ratio 87.5%) reported to use off-label selected antipsychotics, mostly for agitation (90.5%) and behavioural disturbances (19.0%), and antidepressants, mostly for insomnia (37.5%) and pain (25.0%). Atypical antipsychotic use was directly associated with age <40 years (OR = 2.68; 95% CI = 1.25-5.76), recent ABI (1.74; 0.74-4.09), not with reported off-label use (0.98; 0.44-2.18).

**La Fluoxetina riduce i tempi di Risveglio???**

# ....La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento del riabilitatore.....

1. FAVORIRE IL RECUPERO DEL MASSIMO GRADO DI COSCIENZA possibile
2. FAVORIRE IL RECUPERO DEL MASSIMO GRADO DI AUTONOMIA possibile

## PATRIMONIO NEURONALE DINAMICO

### NEUROPLASTICIT

A'



Ngf (*Nerve growth factor*)

- Plasticità neuronale
- Neurogenesi
- Plasticità sinaptica

- Sinaptogenesi
- Uso di sinapsi silenti
- Cambiamento dell'efficacia sinaptica
- Potenziamento-depressione sinaptica
- Plasticità sinaptica a lungo tempo (LTD giorni-mesi)
- Plasticità sinaptica a breve tempo (LTP millisecondi)

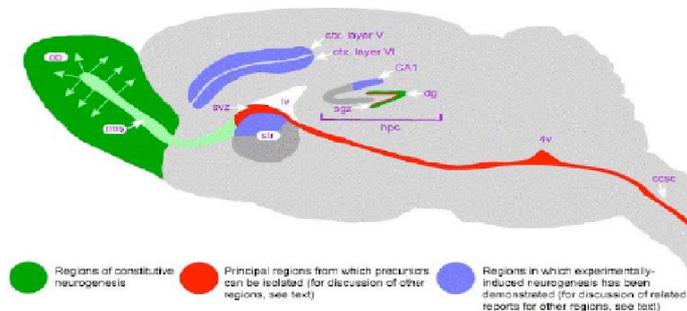
- Plasticità cerebrale
- Reclutamento di cellule e sistemi neuronali funzionalmente omologhi
- Sprouting
- Pruning

....La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento del riabilitatore.....

## IL CERVELLO DINAMICO NEUROGENESI E CENTRI GERMINATIVI NEURONALI

La subventricular zone (SVZ) e la subgranular zone (SGZ) sono aree neurogenetiche nel SNC di mammifero adulto

E' DIMOSTRATA L'ESISTENZA NEL  
CERVELLO DEI MAMMIFERI DI  
**CELLULE STAMINALI MULTIPOTENTI**



Emsley and Macklis, (2005). Progress in Neurobiology

ALCUNE CELLULE DELLA ZONA SUBVENTRICOLARE (SVZ) DEI VENTRICOLI LATERALI  
E DELLA ZONA SUBGRANULARE (SGZ) DELL'IPPOCAMPO POSSIEDONO LA  
CAPACITA' DI GENERARE NEURONI

# NEUROGENESIS

## Increase

## Decrease



Chronic Stress



Aging



Radiation

## Fattori che regolano la neurogenesi nell'ippocampo

### Stimolano

### Inibiscono

- Apprendimento S
- Ambiente arricchito S
- Estrogeni P
- Antidepressivi S
- Epilessia P
- Lesione P
- Fattori di crescita P

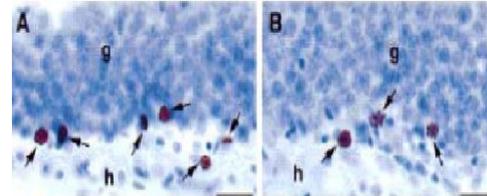
- Stress P
- Glucocorticoidi P
- Senescenza P
- Morfina P

.....

Proliferazione (P) o sopravvivenza (S) delle nuove cellule

## Fattori FISIOLGICI stimolano la neurogenesi

- ✓ Arricchimento ambientale, corsa, allenamento con esercizi di apprendimento dipendenti dall'ippocampo possono stimolare la neurogenesi nel **DG** (proliferazione o aumentata sopravvivenza) (Kempermann et al., 1997; van Praag et al., 1999; Gould et al., 1999).
- ✓ L'arricchimento negli stimoli olfattori ambientali porta ad un incremento nella neurogenesi nella **SVZ** e conseguentemente nel bulbo olfattorio, con miglioramento della memoria per gli odori (Carlen et al., 2002; Rochefort et al., 2002).



(BrdU)-labeled cells (red) in the dentate gyrus of adult male rats exposed to either sham or fox odor. One week after BrdU injection, animals that were exposed to fox odor (B) exhibited significantly fewer BrdU-labeled cells compared with sham controls (A).

## Fattori PATOLOGICI stimolano la neurogenesi

- ✓ L'ischemia cerebrale stimola la neurogenesi nello striato e nella regione ippocampale CA1 (Arvidsson et al., 2002; Nakatomi et al., 2002).
- ✓ Scariche epilettiche ed ischemia cerebrale stimolano la neurogenesi nel SGZ (Parents et al., 1997; Liu et al., 1998).

## MECCANISMI MOLECOLARI

	P	S
<b>Neurotransmitters</b>		
Dopamine (D2/3)	+ and -	
5-HT (5HT <sub>1A</sub> )	+	+
Noradrenaline	+	
ACh (M,Nβ2)	+	
Glutamate (NMDA)	+ and -	
<b>Hormones</b>		
Estrogen	+	
Prolactin	+	
Thyroid hormone	+	
Testosterone		+
<b>Others</b>		
Nitric oxide		+

GLI STESSI FATTORI POSSONO REGOLARE ANCHE ALTRI FENOMENI PLASTICI COME LA PLASTICITA' SINAPTICA

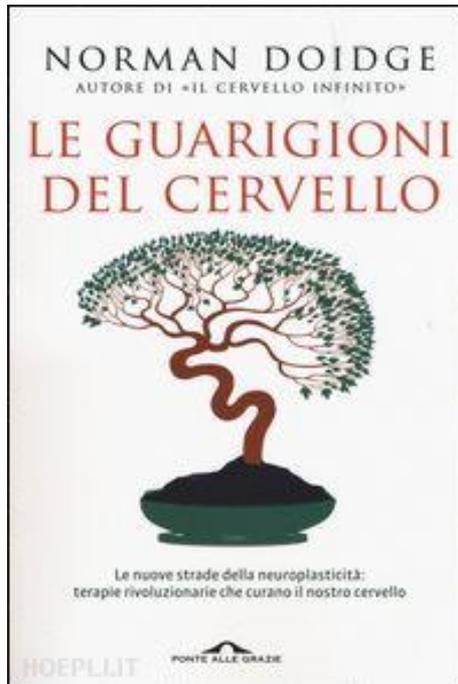
Involvement of Notch signaling in hippocampal synaptic plasticity

Yue Wang<sup>1</sup>, Sic L. Chan<sup>1</sup>, Ludjo Miele<sup>1</sup>, Pamela J. Yao<sup>1</sup>, Jennifer Mackes<sup>1</sup>, Donald K. Ingram<sup>1</sup>, Mark P. Mattson<sup>1,2</sup>, and Katsutoshi Furukawa<sup>1,3</sup>

Current Biology, Vol. 13, 1340-1354, August 5, 2003, ©2003 Elsevier Science Ltd. All rights reserved. DOI 10.1016/S0969-8228(03)00482-5

Learning and Memory Deficits in Notch Mutant Mice

## ....La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento del riabilitatore.....



**FASE DI DIASCHISI  
CEREBRALE 6 MESI**

Luce, suono, elettricità, vibrazione, movimento e pensiero (il quale attiva certi network) sono tutte fonti di neurostimolazione. La neurostimolazione permette di riattivare i circuiti dormienti nel cervello danneggiato e conduce ad una maggiore capacità del cervello rumoroso di tornare a regolarsi e modularsi da se e di stabilire l'omeostasi .

**Il pensiero e l'immaginazione soprattutto sono strumenti per riattivare network neuronali assopiti.**

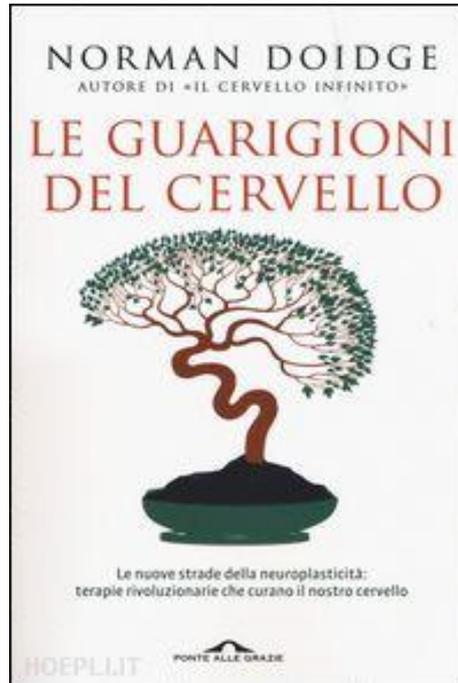
Quando pensiamo a qualcosa in particolare alcuni circuiti si accendono ed altri si spengono.

**I RISVEGLI TARDIVI!!!**

# ....La comunicazione ipnco strument

ne

## COMMENTARY



## La biologia della guarigione psicosomatica

### Hypnosis, Neuroplasticity, and the Plastic Paradox

Norman Doidge

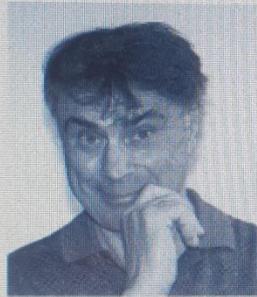
*University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada  
Columbia University, New York, New York, USA*

This special issue on hypnosis and the brain raises the question of the relationship between hypnosis and neuroplasticity—explicitly in a few of the articles and implicitly in others. Neuroplasticity, as I define it, is that property of the brain that allows it to change its structure and function in response to mental experience and activity. Neuroplasticity takes place in the brain, not in the mind, but it is triggered by the mind. I say so, because, we shall see, it is easy to slip into using the terms mental plasticity and neuroplasticity interchangeably. But we have long known that we can “change our minds”; what is new is the discovery that the mind can change the neural tissue; hence, “neuroplasticity.” Even before neuroplasticity became widely accepted in the lab, studies of the physiological state of the brain during hypnosis were attempted. Such is the case with most studies in this issue. But now that we understand that the brain is neuroplastic, we must understand not only the state the brain enters in hypnosis but also how the hypnotic process itself alters the brain neuroplastically. So, in my brief comments, I will explore whether the studies in this issue shed any light on how hypnotic induction might foster brain neuroplasticity. It should be noted that in this endeavor, we all stand on the shoulders of Ernest Rossi, prophetic in so many of these scientific matters and, to my knowledge, the first to describe hypnosis as engaging neuroplasticity, having laid out a model in his book, *Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts* (Rossi, 2002). There he described how the brain enters neuroplastic states in trance.

When I completed my first book on neuroplasticity, *The Brain That Changes Itself* (Doidge, 2007), I was often asked by people “Is there anything I can do to increase

*Ernest L. Rossi, Ph.D.*

## **The Memory Trace Reactivation and Reconstruction Theory of Therapeutic Hypnosis: The Creative Replaying of Gene Expression and Brain Plasticity in Stroke Rehabilitation**

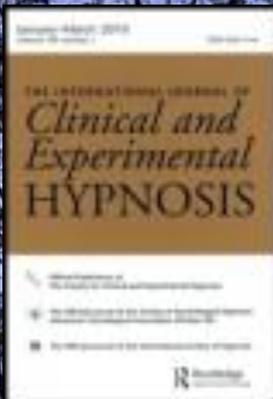


*ERNEST L. ROSSI, Ph.D. is the author of *The Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts* (W.W. Norton Professional Books, 2002). He received the Lifetime Achievement Award for Outstanding Contributions to the Field of Psychotherapy from the Erickson Foundation in 1980 and The American Association of Psychotherapy in 2003. Rossi teaches his new approaches to therapeutic hypnosis in workshops at ZIST in Penzberg, Germany, [lutz.bessel@zist.de](mailto:lutz.bessel@zist.de)*

### **ABSTRACT**

I tell the story of how I used my dreams and early training in therapeutic hypnosis with Milton H. Erickson to facilitate my own creative rehabilitation from a stroke at the age of sixty-nine. I explore how currently emerging neuroscience research on memory trace reactivation and reconstruction may be foreshadowing a new theory of the basic ideodynamics of therapeutic hypnosis on a molecular genomic level. I propose how the creative replay of activity-dependent gene expression, protein synthesis, and brain plasticity in the reconstruction of fear, stress, and traumatic memories and symptoms is the essence of therapeutic hypnosis and psychotherapy. A new generation of clinical researchers will be required to update Milton H. Erickson's view of the "neuro-psycho-physiological process" of therapeutic hypnosis on all levels from the experiences of consciousness and dreaming to the creative replay of the gene expression/protein synthesis cycle and brain plasticity.

**.....La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento del riabilitatore.....**



## Hypnosis and Attention Deficits After Closed Head Injury

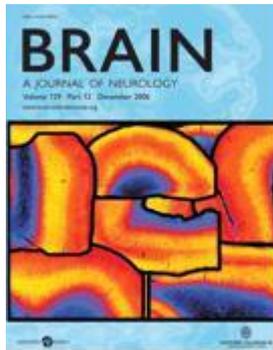
Tannis M. Laidlaw

Pages 97-111 | Received 27 Mar 1991, Published online: 31 Jan 2008

### Abstract

In a controlled study of patients attending a concussion clinic because of ongoing **postconcussion symptoms**, attention deficits were recorded in the head-injured group for the aspects of alertness, assessed by the Continuous Performance Test (CPT), and processing capacity, assessed by a version of the Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT). Selective attention was intact. Hypnotizability was assessed by the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A), with normal means and standard deviations found in both the concussed and control groups. There was a significant correlation, however, between HGSHS:A scores and PASAT scores in the concussed group only. The results of this preliminary study suggest that slower processing capacity after a closed head injury may predict higher hypnotizability and that hypnosis could be an appropriate rehabilitation technique for these patients who present with postconcussion symptoms.

.....**La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento del riabilitatore.....**



## Improving working memory performance in brain-injured patients using hypnotic suggestion

JK Lindeløv, R Overgaard, M Overgaard - **Brain**, 2017 - [academic.oup.com](http://academic.oup.com)

### **Abstract**

Working memory impairment is prevalent in brain injured patients across lesion aetiologies and severities. Unfortunately, rehabilitation efforts for this impairment have hitherto yielded small or no effects. Here we show in a randomized actively controlled trial that working memory performance can be effectively restored by suggesting to hypnotized patients that they have regained their pre-injury level of working memory functioning. Following four 1-h sessions, 27 patients had a medium-sized improvement relative to 22 active controls (Bayes factors of 342 and 37.5 on the two aggregate outcome measures) and a very large improvement relative to 19 passive controls (Bayes factor =  $1.7 \times 10^{13}$ ). This was a long-term effect as revealed by no deterioration following a 6.7 week no-contact period (Bayes factors = 7.1 and 1.3 in favour of no change). To control for participant-specific effects, the active control group was crossed over to the working memory suggestion and showed superior improvement. By the end of the study, both groups reached a performance level at or above the healthy population mean with standardized mean differences between 1.55 and 2.03 relative to the passive control group. We conclude that, if framed correctly, **hypnotic suggestion can effectively improve working memory following acquired brain injury**. The speed and consistency with which this improvement occurred, indicate that there may be a residual capacity for normal information processing in the injured brain.

.....**La comunicazione ipnotica e il monoideismo plastico come strumento del riabilitatore.....**

A black and white close-up of a woman's face, looking down, with a vibrant red rose in the foreground. The woman's eyes are closed, and her expression is serene. The rose is in sharp focus, contrasting with the blurred background of her face.

**Caso Clinico:**

**"E' il tempo che hai perduto per la tua Rosa che ha reso la tua Rosa così importante...."**

! 21-03.2019  
(2-3 mesi)

ROSA D.

arriva in reparto con la diagnosi di **Stato di veglia non responsiva persistente** e tetraparesi spastica conseguente a grave TCE (GCS3 sul posto) e politrauma\* in tentativo anticonservativo (trauma da precipitazione del 7-01-2019)

## AL PRIMO INCONTRO.....



.....ad **occhi aperti**, aggancia l'esaminatore con lo sguardo ma **non lo segue nell'ambiente**, al contrario chiude gli occhi come ad esprimere rifiuto alla comunicazione e si oppone al tentativo di apertura passiva delle palpebre, talvolta su richiesta **sembra stringere la mano destra (grasping??)**, non mostra alcun tentativo di vocalizzazione o di articolazione verbale anche quando ripetutamente sollecitata.

Una osservazione prolungata permette di obiettivare, seppur nell'ambito di una grave tetraparesi, forme di reclutamento volontario finalistico all'emilato destro e all'arto superiore sinistro **suggerendo quadro di oppositività**.

\*(fratture costali multiple e pneumotorace, un grave trauma addominale con necessità di splenectomia in urgenza, fratture vertebrali multiple, fratture multiple del bacino e del femore a sinistra sottoposte a riduzione chirurgica in urgenza, fratture multiple arti superiori bilateralmente.)

## LA DOCUMENTAZIONE CLINICA CHE ACCOMPAGNA ROSA.....



La **RMN encefalo** mostra emorragia subaracnoidea ed in sede intraventricolare, la presenza di numerosi focolai traumatici in regione sovratentoriale, particolarmente evidenti in sede giunzionale **parasagittale frontale sinistra**, nello **splenio del corpo calloso** e nella porzione più laterale del **peduncolo cerebrale di destra** e in sede **talamica sinistra** in accordo con **quadro di danno assonale diffuso di III grado**, falde di igroma bilaterale più evidenti in regione frontale sinistra.

**EEG** quadro di sofferenza emisferica bilaterale di grado severo,  
**PESS** (potenziali evocati somato-sensoriali) nella norma.

.....ricoverata presso il reparto di **terapia intensiva**, sedata, intubata, in ventilazione assistita; sottoposta a tracheostomia chirurgica ed a posizionamento di gastrostomia percutanea;

.....sospesa la sedazione Rosa è in stato di **coma** senza componente farmacologica, presenta crisi da iperattivazione del sistema nervoso vegetativo con ipertensione e tachicardia gravi ed aumento diffuso del tono muscolare con atteggiamento in decorticazione, scatenate da qualunque tentativo di mobilizzazione degli arti probabilmente legate alla **percezione del dolore (PARE CHE IL DOLORE FACCIA MALE ANCHE SE NON SEI "COSCIENTE")**

.....a febbraio ha aperto per la prima volta gli occhi (**STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVA**)

**ROSA E' SOLO IN ATTESA.....  
UNITA' PER STATI VEGETATIVI**



.....NON SO PIU'  
COSA FARE.....  
MA QUELLA COSA  
DELL' IPNOSI....LA  
SAI GIA' FARE???.



**Il 14.04.2019 (...quasi un mese dopo)**  
la logopedista che tratta Rosa mi chiede  
aiuto:

- Rosa non fa progressi, entra in seduta e a qualunque proposta chiude gli occhi interrompendo qualsiasi tentativo di comunicazione.
- Mantiene gli occhi chiusi per l'intera seduta, quando esce fuori dalla stanza di trattamento apre gli occhi.
- Non è possibile portate avanti nessun tipo di proposta riabilitativa nè di valutazione delle funzioni cognitive superiori.

**ROSA  
NON SI FIDA !!**

# 1. La fase di indagine....



prerequisito per creare la bolla ipnotica, è la fase in cui iniziamo a creare una mappa della persona intesa come unità psico-fisica. Indaghiamo l'identità corporea, sociale, professionale, spirituale e l'identità segreta della persona (es. stato di salute psico-fisica, anamnesi familiare e sociale, cosa piace e cosa non piace fare alla persona, aspettative della persona, etc..).



## **COSA "FA" ROSA**

- instaura contatto oculare;
- mantiene contatto oculare durante lo scambio comunicativo;
- risponde Si e No con il capo;
- una volta ha ripetuto una singola parola (giorno della settimana - automatismo)
- osserva immagini corrispondenti ad oggetti;
- talvolta (raramente) sorride a battute
- talvolta porge la mano destra per salutare

## **COSA "NON FA" ROSA**

- non verbalizza
- non articola parole
- non vocalizza (neanche lamento)
- rifiuta di assumere cibo nonostante non ci siano deficit gravi della deglutizione
- non partecipa allo scambio comunicativo spontaneamente
- non fa domande
- non appare interessata all'ambiente circostante
- rifiuta di utilizzare tavole comunicative per esprimere bisogni primari.

## ....le risorse di Rosa....

Rosa D. ha 48 anni

Rosa vive in famiglia con la madre ed il padre anziani ed un fratello affetto da schizofrenia paranoide di cui si prende cura in maniera esclusiva.

Rosa ha un' altra sorella che non vive con lei da parecchi anni ma che ha creato un proprio nucleo familiare con marito e due figlie di 5 e 7 anni.

Rosa è affetta da una patologia congenita la **Sindrome di Klippel-Feil** caratterizzata da un difetto nella formazione o differenziazione delle vertebre cervicali che risulta in una fusione di tali vertebre, policistosi ovarica e circa 20 anni fa le è stato diagnosticato un **Lichen planus** patologia dermatologica che si manifesta con un'eruzione infiammatoria ricorrente e pruriginosa caratterizzata da papule singole, di piccole dimensioni, che possono confluire formando placche squamose ruvide.

Rosa lavora come **impiegata** presso una azienda sanitaria locale di Torino presso gli uffici dell'UMVD (Unità multidisciplinare valutativa disabilità).

## *....le risorse di Rosa....*

I genitori di Rosa non vengono mai a trovarla perchè molto anziani e perchè devono badare al fratello con patologia psichiatrica.

### **Dal colloquio con la sorella:**

Rosa non ha amiche con cui esce o va a fare viaggi,

non sa dirmi se c'è qualcosa in particolare che piace fare a Rosa, forse le piace leggere perchè a casa ha trovato numerosi Romanzi Rosa,

non mi parla di viaggi, non sa se Rosa preferisce il mare alla montagna, il caldo al freddo , se guarda la TV , che tipo di film gradisce, non conosce il colore o il fiore preferito di Rosa, non sa se Rosa è già in menopausa o meno, non sa se si confida con qualcuno.

negli ultimi tempi Rosa era cambiata, quando lei andava a trovarla sembrava non avere piacere per cui aveva ridotto le visite per non disturbarla.

## ....le risorse di Rosa....

Dal colloquio con la sorella:

Ha portato una foto che ha trovato nella stanza di Rosa ma non sa dirmi se l'ha scattata Rosa o dove l'abbia presa, nè cosa rappresenti per Rosa ( è la foto di un molo, in primo piano un **ombrello nero** aperto poggiato sul molo).

Ha portato le foto di **Maya la gatta di Rosa** morta circa due anni fa.



## *....le risorse di Rosa....*

**Dal colloquio con le colleghe di lavoro :**

Rosa e' una persona molto socievole e divertente, pronta ad aiutare tutti, molto precisa e utile nel suo lavoro, a volte un punto di riferimento, che gestisce relazioni complesse con i servizi sociali riguardo a persone con grave disabilità e con un buon rapporto con tutti i colleghi

negli ultimi tempi Rosa è diventata più taciturna e i giorni prima del tentativo anticoncettivo ha riorganizzato la sua scrivania e lasciato istruzioni su tutti i casi che sta seguendo.

Anche i colleghi non sanno nulla sulla vita privata di Rosa , su ciò che le piace, i suoi hobby, i suoi pensieri.

**.....Rosa sembra essere invisibile....**

## ....le risorse di Rosa....

Dalla lettera di Rosa :

se stesso, da + di 20 anni da  
quando è comparso la prima volta il lichen <sup>planus</sup>  
si assopisce e si risveglia <sup>(non è contagioso)</sup> e il mio stato  
d'anima è allarmante; lo scorso anno lichen al

si, non avete responsabilità, la colpa  
stata mia <sup>ed è solo mia</sup> che non ho saputo chiedere  
aiuto; ~~non~~ se potete continuate a stare

che si stava sgretolando.  
che dentro di me, una "rocce" o  
che si stava sgretolando.

la e non ~~nessuno~~ hanno alcuna colpa e  
responsabilità <sup>nessuno ha colpa</sup>; sento che non ho più  
controllo del mio corpo, dormo  
pessimo, mi è sta sfuggendo la

se serve e  
password è Maya2020

~~ero in vacanza quando Bruno è stato malato~~  
cose buone me ho anche fatte;  
irabile, anche se ho fatto <sup>dopo</sup> errori di valutazione al  
~~è creativo~~ da cui mi scusa.



## *2. Fase di definizione dell'obiettivo*

L' obiettivo per Rosa " aumentare l'intenzionalità comunicativa e di un minimo grado di collaborazione", le risorse di Rosa " socievolezza, disponibilità, capacità di collaborare e istaurare relazioni funzionali" in ambito lavorativo.

**Rosa sa cosa vuol dire prendersi cura...del fratello...dei genitori....di Maya.**

**Decido di proseguire con un induzione classica tramite conteggio e deconteggio mirata al recupero delle risorse utili all'obiettivo delineato per Rosa.**

**19 Aprile 2019**

**NB. Nel caso clinico descritto sotto in considerazione dell'estrema particolarità e complessità della paziente trattata le fasi di indagine e quella di definizione dell'obiettivo sono state identificate per via indiretta**

### 3. Campo affermativo

Rosa arriva in stanza di logopedia seduta in carrozzina accompagnata dalla logopedista, ad occhi aperti, muove ritmicamente la gamba destra. Appena entra in stanza volge lo sguardo verso di me e sgrana gli occhi.

*“Buongiorno Rosa sei stupita nel vedermi qui, oggi se per te va bene, vorrei fermarmi qui con voi e proporti un lavoro che potrebbe aiutarti a recuperare più velocemente le risorse di cui hai bisogno per affrontare questo momento così particolare della tua vita”*

**Rosa abbassa il capo come ad esprimere un consenso.**

*Molto bene Rosa, vedo che oggi non porti gli occhiali ed hai deciso di mantenere gli occhi aperti così che probabilmente ti è più semplice vedere me seduta su questa sedia blu proprio davanti a te, Melania seduta dietro la scrivania, la luce intensa che entra dalla finestra in questa mattina di sole e qualunque altra cosa è presente in questa stanza che io non ho nominato ma che attira la tua attenzione.*

*Da qui ti vedo proprio bene, sei seduta sulla carrozzina, la testa appoggiata al poggiatesta e le tue braccia su dei grossi cuscini bianchi, la tua gamba destra si muove ritmicamente su e giù e tu puoi sentirti libera di muoverla fin tanto che ne senti il bisogno o al contrario di fermarla non appena ne avrai voglia.*

**Prendo in mano la foto di Maya e la volto verso di lei ....Rosa accenna un sorriso**

*Rosa, questa è **Maya**, vero? Ha una pelliccia arancio molto folta e due grandi occhi verdi ed è raggomitata su di un cuscino. Cettina mi ha raccontato di come eravate affezionate, di come ti sei presa cura di lei in tutti gli anni in cui vi siete fatte compagnia, di come l'hai aiutata a crescere anche se **lei non sapeva chiederti aiuto**.*

**Rosa fa cenno di sì con il capo.**

*Da quello che mi hanno raccontato i tuoi Colleghi/amici tu sai esser di compagnia, il tuo lavoro ti ha richiesto spesso questa capacità di collaborare di dare fiducia ed avere fiducia negli altri e di prendere decisioni condividendole con gli altri.*

**Quindi Rosa, di cose buone ne hai anche fatte, vero?**

*Fra qualche istante ti dirò qualcosa di molto importante per te.*

*Adesso potresti anche decidere di fare cose buone per te, non credi? Decidere di chiedere aiuto, di fidarti di noi, di collaborare con noi nel tuo processo di cura nel modo e nei tempi che senti più adatti a te, proprio come hai fatto con Maya. .*

## *4. Compito alla mente conscia*

Mostro a Rosa 6 immagini di paesaggi e le chiedo di scegliere il paesaggio che le ispira tranquillità e serenità, Rosa afferra l'immagine con la mano destra, le descrivo i particolari dell'immagine.



**.....A Rosa Piace il mare !!!**

## 4. Premesse e compito alla mente conscia

*Molto bene Rosa adesso puoi decidere di tenere gli occhi aperti o al contrario di chiuderli, puoi decidere di tenerli aperti adesso e sentirti libera di chiuderli in qualunque momento durante questo lavoro o ancora di chiuderli adesso e aprirli in qualunque altro momento.*

*Allo stesso modo puoi decidere di muoverti o restare ferma, di mantenere questa posizione o ancora sentirti libera di cambiarla in qualunque momento tu ne senta la necessità.*

**La gamba destra smette di muoversi e si appoggia rilassata sul predellino della carrozzina.**

*Puoi decidere di ascoltare la mia voce e tutti i suoni che percepisci in questo momento e portarli con te, renderli più forti, più presenti o ancora potresti lasciarli qui e farli svanire fino a scomparire, a non udirli più .*

*Il ritmo della mia voce potrebbe essere sincrono con il ritmo dei tuoi pensieri o molto diverso e tu puoi decidere di seguirlo o al contrario di seguire il ritmo del tuo stato interno.*

*Potrei dover fare delle pause durante questo lavoro per capire come condurlo al meglio ma voglio che tu sappia che anche in quei momenti la mia attenzione sarà completamente rivolta su di te.*

**ROSA nel frattempo ha scostato il capo dal poggiatesta e continua a fissare l'immagine con il paesaggio marino che ha in mano, sembra attenta alle mie parole ed all'immagine.**

*Non appena sarai pronta Rosa potresti decidere di portare la tua attenzione verso quella immagine che stai osservando o ancora verso qualsiasi altra immagine, ricordo, emozione, suono che hai vissuto e che tu conosci benissimo dentro cui ti senti protetta, al sicuro.*

**Rosa chiude gli occhi ed appoggia il capo al poggiatesta.**

## *5. Fase del conteggio*

*E mentre la tua attenzione rimane in quell'immagine in cui tu ti senti protetta, al sicuro, la mia voce accompagnerà la parte più profonda di te nel luogo delle risorse e lo farà attraverso un conteggio che va da uno a dieci.*

*E non c'è niente Rosa, che tu debba fare o non fare, sapere o non sapere affinché la parte più profonda di te raggiunga il luogo delle risorse.*

*... 1... quel luogo in cui sono conservate tutte le tue risorse*

*... 2... quelle che conosci già*

*... 3... tutte quelle che hai già vissuto, sperimentato*

*... 4... tutte le risorse che sai di avere e. anche tutte quelle risorse che non sai di avere ma che sono lì pronte ad essere attivate.*

*...5 ... e mentre la mia voce continua a parlare.*

*...6... il tuo inconscio potrebbe essersi attivato .*

*...7... e potrebbe essere già arrivato in quel luogo dove può trovare tutto ciò di cui ha bisogno per raggiungere il tuo obiettivo.*

*... 8... o ancora potrebbe arrivarci con i tempi che il tuo inconscio ha*

*...9... ma non c'è nulla che possa impedire al tuo inconscio di arrivare.*

*... 10. nel **luogo delle risorse.***

## 5. Fase centrale

**Rosa mantienene gli occhi chiusi, il capo si è leggermente flesso in avanti, il corpo appare completamente rilassato ed il respiro è divenuto piu lento e piu profondo.**

*E il tuo inconscio una volta raggiunto il luogo delle risorse potrebbe aver già cominciato a guardarsi intorno per raccogliere con i suoi modi e con i suoi tempi, tutte quelle risorse, la fiducia, la capacità di collaborare, la socievolezza, la disponibilità verso gli altri, che lui reputa necessarie per raggiungere il tuo obiettivo. Potrebbe anche aver raccolto tutte quelle risorse che io non sto nominando ma che sono lì nel luogo delle risorse pronte ad essere attivate e che il tuo inconscio ritiene necessarie al raggiungimento del tuo obiettivo. Ed io non so cosa stia facendo adesso il tuo inconscio, ma il tuo inconscio è già stato in quel luogo tutte le volte che ne ha avuto bisogno e sa esattamente come muoversi e dopo aver raccolto tutta la fiducia di cui ho bisogno, la capacità di collaborare di cui ha bisogno, la socievolezza di cui hai bisogno, potrebbe decidere di fare con le risorse che ha raccolto tutto ciò che per lui è necessario affinché tu raggiunga il tuo obiettivo, potrebbe decidere di aumentare, di ampliare queste risorse, la fiducia, la socievolezza, la capacità di collaborare. E mentre si guarda intorno potrebbe decidere di prendere ancora altre risorse che io non ho nominato ma che tu non sai di avere ma che lui conosce benissimo e sa come usare affinché tu raggiunga il tuo obiettivo. E non c'è niente che io debba dire al tuo inconscio o suggerirgli affinché lui continui a prendere, usare, raccogliere tutta la fiducia, la socievolezza, la capacità di collaborare utili a raggiungere il tuo obiettivo. Può prendere tutta la fiducia che ha trovato nel luogo delle risorse, tenerla con sé, ampliarla, utilizzarla nei modi che lui conosce affinché tu raggiunga il mio obiettivo*

**ROSA deglutisce, muove la mano destra, ma continua a rimanere ad occhi chiusi**

## 5. Fase del deconteggio o rierientamento dell'attenzione

*E mentre il mio inconscio continua a guardarsi intorno e continua a prendere dal luogo delle risorse tutto ciò di cui ha bisogno, la fiducia, la socievolezza, la capacità di collaborare e tutte le altre risorse che lui ritiene utili, la mia voce inizierà un deconteggio che va da 10 a 1 per riportare la tua attenzione nel qui e nell'ora.*

*E mentre inizio questo deconteggio il tuo inconscio potrebbe aver bisogno di più di tempo e decidere di prendersi ancora qualche secondo **9.** per guardare nel luogo delle risorse e raccogliere ciò di cui ha bisogno **8.** ... e mentre lui si prende il suo tempo dico solo una cosa al tuo inconscio ..... **7.** di chiudere tutte le porte che ha aperto durante questo viaggio nel luogo delle risorse (**ROSA Apre gli occhi e volge il capo verso di me**) **6.** ma lui continuerà a lavorare nelle prossime ore, nei prossimi giorni, nei prossimi mesi.... **5.** per aiutare te a raggiungere il tuo obiettivo **4.** ... e adesso hai cominciato a deglutire più frequentemente... **3.** puoi decidere di muoverti, (Rosa ricomincia a muovere la gamba) esattamente come stai facendo adesso **2.** e riportare completamente la tua attenzione nel qui e nell'ora **2.** i tuoi occhi sono ben aperti e.... **1.** la tua attenzione è nuovamente qui.*

**Chiedo a Rosa se vuole portare con se l'immagine del paesaggio che nel frattempo è caduta a terra. Rosa risponde di si con cenno del capo. Le chiedo se vuole continuare a fare il trattamento di logopedia. Rosa Chiude gli occhi e con il capo fa cenno di no. La riportiamo in stanza. L'immagine del paesaggio marino viene attaccata all'armadietto vicino a lei. La sorella Concetta nei giorni successivi ci dice che la guarda spesso.**

*24.04.2019.....tre giorni dopo.....*

*Sul diario clinico :*

*"nettamente migliorata la collaborazione alle proposte riabilitative e l'intenzionalità comunicativa, risponde al saluto tramite il canale verbale fonatorio. Disponibile allo scambio comunicativo. La paziente ha cominciato a partecipare al trattamento logopedico, si esprime tramite il canale verbale senza evidenza di deficit specifici del linguaggio". Dott. M.A. "un collega che non è a conoscenza del mio lavoro con Rosa"*

*Vado nella stanza di Rosa,..... "CIAO BELLA!!"*

*Ma questa è un'altra storia e si dovrà raccontare un'altra volta.....*



## *il rapport ....come nelle favole*

*Nelle favole vengono descritte le pene e le prove di passaggi, e la loro riuscita felice. L'eroe viene accompagnato e assistito da una figura, che non fa parte del suo contesto sociale, che sta dalla sua parte, lo aiuta, senza sostituirsi a lui nelle fatiche da affrontare. Lo aiuta e lo tormenta, lo mette ulteriormente alla prova con messaggi criptici e ambigui o con strumenti strani.*



*Si presenta puntuale al al momento del quasi abbandono o dello smarrimento. Fate o coboldi, che appaiono all'improvviso che aiutano a trovare la strada, vecchie o giovani che raccontano l'indovinello che porta alla soluzione.....(1)*



- (1) Dall'ipnosi eriksoniana alle neuroscienze a cura di Giuseppe de Benedictis, Emanuele del Castello e Camillo Valerio
- (2) Donne che corrono con i lupi. Clarissa