



Corso di Formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica  
Anno 2020

APPLICAZIONE DELLA TECNICA DI  
COMUNICAZIONE IPNOTICA  
NELLE SALE DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA  
STORIA DI UN'ESPERIENZA

Candidato  
Dott.ssa Gabriella Amerio

Relatore  
Dott.ssa Milena Muro



*A Tommaso  
Agata e Cecilia*

# Sommario

PREMESSA .....	5
AMBITI DI APPLICAZIONE DEL PROGETTO.....	8
VISSUTO EMOTIVO DEL PAZIENTE CARDIOLOGICO.....	10
LA RELAZIONE TERAPEUTICA.....	13
CHE COS'E' L'IPNOSI .....	15
PROGETTO .....	26
OPERATORI COINVOLTI NEL PROGETTO.....	26
SETTING .....	26
I PAZIENTI .....	28
METODI E STRUMENTI .....	31
CASI CLINICI .....	34
CASO CLINICO 1 .....	34
CASO CLINICO 2 .....	38
CASO CLINICO 3 .....	41
CASO CLINICO 4 .....	44
CASO CLINICO 5 .....	47
CASO CLINICO 6 .....	49
CASO CLINICO 7 .....	51
CASO CLINICO 8 .....	53
CASO CLINICO 9 .....	55
CASO CLINICO 10 .....	56
CONCLUSIONI .....	58
BIBLIOGRAFIA.....	61
LIBRI.....	61
INTERNET.....	62
ALLEGATI.....	63

## PREMESSA

C'era una volta..."

Ogni storia che si rispetti inizia con questa frase. Anche la storia della mia esperienza inizia così.

Noi siamo la nostra storia, io sono la mia storia, con il mio passato, il mio vissuto, le mie esperienze che hanno delineato e modificato la mia persona. Quella che sono ora è frutto di cambiamenti, di evoluzioni e ciò che ha determinato la mia evoluzione, ha determinato i miei cambiamenti, i miei adattamenti alle situazioni che via via si presentavano nella mia vita.

Vorrei, se mi permettete, presentarmi. Io, così come sono, così come mi vedete ora.

C'è voluto molto per arrivare a questa mia "forma", se me lo concedete.

Tutto il vissuto, le gioie della giovinezza, la maturazione, il sentirmi libera di avere e possedere un mio pensiero e poterlo esprimere liberamente, il poter decidere consapevolmente, il poter scegliere...

L'amore, le gioie, i figli, l'evoluzione della vita familiare, professionale, sociale, le difficoltà incontrate e mai risolte, quelle risolte, i fallimenti, i dolori, i lutti; insomma tutta una vita, per arrivare ad essere quella che sono.

Io sono un'infermiera. Prima di decidere di entrare alla scuola infermieri, mi sono diplomata in Perito Aziendale e Corrispondente in Lingue Estere. Imparare le lingue, inglese e tedesco, mi piaceva, ma non ero certo fatta per fare la segretaria, non per stare dietro ad una scrivania.

A malincuore, ho terminato gli studi di perito, ma avrei voluto mollare dopo il biennio, per iscrivermi alla scuola infermiere, ma i miei genitori, mia madre soprattutto, non me l'hanno permesso.

Da qui nel 1983 lo studio, la passione per questa professione così "nobile" che però nella pratica aveva molto poco di nobiltà.

Turni massacranti, giro letti interminabili tanto da arrivare in ritardo alle lezioni, le notti lunghissime e pesanti. Tutto diverso da quello che a vent'anni vorresti fare.

Ma a me piaceva, e mi sono spesa per migliorare per cercare di lavorare bene, nel rispetto della professione, dei pazienti e dei colleghi e, soprattutto nel rispetto di me stessa.

Ad un certo punto della mia vita, quasi per gioco, un'amica mi propone di iscrivermi ad una scuola di teatro. Era a metà degli anni 90. La cosa mi intriga tantissimo e benché molto occupata dal lavoro, dalla vita familiare, due figli in tenera età, mi iscrivo al Centro di Formazione Teatro delle Dieci di Massimo Scaglione, che all'epoca aveva anche una sede ad Asti. Molto spesso Massimo Scaglione mi ha fatto lezione, sostituendo in maniera encomiabile i "suoi attori" ed insegnanti, spesso occupati in performance teatrali. Spendo due parole per raccontarvi chi era ed è stato Massimo Scaglione.

Massimo Scaglione, regista e uomo di teatro, fondatore del Teatro delle Dieci. Nato a Garessio nel 1931, approdò alla Rai vincendo un concorso come regista nel 1955. Assunto come assistente di studio, iniziò la sua attività artistica in radio. Ha diretto più di mille programmi televisivi, sceneggiati (tra cui l'edizione particolare de "I Promessi Sposi" con il trio Marchesini, Lopez e Solenghi) e opere teatrali. Ha insegnato ai corsi di teatro al Dams di Torino e ha diretto una scuola di recitazione, il "Centro di Formazione Teatro delle Dieci" con varie sedi in Piemonte. Era sposato con la ballerina Loredana Furno. A lui si deve il merito di aver contribuito, con Gipo Farassino, al recupero della cultura piemontese. Ha scritto molti saggi sulla storia del teatro, in particolare quello piemontese. Muore nel 2015 nella sua casa di Torino.

Ricordo il periodo della scuola di teatro con molta nostalgia... Tutto questo bagaglio mi è stato molto utile anche in seguito e lo è tutt'ora.

In tutto questo, il cognome Scaglione ha influenzato il mio percorso personale e non solo, anche professionale. Come ben sapete, il Dott. Marco

Scaglione, Direttore della SOC di Cardiologia e attualmente Capo Dipartimento di Medicina, è mio Primario nelle Sale di Cardiologia Interventistica.

E' ovvio che il destino di questo cognome ha segnato in maniera importante la mia vita privata e professionale.

Lavoro nelle Sale di Cardiologia Interventistica da oltre vent'anni. Le sale attualmente in uso sono tre. Due per Elettrofisiologia, che vengono utilizzate a seconda delle necessità per lo studio e l'ablazione delle aritmie e per l'elettrostimolazione (Pace Maker, ICD) ed una Sala per l'Emodinamica.

Nel 2018 ho frequentato il corso aziendale "La gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico- terapeutiche con la comunicazione ipnotica" tenuto dalla Dott.ssa Milena Muro.

Sono rimasta affascinata dalle possibilità che questa tecnica fornisce ai pazienti in generale. Continuando con la formazione, e conoscendo persone che applicano la comunicazione ipnotica in modo sistematico, ho potuto rendermi conto dell'enorme potenziale e delle opportunità di utilizzo.

Ho iniziato ad applicare la tecnica fin da subito in Elettrofisiologia, per le procedure di ablazione della Fibrillazione atriale, ovviamente con grandi difficoltà all'inizio, come per tutte le cose nuove.

In seguito, ho pensato che l'introduzione della comunicazione ipnotica nelle procedure di Emodinamica e di Impiantistica potesse essere di utile applicazione per i pazienti, per estendere la pratica che, aveva già ottenuto ampio consenso, nella gestione dell'ansia e del dolore dell'ablazione della Fibrillazione Atriale e che io stessa avevo già implementato.

Ho deciso, pertanto, di formulare un progetto al riguardo.

*“Se il tuo scopo è grande e i tuoi mezzi sono piccoli, agisci comunque;*

*perché solo con l’azione essi possono crescere in te”*

*Sri Aurobindo*

## AMBITI DI APPLICAZIONE DEL PROGETTO

La comunicazione ipnotica è rivolta a tutti i pazienti, soprattutto in quelli con ampia componente ansiogena e /o abbiano avuto un’esperienza pregressa diagnostico-terapeutica difficile, sia nelle procedure interventistiche di emodinamica che durante i piccoli interventi (impianti/sostituzioni PM/ICD, S-ICD), come **complementare** all’anestesia locale.

Le procedure di emodinamica complesse (ad esempio angioplastiche / disostruzioni coronariche) richiedono tempi lunghi (in media un’ora e mezza), obbligano il paziente a stare immobile sul lettino radiologico e necessitano di controllo del dolore.

L’utilizzo di farmaci anestetici, in alcuni casi, può essere gravato da effetti collaterali quali la depressione respiratoria e/o l’ipotensione, i quali possono portare a complicanze, oltre al fatto che impediscono al paziente di terminare la procedura in corso.

Altresì le procedure di elettrostimolazione (impianto di Pace Maker /Defibrillatori) richiedono immobilità del paziente sul lettino radiologico per tempi prolungati con una componente ansiogena legata proprio all’impianto di un device “estraneo” al proprio organismo, anche salvavita e pertanto “mal accettato”: è necessario quindi gestire l’ansia procedurale, l’immobilità ed anche il dolore nelle fasi di dissezione cutanea e/o di incannulamento degli accessi vascolari. La comunicazione ipnotica è da intendersi come complementare alle altre tecniche normalmente in uso. Il progetto ha seguito un Protocollo Analgesico come da indicazioni “Ospedale senza Dolore”. L’uso di sedativi non sempre riesce a controllare tale tipo di dolore e quando ciò non avviene, si deve optare per una sedazione profonda aumentando il rischio di complicanze. Partendo dal presupposto che un

metodo di sedazione ed analgesia, utile per l'effettuazione in maggior sicurezza e confort del paziente (nonché degli operatori), sia necessario nella preparazione e nello svolgimento delle procedure di elettrostimolazione e di Emodinamica, si vuole sottoporre a valutazione l'ipnosi, sia in sedazione che, ove effettuabile, in analgesia.

L'ipnosi è utilizzata fin dagli anni '50 del secolo scorso, in diverse branche chirurgiche - dalla ostetricia e ginecologia, alla chirurgia estetica, all'odontoiatria, all'oculistica, alla chirurgia della mammella - e ai giorni nostri si presenta come una metodica ampiamente validata sia nella sedazione che nell'analgesia. Sono ormai numerose le esperienze che attestano l'utilità del trattamento ipnotico nei pazienti sottoposti a diversi tipi di procedure interventistiche e che dimostrano spesso un miglioramento degli outcomes, come la tollerabilità del dolore, indipendentemente dal tipo di induzione effettuata, ma variabile a seconda della suscettibilità ipnotica del soggetto; in considerazione dello stato del paziente, il trattamento può anche ridurre significativamente la durata dell'intervento. Oltre alla sedazione, l'ipnosi riduce la percezione e l'elaborazione dello stimolo doloroso indotto dal trauma chirurgico, sia durante lo stesso che nel decorso postoperatorio, tanto che sono sempre più numerosi gli interventi effettuati - con la sola ipno-analgesia - in pazienti intolleranti ai comuni anestetici; ciò avverrebbe attraverso una modulazione dell'attività della corteccia somatosensoriale e cingolata e probabilmente attraverso un'azione sull'asse ipotalamo-ipofisario-surrenalico e sulla produzione di citochine pro-infiammatorie. Per indurre ciò l'operatore potrà utilizzare due ingressi per la trance - quello immaginativo (metafore, storie, simboli) e quello dissociativo (conscio-inconscio, mente-corpo) - che porteranno a costituire un filtro tra la percezione e l'elaborazione dello stimolo algogeno.

L'ipnotizzabilità richiede potenza di immaginazione, ricchezza di vita emotiva. Per questo trovano più difficoltà le personalità fredde, dalla critica sempre sveglia e abituate al dominio di se stesse.

Occorre puntualizzare che non tutti i soggetti sono ugualmente ipnotizzabili.

## VISSUTO EMOTIVO DEL PAZIENTE CARDIOLOGICO

Questo progetto mi ha spinto ad occuparmi ancora di più nel dettaglio, dell'aspetto del "sentito" della persona che affronta la malattia cardiovascolare o aritmica.

Il vissuto emotivo del paziente cardiologico, in generale, è molto complesso. La scienza psicologica si è da sempre occupata delle problematiche relative al legame tra mente e corpo e della relazione tra salute e malattia, sia fisica che mentale; nella psicocardiologia si parla della "sindrome del sopravvissuto".

Il contesto affettivo e familiare del paziente che sopravvive a un infarto o ad un'aritmia conta molto per la sua ripresa: la malattia obbliga a ripensare la propria vita e al rapporto di coppia e familiare. L'infarto, e le cardiopatie in generale, sono un fulmine a ciel sereno che costringono a vivere l'angoscia della morte imminente, l'ingiustizia per il "tradimento" del proprio corpo che fino ad allora aveva "funzionato" bene e della vita; la perdita dell'immagine di sé come persona integra: l'equilibrio interiore si incrina, a volte cede. Si tratta di una fase critica, che spesso implica accettare il dolore della perdita di un'identità forte e indipendente, rielaborare i propri significati interiori circa la vita e la morte, affrontare emozioni di tristezza e angoscia e riorganizzare i propri ritmi quotidiani mobilitando risorse a volte dimenticate o sottovalutate. Il paziente dopo l'evento cardiologico, può non sentirsi più la stessa persona: una volta tornato nella propria casa deve reintegrarsi nella famiglia e nella società, molto spesso anche nel mondo del lavoro, vedendo però mutate quelle che erano le sue certezze e i suoi ruoli con i familiari, con i figli, con gli amici e i colleghi. Tipicamente le persone che hanno a che fare con disturbi cronici somatizzano il problema stesso, percependolo in alcuni casi più grave e invalidante di quanto sia in realtà. Nei pazienti con patologia cardiovascolare sono comuni sentimenti di depressione, ansia e rabbia, sia pure di grado moderato. La depressione si può manifestare con sentimenti di sconforto e pessimismo, facilità al pianto,

perdita dell'interesse per le attività quotidiane e anche per le cose che prima davano piacere; talora sono accompagnati da sintomi come cattiva qualità del sonno, scarsa concentrazione, mancanza di energia, perdita dell'appetito, insomma con un rallentamento generale che spesso passa inosservato perché viene attribuito unicamente alla malattia.

I sentimenti d'ansia si manifestano in angosce e rimuginazioni: la paura che si verifichi un altro infarto o l'ennesima aritmia o che tutta la propria vita non possa mai più avere un valore ed essere fonte di soddisfazione, può provocare irrequietezza e tensione costanti, accompagnate da disturbi del sonno e dalla tendenza a richiedere attenzione o protezione anche quando non ce ne sarebbe una reale necessità. Un'altro sentimento molto comune è la rabbia, la sensazione di essere stati in qualche modo traditi dal proprio corpo, l'incapacità di accettare la nuova situazione e di gestire un vissuto di impotenza che spesso porta a negare la gravità della situazione o a provare forte frustrazione. Inoltre, la storia sanitaria dei pazienti cardiopatici si rivela spesso un calvario che precede uno o più interventi, ai quali segue, a seconda della patologia e della gravità, un processo di riabilitazione lungo, che richiede continui controlli. L'identità del cardiopatico si costituisce a partire da un brusco, doppio cambiamento: dalla condizione di salute ad una situazione ad alto rischio di mortalità, fino alla cura, alla riabilitazione e ad uno stato di riconquistata salute e reinserimento nel flusso quotidiano.

Quindi l'ansia provata da questa tipologia di pazienti può essere definita come un complesso stato che coinvolge diversi sistemi: il sistema fisiologico (sudorazione, tachicardia, capogiro), il sistema cognitivo (interpretazione scorretta degli eventi, eccessiva preoccupazione, difficoltà nel prendere decisioni), il sistema affettivo (paura e tensione), il sistema comportamentale (tremore e inibizione nel pensare o parlare) (Beck, Emery, Greenberg, 1988).

In questi vissuti emotivi la persona sperimenta il corpo non più come risorsa, ma come limite. Cogliamo la fragilità personale attraverso la fragilità del corpo. Il corpo diventa, in modo palese, segno della nostra finitudine e limitatezza.

Da questo si evince che quando i pazienti arrivano sul lettino delle nostre sale, sono un concentrato emozionale di tutto questo.

Non è detto, però che le emozioni siano solo negative, anzi, è possibile, elaborandole, commutarle in una risorsa. A tal proposito, riporto parte di un brano estrapolato dalla interessante e piacevole lettura del libro della Dottoressa Consuelo C. Casula:” Giardinieri, principesse, porcospini- metafore per l’evoluzione personale e professionale”.

“Le emozioni segnalano al soggetto la rilevanza dello stimolo, la necessità di mobilitare energie, l’importanza della risposta: risposta che muta non solo in base alle caratteristiche dello stimolo ma anche alle capacità del soggetto di fronteggiarlo. Le emozioni condizionano pensieri e azioni, modulano l’intensità, alta o bassa, guidano comportamenti d’esplorazione o di evitamento. Sono impulsi di agire (dal latino moveo), ingredienti di piani d’azione soggettivi per affrontare le diverse situazioni della vita. Sono preziose alleate, ci precedono, ci accompagnano, ci seguono nelle diverse attività quotidiane, ci servono a comprendere meglio il senso del vivere...”

*"Poiché questo è il grande errore dei nostri giorni, che i medici separano l'anima dal corpo" (Ippocrate)*

*Come diceva M. Erickson "ognuno di noi è molto di più di ciò che pensa di essere e sa molto di più di ciò che pensa di sapere".*

L’ipnosi è una risposta efficacissima alle patologie psico-correlate. Permette di riuscire a trasformare una minaccia (stress) in un’opportunità.

Senza dubbio l’applicazione della comunicazione ipnotica a questi pazienti fornisce un utile strumento di autocontrollo durante il percorso peri-operatorio, facendo sperimentare alla persona la capacità di gestire lo stato di coscienza modificato che gli permette di migliorare l’autoefficacia e l’autocontrollo.

Lo scopo è quello di portare il paziente ad uno stato di completo benessere fisico e mentale che amplifica la capacità di autocontrollo e di gestione dell’ansia e di controllo del dolore senza mai perdere coscienza.

## LA RELAZIONE TERAPEUTICA

La relazione terapeutica è qualcosa di unico e irripetibile che ci modifica un po'. Il nostro modo d'essere è la nostra peculiarità, la nostra differenza, che dobbiamo mettere in campo nel rapporto con l'altro. Ogni relazione può essere una relazione d'aiuto, ma questo termine è entrato nel linguaggio comune per indicare quelle relazioni professionali che si stabiliscono tra un soggetto che per maturità, conoscenza, capacità, ecc. è in condizioni di offrire e gestire un aiuto e mette questa sua competenza al servizio di un altro soggetto che, per motivi diversi, è portatore di bisogni.

L'accettazione incondizionata, ossia un atteggiamento non valutativo, privo di qualsiasi tipo di giudizio verso la persona. La persona è accettata semplicemente per quello che è, indipendentemente da ciò che pensa. - la genuinità, ossia la spontaneità dell'operatore. Si tratta di un atteggiamento autentico, privo di maschera, che implica congruenza tra ciò che l'operatore sente, ciò che pensa e ciò che fa.

Il dialogo è la condizione perché si possa esprimere la dignità dell'uomo.

La professione infermieristica vede la ragione della propria esistenza nella propria capacità di dare risposte adeguate ai bisogni di salute delle persone, sia nell'ambito del rapporto con il singolo individuo, che in quello con le comunità (scuole, famiglia, ecc.). Nel fare ciò, non si limita a prendere in considerazione la malattia di cui il soggetto è portatore, ma si prende cura della persona che assiste secondo una logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale.

***“Quando curi una malattia, non sempre vinci. Quando ti prendi cura di una persona che soffre, vinci sempre.” Patch Adams***

Il rispetto del valore di ogni individuo, la mancanza della pretesa di controllo sulla persona e il riconoscimento che ogni persona ha dei bisogni

fondamentali ed è motivata a soddisfarli la consapevolezza che il comportamento di ogni persona comunica dei messaggi sui propri sentimenti, le sue convinzioni ed il suo stato fisico e psicologico. In questo caso l'infermiere deve possedere una buona competenza relazionale, sicurezza personale e padronanza degli atteggiamenti caratteristici della relazione d'aiuto e delle tecniche del colloquio e dell'intervista.

Il nostro ruolo si completa anche nell'offrire alla persona un tempo e uno spazio unico per condividere con qualcuno le proprie esperienze, i propri vissuti ed emozioni.

Indispensabile nell'assistenza prevedere l'accettazione e la comprensione dei vissuti emotivi, a volte incomprensibili e inabituali per la persona stessa.

Comunicare alla persona che si ha stima di lei e che la si rispetta per la sua essenza di persona costituisce uno strumento potente che muove tante energie represses della persona che tendenzialmente non si sente meritevole di essere amata, curata, di ricevere attenzioni.

L'ascolto rompe la solitudine dell'isolamento.

## CHE COS'E' L'IPNOSI

**L'ipnosi**, in una delle più complete definizioni della stessa, è uno: “stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico e di rapporto operatore-paziente, durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici”. (Granone 1989)

L'ipnosi quindi è monoideismo plastico ed è cosciente e volontaria.

Questo è uno dei dogmi Granoniani.

La percezione è la reazione di una personalità che ha i suoi ricordi, le sue abitudini, il suo orientamento intellettuale ed affettivo.

Da quanto appena illustrato, possiamo comprendere come uno dei punti che compone questa definizione di Ipnosi sia la dualità del rapporto operatore-paziente: dal momento che essa trova sostanziale rappresentazione nell'interazione tra due parti – quella del professionista che abbia identificato e condiviso un obiettivo terapeutico e quella del paziente che si coinvolga liberamente in tale progetto – l'esperienza si districa in un insieme di soggettive percezioni e interpretazioni che si prestano a molteplici fronti di narrazione.

Il principio della comunicazione ipnotica è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali: **MONOIDEISMO PLASTICO**; esse riverberano sul corpo e lo modificano, guidando lo stato di trance in cui si trova il paziente. In definitiva, quello che cerchiamo di mettere in atto con un paziente è:

Accogliere un bisogno o stimolare un desiderio

Focalizzare l'attenzione all'interno o all'esterno con ordini motivati

Ricalcare e creare un campo affermativo garantirsi la fiducia

Dare suggestioni in linea con l'obiettivo

Eeguire ratifica/sfida per rendere evidente il cambiamento

Ancorare un segnale post-ipnotico che darà continuità al beneficio terapeutico

Rendere il soggetto autonomo, ri-orientare fisicamente e psichicamente al "qui e ora"

Verificare la capacità del paziente di sperimentare l'autoipnosi.

**CREARE FIDUCIA** condizione essenziale

**GUIDARE** verso l'obiettivo condiviso

**AGENCY** capacità di stimolare nell'altro la potenzialità di essere attore attivo nella propria cura.

La comunicazione in ipnosi deve essere messa in atto in un clima favorevole e sulla base di un rapporto di fiducia tra i soggetti interagenti. Ciò racchiude i termini di "contesto facilitante la comunicazione" e di "osservazione responsiva". Quest'ultima è da considerarsi come la capacità empatica del terapeuta che, in un rapporto di fiducia, permette di utilizzare i comportamenti dell'interlocutore al fine di instaurare un clima favorevole al cambiamento.

Osservare, quindi, diventa di primaria importanza non per cercare interpretazioni, ma per rispondere al paziente in base ai significati che egli stesso intende trasmettere. Ciò permette al paziente di sentirsi compreso e aiutato, e al terapeuta di sfruttare questo tipo di fiducia per indurre il paziente al cambiamento. L'accoglienza è un momento fondamentale in cui si stabiliscono i contatti indispensabili ad avviare il RAPPORT. Una buona ACCOGLIENZA è già PRE-INDUZIONE.

Questo veniva indicato da Erickson con il termine "**RAPPORT**". Questo concetto, divenne una pietra miliare dell'ipnosi ericksoniana.

*"Che il mio sorriso dell'anima attraversi il mio cuore e*

*il mio sorriso del cuore attraversi i miei occhi*

*che io possa spargere ricchi sorrisi in cuori tristi"*

*Paramansa Yogananda*

A volte è necessario un altro punto di vista per raggiungere i nostri obiettivi. Dobbiamo avere la consapevolezza che le persone sono anime, non sintomi. Anime intese non dal punto di vista religioso, ma secondo il significato dal greco *ànemos* (vento, soffio vitale).

Il pudore “rappresenta il gesto con cui si rifiuta di essere considerati solo come corpi”<sup>1</sup> ma chiede di essere riconosciuti come persone.

L'uomo è un “essere in relazione” e la comunicazione è il mezzo che ci consente di empatizzare con l'altro Martin Buber (filosofo tedesco che pone i temi del dialogo e della relazione alla base del suo pensiero).

Vorrei soffermarmi ulteriormente a spiegare cosa si intende per **RAPPORT**, possiamo dire che esso, oltre ad essere importantissimo è quella affinità che si instaura tra l'operatore terapeuta ed il paziente e che fa sentire quest'**ultimo, accolto, compreso e preso per mano**, è quella sensazione che ti fa capire che non sei solo ad affrontare il problema, ma c'è qualcuno con te che ti accompagna e di cui ti puoi fidare, attivando la potente capacità terapeutica della relazione.

Il terapeuta rappresenta cioè il cane guida/il bastone per il cieco; senza il quale quest'ultimo si sentirebbe smarrito e perso nel buio della propria malattia. Il terapeuta è appunto uno spiraglio di luce nel buio della solitudine, della tristezza, della rabbia che la malattia produce. Emozioni negative che vengono, a poco a poco, sgretolate dalla relazione e dal rapporto di fiducia che permette l'abbassamento e la caduta della critica da parte del paziente, per fidarsi e affidarsi completamente e vivere un'esperienza che sperimenterà egli stesso, essere qualcosa di inaspettato e meraviglioso.

---

<sup>1</sup> Russo Maria Teresa, *Corpo, salute e cura. Linee di antropologia biomedica*. Rubettino, Firenze 2004, 118

“Manifestare con la nostra presenza che siamo con il paziente”. Dan Siegel  
(psichiatra statunitense)

Presenza, sintonizzazione, risonanza creano un rapporto di fiducia.

Il paziente si confida, si affida alle nostre cure.

Atteggiamento importante: **ATTENZIONE FOCALIZZATA**. Osservare il paziente e capire quali sono i suoi segnali deboli per coglierli il più possibile.

Mentre vediamo il paziente, mentre lo ascoltiamo noi siamo anche dentro di noi = **RISONANZA**. Cosa sto provando mentre ti ascolto = **CONSAPEVOLEZZA APERTA**.

Quando le parole riescono a trasformare la realtà, noi ne veniamo travolti e condizionati a tal punto che tutto si trasforma in altro, senza lasciarci il tempo neppure di reagire, le nostre aspettative si trasformano nella nostra realtà.

Questo è il segreto dell'ipnosi:

### **FAR AVVENIRE COSE CON PAROLE**

*L'immaginazione è la prima fonte della felicità umana* G. Leopardi

E qui vedo molto collegata la comunicazione ipnotica con l'illusione dell'arte e, in particolare, delle tecniche teatrali e cito una frase di Shakespeare:

*“Dai parole al tuo dolore. un dolore che non parla,*

*sussurra ad un cuore gonfio e lo invita a rompersi...”* W. Shakespeare

Saper gestire la sofferenza, essere pronto a dare risposte senza essere travolto dall'angoscia della persona, è un requisito essenziale se si vuole lavorare in ambiti professionali sanitari che trasudano dolore continuamente. Molti autori asseriscono che gli operatori coinvolti nelle relazioni di aiuto devono agire con “egoismo responsabile”. Saper dosare le proprie energie, il proprio coinvolgimento emotivo, saper modulare la giusta distanza tra sé stessi e la persona.

Il grado di attenzione allo stimolo e il significato ad esso attribuito, condizionano la percezione della persona.

Il senso di controllo e di autoefficacia influenzano il grado di sofferenza: un basso controllo di sé aumenta l'ansietà e il dolore; l'incertezza porta ad una diminuzione della tolleranza.

Le persone assistite non possono prestare troppa attenzione al dolore se sono concentrati su qualcos'altro anche di estremamente banale come, per esempio, far eseguire compiti molto precisi per cui è necessario un certo impegno ed attenzione, riducendo così la capacità di essere attenti alle percezioni dolorose.

La minaccia o l'anticipazione mentale di un'esperienza spiacevole provoca ansia e il modo in cui una persona definisce una situazione prima di sperimentarla influenza la sua risposta ad essa.

È necessario guidare la persona verso una riformulazione: se l'incertezza circa una situazione può essere ridotta e la persona può capire meglio cosa aspettarsi si ridimensiona l'ansia e di conseguenza il dolore. La descrizione della procedura e dei trattamenti e delle sensazioni che saranno sperimentate riduce lo stress anticipatorio. Ovviamente, questo va valutato da persona a persona, nel senso che ci sono pazienti che non gradiscono sapere, ma di solito lo manifestano apertamente.

*“Le convinzioni, più delle bugie, sono nemiche pericolose della verità” F.*

*Nietzsche*

I metodi narrativi possono usufruire di molteplici mezzi comunicativi tra cui uno dei più completi dal punto di vista modale è rappresentato nel teatro che io amo citare, visti i miei vissuti.

Esso è in grado di coinvolgere vari canali comunicativi contemporaneamente per veicolare informazioni esplicite ed implicite, richiamare meccanismi mnemonici esperienziali, con connotati emotivi rilevanti e, in funzione dell'apprezzamento, suscita nel soggetto l'intento alla reiterazione del visionato e dell'ascolto, spesso tanto intensi da indurre memorizzazione e ricalco dei contenuti.

Attraverso l'interazione simbolica, si arriva ad un risultato concreto e stupefacente.

Per questo motivo, permettetemi di fare un collegamento tra la comunicazione ipnotica e l'uso del linguaggio teatrale shakespeariano. L'uso shakespeariano della scenografia verbale, ovvero della parola come creatrice di illusione, è considerato fra i più forti della storia della letteratura.

Nell'insieme spettacolare di immagini, personaggi, caratteri e commistione di generi, ciò che non deve mai essere perso di vista è l'importanza primaria dell'uso del linguaggio.

È quest'ultimo il motore della creazione delle immagini mentali. Come anche è il motore della creazione dei mondi shakespeariani, capace di fare e disfare ogni cosa celando al suo interno verità.

Shakespeare rende vicino il remoto, e familiare il meraviglioso portando alla luce significati diversi da quelli comuni. I racconti metaforici possono parlare dei problemi di una persona in un linguaggio simbolico, togliendo l'ansia che ne deriverebbe affrontando il problema direttamente. La metafora può favorire un processo di analogia e di identificazione, nonché di apprendimento e di elaborazione e può diventare la base di un cambiamento.

Attraverso l'uso della metafora viene utilizzata consapevolmente la forza suggestiva delle parole per organizzare ed utilizzare le potenzialità della mente inconscia.

Storie e metafore sono validi strumenti per seminare e disseminare idee e risorse ipnotiche, ma se il soggetto è particolarmente responsivo, allora, si traducono istantaneamente in induzioni. L'immaginazione è la naturale capacità "di elaborare liberamente e con fantasia i dati dell'esperienza sensibile e i pensieri" (Zingarelli, 2006). Immaginare porta ad una rappresentazione mentale di realtà e fantasia e include non solo immagini viste, ma anche udite, odorate, percepite con il tatto o con il movimento. Quindi siamo in grado di ricreare e modificare la realtà attraverso il processo immaginativo.

*"Non ti posso dare nulla che non esista già dentro di te,  
non posso proporre nessuna immagine che non sia già tua"*

*ma ti sto solo aiutando a rendere visibile il tuo universo.(Hesse)*

La comunicazione ipnotica rappresenta dunque uno strumento speciale e di grande valore al servizio dell'infermiere per instaurare una relazione d'aiuto profonda e reciproca, in particolare nelle situazioni di criticità psicologica del paziente, quando la comunicazione empatica non è più sufficiente a soddisfare i bisogni della persona. In questi casi la persona tende, difensivamente, a modificare il suo stato di coscienza riducendo la capacità critica e cognitiva ed entrando in uno stato di dominanza emotiva. Viene a trovarsi così, automaticamente, in uno stato di ipnosi naturale che l'infermiere formato ha la capacità di riconoscere e su cui può efficacemente agire individuando nella comunicazione ipnotica lo strumento più adatto di lavoro.

Non è necessario utilizzare dei rituali ipnotici per avere un linguaggio e un comportamento ipnotico, così come non è necessario raggiungere determinati livelli in termini di profondità dell'ipnosi per ottenere risultati. Grazie allo studio dell'approccio ipnotico è possibile apprendere uno stile efficace di comunicazione che consenta di ottenere un risultato utile. L'abilità dell'operatore sta nel selezionare le parole e i gesti in base alle necessità della persona che ha di fronte in quel determinato momento.

Le frasi vengono proposte in modo ripetitivo e lento intercalando delle pause con l'obiettivo di indurre nella persona uno stato di rilassamento e di lasciargli il tempo per una ricerca di significato personale che nasce da dentro. Il controllo della voce e del corpo nella comunicazione è molto importante perché permette all'operatore di rendere più o meno efficaci le suggestioni. Un tono di voce calmo e una postura rilassata rispecchiano l'esperienza che si vuole facilitare nel paziente. Passare gradualmente da un tono di voce normale a uno suadente, crea un'associazione nella mente del paziente tra quel tono di voce e l'invito implicito ad andare in ipnosi. Dal libro "La mia voce ti accompagnerà" Milton Erickson

*"L'inconscio è un deposito di ricordi e di capacità ai quali si può far ricorso anche dopo molti anni scoprendo delle cose che ci fanno meglio comprendere il motivo per cui ora siamo fatti in un certo modo o abbiamo determinate reazioni..." Erickson*

quindi, non insegna alcuna teoria particolare al paziente. Entra nel mondo della persona e mira a comunicare direttamente alla sua mente inconscia secondo il suo linguaggio. Riprende dunque antiche procedure di guarigione come l'uso delle metafore.

Esse aiutano a indurre uno stato ipnotico e a curare il malato. Se sentendo una storia il paziente manifesta improvvisamente i segni di una trance significa che il terapeuta ha raggiunto il cuore del problema.

Sostenere il soggetto incoraggiandolo e complimentandosi con lui può avere un effetto molto positivo e può aiutarlo a trovare più facilmente delle risorse positive dentro di sé. Inoltre occorre che all'interno della relazione la persona si senta un partecipante attivo in grado di controllare gli eventi della propria vita o, quando ciò non è possibile, le reazioni a tali eventi.

È importante saper riconoscere le manifestazioni inquinate delle emozioni:

De-intensificare l'indizio visivo di una certa emozione: per esempio mostrare un leggero spavento mentre si prova una tremenda paura.

Aumentare l'intensità: avere una paura moderata e simularla enorme.

Sembrare indifferente: mostrare un'espressione neutra mentre si prova emozione.

Mascherare l'emozione provata: avere paura e ostentare sicurezza, dissimulare, quindi, l'emozione realmente provata.

Per abbassare le resistenze devo:

Utilizzare truismi (ovvie verità incontestabili)

Yes set... (farsi dire sì)

Focalizzare l'attenzione su alcuni fenomeni creando sempre più distacco con gli stimoli esterni

Sottrarre energia mentale alla critica con compiti diversi

Sommare più stimoli contemporanei per sovraccaricare il controllo

L'ipnosi è preceduta, nella fase di induzione, da una scarica empatica delle resistenze totali, anche se per poco tempo, come una "sindrome da caduta nel vuoto".

Si può osservare un cambiamento dell'aspetto fisico e del comportamento dato da: distensione muscolatura facciale, relativa immobilità modificazione del respiro, sguardo assente/fisso, rallentamento cognitivo e motorio variazione tonalità della voce rilassamento muscolare.

Nel fenomeno ipnotico si possono produrre: catalessi delle palpebre, abbandono dell'inerzia muscolare, analgesia, movimento automatico, levitazione.

Si manifesta, altresì, quel fenomeno definito come AROUSAL, cioè una condizione temporanea di maggior stato attentivo di vigilanza e pronta reazione evocata in risposta ad uno stimolo.

Il contatto fisico durante l'ipnosi va usato con cautela. Gli sfioramenti che l'operatore fa con la propria mano sul viso o sugli arti del soggetto sono detti "passi" e hanno la funzione di attirare l'attenzione del soggetto su quella parte del corpo su cui si vuole ottenere catalessi, analgesia o un altro fenomeno. Tale metodica non verbale se, da un lato può potenziare la relazione operatore- paziente, dall'altro può anche avere un effetto negativo e non essere gradita dal soggetto che può viverla come una violazione della propria persona. Più semplicemente, un contatto inaspettato, può distrarre il paziente e rendere inutile il lavoro svolto fino a quel momento. È importante chiedere sempre al paziente il permesso di toccarlo.

Per dare potenza alla persona si ricalcano: il ritmo del respiro, il tono muscolare, la messa a fuoco dello sguardo, la chiusura delle palpebre, il flutter delle palpebre, i movimenti della testa, la deglutizione. Il ricalco deve essere fedele, parziale, incrociato.

La mente del soggetto comincia a stabilire un'associazione costante tra il suo comportamento e quello dell'operatore, per cui, ogni variante ai gesti introdotta dall'operatore, verrà applicata dal soggetto.

Vengono poi date delle suggestioni suggerendo modificazioni di esperienze o di dissociazione corpo/mente, tempo/spazio.

La ratifica consiste nel verificare io, ma soprattutto la persona che quello che è stato suggerito si sta attuando, facendogli avere la consapevolezza di modifica di stato. Anche questo aumenta la potenza della persona.

Spesso si trascura la ratifica dello stato ipnotico, o peggio, si dimentica che lo stesso è fortemente dipendente dal “rapporto con l’ipnotista” (Chertok, 1957) dalla consegna impartita al soggetto, dal mantenimento del fenomeno ipnotico per tutta la durata della procedura.

Anche la sfida fa aumentare la consapevolezza del cambiamento di stato.

Esempio: dopo aver suggerito al paziente che è molto piacevole rimanere con gli occhi chiusi, sfidarlo chiedendogli di provare ad aprirli:” .... Prova, prova...è troppo faticoso...puoi lasciarli chiusi, così...”

Nella sfida, anche se perdo io, vince comunque e sempre la persona, cioè anche se il paziente aprisse gli occhi, gli dico che anche in questo stato di rilassamento, ha il pieno controllo del suo corpo e lo rinvito a chiuderli nuovamente.

Possiamo suggerire al soggetto di focalizzare bene l’attenzione sulle sensazioni di benessere, rilassamento, piacevole stato di armonia corpo/mente, affinché la mente possa “registrare” queste sensazioni per andarle a riprendere ogni volta che ne sentirà la necessità.

Possiamo inoltre dare delle suggestioni post-ipnotiche di benessere, di assenza di fastidio e di recupero di energie fino al giorno successivo all’intervento.

Al termine dell’intervento è necessario riorientare la persona e ciò consiste nel riportare la presenza a “qui e ora” della stessa.

Prima di ciò bisogna dare “un’ancora” alla persona, cioè un gesto pattuito insieme con cui la stessa può riportarsi in perfetta autonomia (autoipnosi) allo stato di benessere che ha provato durante la trance, ogni volta che vorrà.

Non appena il paziente è stato riorientato, c'è un momento particolare in cui il soggetto è facilitato a rientrare in ipnosi. Questo momento viene definito tecnicamente con il termine di "coda" dell'ipnosi. È molto importante per la persona verificare questa capacità perché questo serve a dargli potenza e a fargli comprendere che può ritrovare le stesse sensazioni provate in perfetta autonomia.

Il passo successivo è quello di lasciare spazio alla persona per esprimersi circa l'esperienza appena avvenuta, dandogli modo di raccontare quello che ha provato.

Per comprendere l'ipnosi, va detto che non si tratta di uno stato, bensì di un processo in divenire.

In questo processo la persona viene guidata a cambiare e a scoprire nuovi modi di vedere il mondo.

A quali difficoltà possiamo andare incontro noi operatori:

perdere di vista la globalità ed il contesto, prestando troppa attenzione al risultato, al soggetto, a noi stessi, alla tecnica.

Applicare la tecnica senza elasticità.

Non saper riorientare i fallimenti in senso positivo.

# PROGETTO

Il successo della terapia nasce dall'incontro realistico delle esigenze delle parti

## OPERATORI COINVOLTI NEL PROGETTO

Sono stati coinvolti nel progetto:

- Medico Cardiologo/Emodinamista (1° e 2° operatore)
- Infermiera/e
- TSRM
- O.S.S.

Nelle nostre sale sono presenti otto infermieri con la Capo Sala e cinque di noi sono stati formati al Corso Aziendale di Comunicazione Ipnotica.

Per quanto riguarda i medici delle Sale di Cardiologia interventistica, su otto ne sono stati formati sei, compreso il Primario.

## SETTING

Le sale di Cardiologia Interventistica sono tre: due per le procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione e una per le procedure di Emodinamica. Esse vengono utilizzate, a volte, anche contemporaneamente.

Io e i miei colleghi ruotiamo indifferentemente su tutte e tre le sale al bisogno, ma per avere un'adeguata rotazione annuale che ci permetta di non "perdere la mano" sulle diverse procedure, utilizziamo dei turni specifici.

Quest'anno, durante il periodo di emergenza sanitaria dovuto al Covid 19, le Sale sono rimaste inutilizzate per le procedure elettive dal mese di Aprile al mese di Giugno, effettuando solo gli interventi in urgenza.

Inoltre, abbiamo adibito una delle due sale di elettrofisiologia a “Sala Covid” sia per le procedure di urgenza di elettrofisiologia che per quelle di emodinamica; questo per poter effettuare interventi su pazienti positivi al Covid 19, senza compromettere l’utilizzo delle altre sale in termini di contenimento della zona infetta.

Ovviamente, data la chiusura obbligata delle sale per gli interventi elettivi, in quei mesi suddetti le procedure sono state molto ridotte, rispetto ai numeri ordinariamente eseguiti in tempi normali.

Questo, ovviamente ha ridotto anche i miei interventi utilizzando la comunicazione ipnotica.

Le induzioni sono state effettuate nelle Sale di Cardiologia Interventistica, all’interno delle quali, si verificavano elementi di disturbo (possibilità di entrata di operatori, squilli telefonici, rumori di fondo di apparecchiature, interferenze da parte dei colleghi). La presenza di altre persone, rumori, elementi vari di disturbo possono addirittura essere usati a vantaggio, ad esempio per focalizzare l’attenzione sull’esterno del corpo. Lo stesso principio vale per la posizione che il paziente deve assumere: spesso è una postura obbligata legata alla procedura, alle condizioni ambientali in cui ci si trova ad operare, alle problematiche della persona assistita.

In ogni caso, si è sempre cercato di mantenere un ambiente il più confortevole possibile, dove gli elementi di disturbo fossero ridotti al minimo per favorire l’instaurarsi della relazione, fondamentale per il raggiungimento dell’obiettivo.

## I PAZIENTI

Le persone incluse nel progetto appartengono a pazienti afferenti alle Sale di Cardiologia Interventistica: questi tra loro sono omogenei nell'ambito della loro specifica classificazione per: Il tipo di patologia di cui sono affetti Il tipo di intervento programmato invasivo e/o doloroso Questi criteri soddisfano la possibilità che il trattamento basato sulla Comunicazione Ipnotica sia utile.

Ho utilizzato la tecnica di rilassamento basata sulla comunicazione ipnotica su **160** pazienti in totale dall'ottobre 2018 ad agosto 2020 così suddivisi:

Per sesso: **108** maschi e **52** femmine.

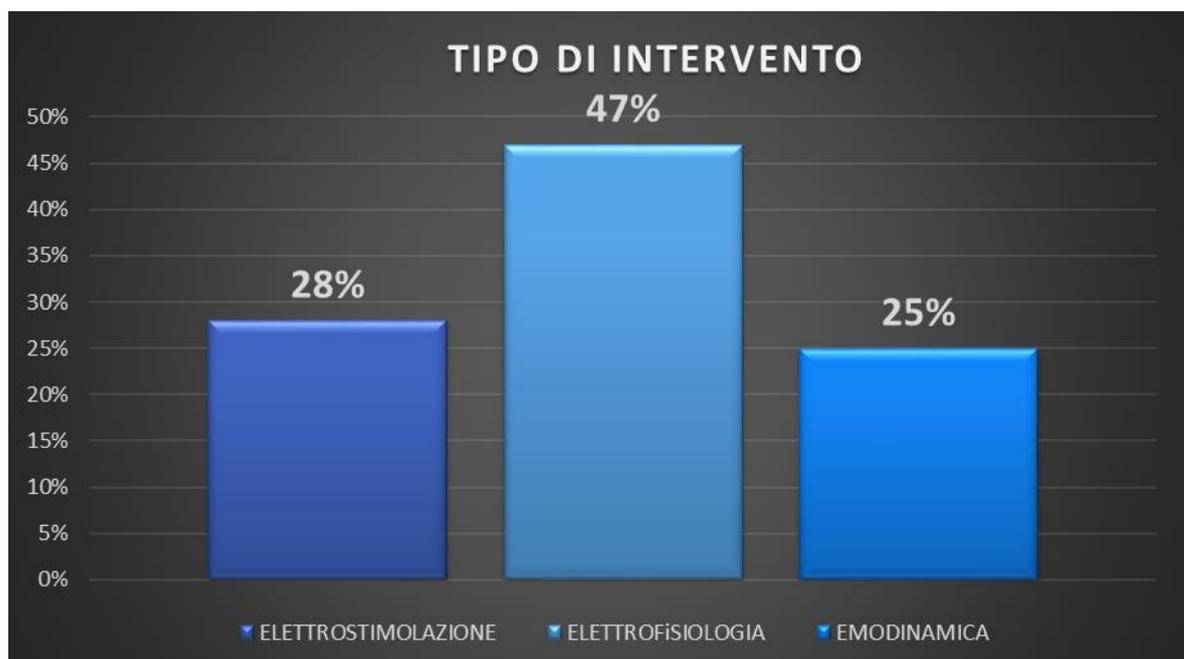
Per età: dai 20 agli 80 anni.

Per tipologia di intervento:

**44** pazienti tra gli impianti/sostituzioni di Pace maker, impianti/sostituzioni di ICD e impianti di S-ICD;

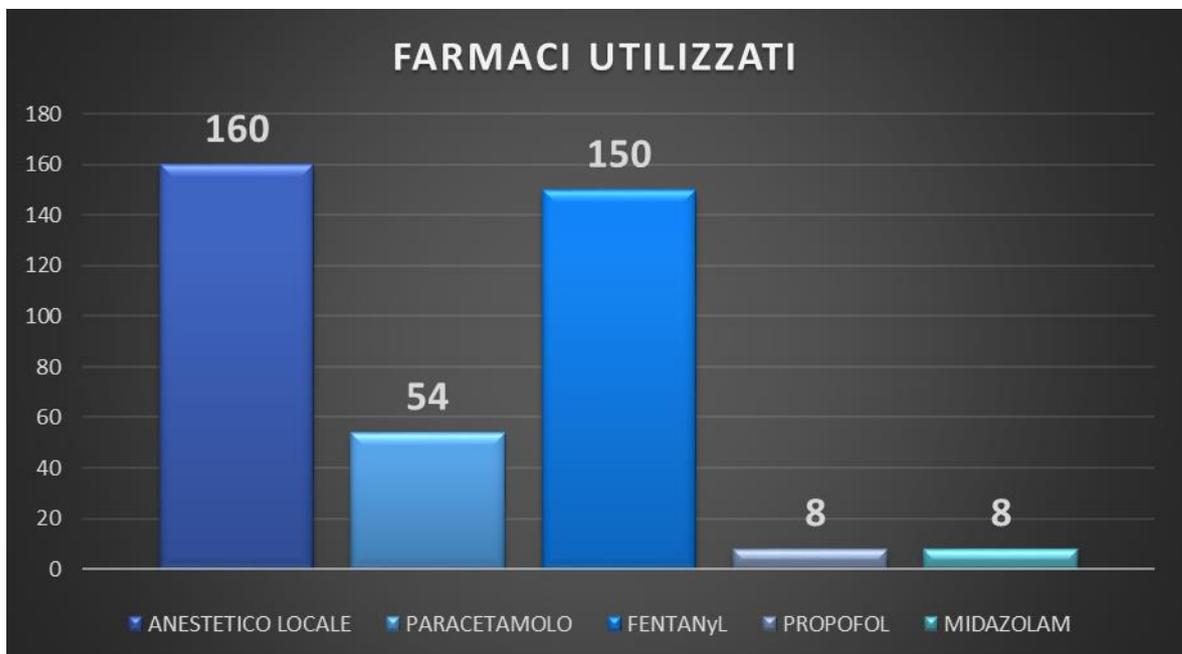
**40** pazienti sottoposti a procedure di angioplastica complesse (PTCA) e di disostruzioni coronariche croniche;

**76** pazienti sottoposti ad Ablazione Transcatetere (Fibrillazione Atriale, Flutter Atipico, TAE, AVRNT, WPW).



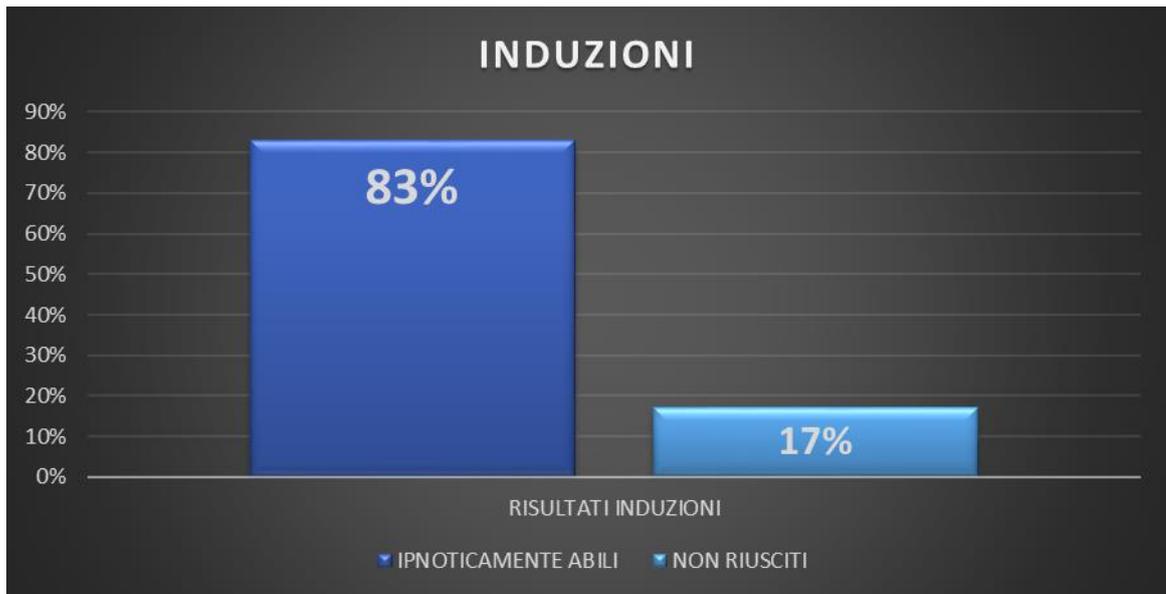
Considerando che la Comunicazione Ipnotica è una tecnica utilizzata come **coadiuvante** a farmaci anestetici e antidolorifici, a tutti i pazienti trattati è stato somministrato l'anestetico locale.

Alla maggior parte dei pazienti è stato somministrato prima dell'induzione, come da protocollo interno, 0.5 Gamma di Fentanyl (analgesico, oppioide sintetico) mezza fiala, questo favorisce, inoltre, lo stato crepuscolare e facilita la suggestionabilità ipnotica; in seguito, a seconda delle procedure, questi farmaci possono venire potenziati; è stato utilizzato, a volte, anche il Paracetamolo, soprattutto in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione, quasi mai in Emodinamica.



I pazienti indotti (83% dei casi) non hanno avuto bisogno di utilizzo di altri farmaci quali Midazolam (benzodiazepina) o Propofol (anestetici generali) che venivano sistematicamente utilizzati prima dell'applicazione della tecnica di comunicazione ipnotica, dall'anestesista in presenza costante nelle ablazioni di Fibrillazione Atriale e in altre procedure di elettrostimolazione. Soprattutto con l'utilizzo del Propofol da parte degli anestesisti, si verificava nei pazienti trattati una disinibizione producente movimenti incontrollati che mettevano in difficoltà la buona riuscita dell'intervento.

L'utilizzo del Midazolam e del Propofol è stato necessario nei pazienti in cui la comunicazione ipnotica non ha avuto successo (17% dei casi).



L'anestesista, comunque è allertato e presente per poter intervenire tempestivamente nelle procedure, nel caso in cui ci fosse l'esigenza.

In alcune procedure di PTCA in Emodinamica, non sono stati utilizzati farmaci, è bastata la tecnica di rilassamento basata sulla comunicazione ipnotica con buoni risultati.

Non c'è stato bisogno di assistenza ventilatoria in maschera in nessuno dei casi trattati.

Le complicanze sono state due: in Emodinamica una dissezione coronarica e in Elettrofisiologia un tamponamento cardiaco che ha richiesto una Pericardiocentesi durante un'ablazione di FA; in questi due casi sono stati utilizzati farmaci specifici per le diverse situazioni e, dopo le prime fasi di emergenza, i casi sono stati risolti.

## METODI E STRUMENTI

I consensi informati di **tutte** le procedure interventistiche delle sale di cardiologia sono stati modificati con la seguente dicitura:

“Durante la procedura potrebbero essere utilizzate tecniche di rilassamento basate sulla comunicazione ipnotica come adiuvanti alle tecniche anestesiolgiche”.

Ho utilizzato delle schede dedicate per intervistare i pazienti trattati contenenti una parte riguardante la fase precedente l'intervento che veniva confrontata con la fase durante e dopo la procedura, dopo l'induzione ipnotica. È stata utilizzata per le risposte una NRS (Numeric Rating Scale) con numerazione che va da 0 a 10, dove 0 rappresenta nessuna ansia e 10 tantissima ansia.

Oltre i dati anagrafici, viene chiesto al paziente di valutare lo stato di ansia/preoccupazione prima, durante dopo l'esecuzione della procedura. Viene chiesto al paziente se ritiene che il supporto comunicativo dato dal personale durante la procedura gli sia stato di aiuto:

PER NIENTE      POCO            ABBASTANZA      MOLTO            MOLTISSIMO

Viene chiesto di valutare il tempo di durata della procedura.

Vengono inseriti i parametri vitali del paziente quali: FREQUENZA CARDIACA, SATURAZIONE, PRESSIONE ARTERIOSA all'inizio e alla fine della procedura.

Inoltre, vengono segnalati i farmaci quali anestetico locale, antidolorifici/sedativi utilizzati o meno durante la procedura. Viene registrato se il paziente ha terminato la procedura, se ha avuto bisogno di assistenza ventilatoria in maschera e se ha avuto complicanze.

Al termine viene data una valutazione da parte dell'operatore della COMPLIANCE del paziente:

PER NIENTE      POCO            ABBASTANZA      MOLTO            MOLTISSIMO

Ho effettuato filmati di parti delle procedure, induzioni ed interviste dopo la procedura per avvalorare la riuscita dell'obiettivo finale che era quello di permettere al paziente di vivere un'esperienza diversa, piacevole e senza dolore o con dolore controllabile.

Ovviamente tutti i pazienti e gli operatori filmati nelle procedure hanno firmato una liberatoria come consenso volontario alle riprese effettuate.

La metodologia adottata per questo progetto comprende una parte quantitativa ma soprattutto si è cercato di rendere possibile una riflessione qualitativa dell'uso della tecnica ipnotica nel contesto in cui è stato possibile applicarla.

La parte qualitativa, oltre ai risultati di seguito riportati, ha compreso la creazione di uno spazio mentale volto all'ascolto dell'altro che consentisse una modalità relazionale appagante non solo per il paziente, ma anche per l'operatore. Si è cercato di adottare una modalità di compatibilità di idee rispetto alla persona con cui ci si è rapportati, tenendo conto sia delle variabili di tempo a disposizione, sia dei bisogni del soggetto. Si è comunque cercato di seguire un copione che potesse fare da "traccia" in modo da non doversi preoccupare d'eventuali momenti d'insicurezza che avrebbero inficiato la fiducia.

Il metodo che più mi ha aiutato nella guida del percorso, è stato l'osservazione costante della persona e la risposta attenta ai suoi segnali, affinché fossero finalizzati a favore di una buona trance e della realizzazione suggestiva suggerita per ottenere i risultati concordati: rilassamento, riduzione dello stato d'ansia, analgesia, recupero di uno stato di benessere psicofisico, migliore percezione delle proprie potenzialità. Prima di indurre un paziente è sempre stato chiesto il suo consenso, spiegando che cosa si può ottenere insieme, utilizzando questa tecnica per potenziare il risultato che in quel momento era stato concordato. Ho cercato di capire, attraverso gli insegnamenti impartiti dalla scuola, la soggettiva "suggestionabilità d'organo", in altre parole la modalità principale di rappresentazione mentale, diversa per ogni individuo, calandola alla persona a cui dovevo applicare la comunicazione ipnotica, adeguando, per quanto mi era possibile,

la comunicazione alla capacità del soggetto di accogliere le suggestioni. Non sempre questo mi è stato possibile, un po' per la mia difficoltà di concentrazione, essendo alle prime armi e, un po' perché, a volte, mi risultava difficile da individuare. Inoltre, ho cercato di identificare, non sempre con successo, i canali percettivi prevalenti nell'individuo: il gusto, l'olfatto, l'udito, la vista. Con tutti i pazienti, ho cercato di curare una modalità particolarmente attenta, così da riuscire a cogliere i segni, immancabilmente presenti a testimonianza dell'avvenuta induzione: movimenti delle labbra o della lingua (lambiccamento ed atteggiamento da bacio), deglutizione, movimenti oculari simili al REM e/o catalessi palpebrale, facies tipica; ancora, modificazioni del respiro e della frequenza cardiaca, rilassamento muscolare e, levitazione e catalessi di un arto, non per ultima, la vera e propria realizzazione suggestiva.

# CASI CLINICI

## CASO CLINICO 1

F.G.

Paziente femmina di 64 anni,

Ex fumatrice,

Famigliarità per patologie cardiovascolari,

Riferita allergia al mezzo di contrasto con reazione eritematoide,

Pregressa ablazione di fibrillazione atriale e flutter comune e atipico,

Severa disfunzione diastolica con grave dilatazione biatriale,

Cardiopatia ischemica con buon esito di PTCA e stent su IVA.

06/2011 Impianto pacemaker bicamerale

08/2011 ictus ischemico dopo sospensione di TAO

11/2019 Ricovero per sostituzione di generatore in fase di esaurimento.

All'ingresso la paziente si presenta asintomatica.

La paziente giunge in sala di Elettrofisiologia per la sostituzione del pacemaker.

E' molto brillante, nonostante gli acciacchi subiti, molto disponibile al dialogo e nella fase di accoglienza mi riferisce di avere molto fastidio quando le toccano il braccio sinistro, arto emiplegico dopo l'ictus del 2011, per cui ha paura di sentire male quando le somministreranno l'anestetico locale, questo fatto le crea molta ansia; di avere molta difficoltà a rimanere sdraiata sul lettino per il dolore e la rigidità alla gamba sinistra.

La rassicuro, proponendole un modo diverso di vivere questo intervento insegnandole una tecnica di rilassamento che apporterà benefici a tutto il corpo e permetterà alla sua mente di immaginare situazioni piacevoli.

Ne rimane subito entusiasta. La faccio sdraiare sul lettino operatorio, cercando la posizione più comoda per lei, inizio l'induzione, chiedendole il permesso di chiamarla per nome e di darle del "tu", facendole chiudere gli occhi, motivando la mia richiesta dicendo che con gli occhi chiusi potrà sentire meglio quello che io le dico e rimarrà meno distratta dall'ambiente esterno.

Faccio focalizzare l'attenzione all'interno, al suo respiro, all'aria che entra e che esce; appoggio la mia mano sulla sua pancia (dopo aver chiesto il permesso di farlo) per farle cogliere meglio la sensazione dell'aria che entra e solleva la mia mano ed esce e la fa abbassare.

Faccio notare che l'aria che entra dalle sue narici è fresca come una brezza mattutina ed è diversa da quella che esce che potrebbe essere più calda.

Le dico che mentre è stata così brava a focalizzare la sua attenzione sul respiro, può accorgersi che qualcosa può cominciare a cambiare... il suo respiro si è fatto più lento e regolare.

Le dico che, con l'aria che, esce può far uscire tutte le tensioni, le preoccupazioni, le paure e i timori che ha avuto fino a quel momento e che ora non sono utili, li può lasciare andare via con l'aria che esce...La incoraggio dicendole che è molto brava.

Ogni volta che deglutisce, ricalco la saliva che scende in gola.

Le dico di sentire la testa appoggiata sul cuscino, sentendo che i muscoli del collo cominciano a lasciare andare ogni tensione e sente sempre più il contatto della testa sul cuscino.

Le faccio un massaggio alternato sulle spalle per indurre dissociazione e le dico che ad ogni respiro le sue spalle si abbassano sempre di più, ad ogni respiro più basse...

E come è stata così brava a rilassare le spalle, ora sfioro leggermente i muscoli delle braccia (passi) dicendole che i muscoli, respirando regolarmente, sono meglio ossigenati e questo favorisce il loro rilassamento, mi soffermo di più sull'arto superiore sinistro interessato dall'ictus,

dicendole che rilassando i muscoli lo potrà sentire più leggero, mi fa un cenno con la testa. Le dico che qualsiasi sensazione, la più strana e inaspettata non le darà fastidio, perché più le sensazioni arrivano e più lei andrà lontano, distante, da qui e ora, cullata da questo rilassamento che diventa sempre più importante; come se guardando il cielo azzurro vedesse le nuvole bianche allontanarsi, sempre più lontano, sempre più distanti e la invito ad andare lontano con le nuvole...Ratifico pizzicando e pungendo l'arto sinistro con un ago. Reagisce positivamente, non sembra avere fastidio. La paziente prima di entrare in sala mi aveva confessato di essere spaventata per gli effetti che anche solo l'ago per l'anestetico locale poteva procurarle all'arto sinistro interessato dall'ictus, perché tutto le procurava un dolore insopportabile.

Intanto è iniziato il flutter palpebrale.

Io continuo con la schiena e le gambe, soprattutto la sinistra con cui mi accorgo avere più difficoltà, dandole suggestioni di rilassamento.

Mentre tutt'intorno si sentono i rumori della preparazione del campo sterile, io glieli faccio notare (focalizzazione esterna) dicendole che può vedere la luce della stanza attraverso le palpebre chiuse, sentire i rumori, le parole, i suoni dei monitor intorno a lei, ma che tutto questo non dà fastidio, anzi, crea un sottofondo ideale per il suo rilassamento che diventa sempre più completo e totale.

La incoraggio ad ogni risultato ottenuto che può verificare anche lei, dicendole molto bene, brava, che ha delle grandi capacità.

Ora le suggerisco di pensare ad un luogo, una situazione a lei molto cara, ad un ricordo anche del passato che ha delle sensazioni piacevoli, gradevoli.

Lei mi fa un cenno con la testa... E io sono sempre più stupefatta dal risultato.

Le dico che può vedere la luce di questo luogo, i colori e sentire anche i profumi. E tutto questo è molto bello e perfetto per lei e può rimanere in questo luogo scelto per tutto il tempo che sarà necessario, ferma, immobile e con gli occhi chiusi, perché tutto questo è molto piacevole.

Ed è così piacevole rimanere con gli occhi chiusi che ora per lei sarebbe molto difficile aprirli perché sta molto bene con gli occhi chiusi(sfida). Li tiene chiusi.

Faccio presente che sentirà il mio dito toccare la sua mano destra e che lei dovrà farmi un cenno alzando l'indice della mano destra quando avrà avvertito il mio tocco. Esegue gli ordini e io la incoraggio dicendole che è molto brava e che può notare come, pur essendo molto rilassata la sua mente è molto vigile.

Così com'è stata brava a rilassare il suo corpo e la sua mente, la procedura può andare avanti e può avvertite nella zona sottoclaveare sinistra come un cubetto di ghiaccio (spugnetta imbevuta di disinfettante) che raffredda, raffredda piacevolmente tutta la parte che tocca rendendola fredda e intorpidita, come quando da bambina toccava la neve con le mani e aveva la sensazione di freddo, che anestetizzava le mani, rendendole intorpidite. La stessa sensazione delle mani, doveva portarla lì dove il cubetto di ghiaccio passava.

L'intervento di sostituzione è stato eseguito in anestesia locale, la paziente è stata tranquilla.

Prima dell'ancoraggio e dell'esduzione ho chiesto alla paziente di focalizzare l'attenzione sulle sensazioni provate alle braccia e alle gambe prima dell'ictus per far rivivere e ritrovare l'esperienza del benessere prima dell'insorgenza del dolore e poterla replicare; di farmi un cenno con la testa quando le avrebbe ritrovate. Dopo il cenno da parte della paziente, le ho suggerito di registrare bene nella mente questo tipo di sensazioni di leggerezza, di movimenti fluidi e che avrebbe portato con lei queste sensazioni anche dopo durante la giornata e per i giorni futuri.

Dopo aver avuto la sicurezza che le suggestioni post ipnotiche fossero state recepite, le ho dato l'ancoraggio e l'ho fatta ritornare a qui e ora in pieno benessere, come dimostra il filmato dell'intervista appena uscita dalla sala operatoria.

## CASO CLINICO 2

I. S.

Paziente maschio di 60 anni,  
fumatore, diabetico, dislipidemico,  
buone condizioni di salute.

18/06/2020 ricovero per NSTEMI setto-apicale.

18/06/2020 eseguita coronarografia con riscontro malattia trivasale: stenosi critiche di Ivp-Cdx e Cfx-Mo trattate con angioplastica e stent medicati ed occlusione cronica di Iva media con indicazione a tentativo di disostruzione successivo. All'Ecocardio FE 50% ipo-acinesia anteroseptale ed apicale.

Si ricovera per tentativo di disostruzione di Iva media.

Viene raccomandata astensione assoluta dal fumo.

Il signor S. arriva in sala di E modinamica sapendo di dover affrontare una procedura complessa, soggetta ad alto rischio e richiedente tempi sempre molto lunghi.

Non appare agitato, ma dalle prime battute che scambiamo, capisco che tende a mascherare i propri sentimenti e le proprie emozioni. È abituato così; mi fa saper che ha un figlio di vent'anni e vuole combattere questa malattia per lui.

Gli propongo la tecnica di rilassamento basata sulla C.I. facendogli capire che essere preoccupati è assolutamente normale, che non deve sentirsi a disagio per questo.

Inizio chiedendogli di chiudere gli occhi perché per arrivare allo stato di rilassamento è necessario concentrarsi bene e non essere distratti dall'ambiente esterno, potendo ascoltare meglio quello che gli dirò. Parole semplici che dovrà seguire se vuole ottenere un buon risultato.

Focalizzo l'attenzione sul respiro, sull'aria che entra e che esce, con naturalezza; quando l'aria esce, escono tutte le tensioni, le preoccupazioni, le

cose che gli hanno dato pensiero fino ad oggi e che ora non sono utili, le lascia andare via con l'aria che esce.

Quando l'aria entra dalle narici, dalla testa parte come un'onda piacevole, potente, luminosa che attraversa il collo, le spalle, il torace, la pancia, le gambe e arriva fino ai piedi e, passando in tutto il corpo rilassa, ad ogni respiro sempre di più. Ed è così piacevole questo stato di rilassamento che gli occhi stanno bene chiusi come una saracinesca, ed è così piacevole tenerli chiusi che ora sarebbe molto difficile aprirli, anche se provasse, non si aprirebbero. Pur sforzando li tiene chiusi. Lo elogia: bravo, molto bene. Deglutisce e lo ricalco. Attraverso le palpebre che vibrano un po', può vedere la luce che filtra dalla stanza; sentire i rumori, le voci degli operatori, ma tutto questo non lo disturba, anzi crea un sottofondo ideale per il suo rilassamento che diventa sempre più profondo e lo porta lontano, distante ...

Mentre la procedura va avanti e durante la disinfezione del polso destro e degli inguini, gli suggerisco di immaginare un cubetto di ghiaccio che raffredda piacevolmente tutta la zona che tocca, che diventa sempre più fredda e intorpidita, proprio come quando, da bambino, toccava la neve con le mani...

Prima dell'anestetico locale lo approfondisco con la discesa della scala... sempre più profondo...e nessuna sensazione, neanche la più strana o inaspettata può infastidirlo, perché pur avvertendole, il suo autocontrollo è davvero grande. Lo punzecchio sul braccio con un ago, lo elogia per la bravura e i risultati ottenuti, dicendogli che ha delle grandi capacità e grande autocontrollo sul proprio corpo. Gli dico che come è stato così bravo a rilassare e a controllare il suo corpo, così potrà fare anche con i suoi pensieri...

Il signor S. mi segue e annuisce...Gli suggerisco di immaginare tra i suoi ricordi più belli, un luogo, una situazione che lo fa stare bene e di immaginare colori, suoni e profumi di questa situazione. Gli chiedo di focalizzare bene l'attenzione sulle sensazioni che prova in modo che la sua

mente le possa registrare. Gli dico che può rimanere lì dove ha immaginato, per tutto il tempo che sarà necessario fermo, immobile e con gli occhi chiusi, Può lasciare la mente libera di volare, sapendo che al suo corpo pensiamo noi, in piena fiducia.

La procedura dura circa due ore, la lesione cronica viene disostruita, il paziente rimane tranquillo per tutta la procedura.

Lo ancorò, lo riorientò e mi racconta, emozionato, con le lacrime agli occhi di essere tornato ragazzo, circa a vent'anni e di essere con la sua mamma, che era morta proprio quando lui aveva quell'età. Si davano la mano, l'emozione era fortissima, gli pareva proprio di avere la mano in quella della madre..., mi ringrazia per come sono andate le cose.

E' stata una grande emozione anche per me sentire le sue parole cariche di sentimento verso la madre.

## CASO CLINICO 3

F. G.

Paziente maschio di anni 54

famigliarità per morte improvvisa (madre all'età di 56 anni, padre all'età di 72 anni).

Prolasso mitralico ed extrasistolia ventricolare note da molti anni.

Dal 2016 storia di lipotimie a riposo e da sforzo ed una sincope preceduta da fugace annebbiamento del visus mentre giocava a golf, con rapida ripresa di coscienza.

In DEA documentazione di CPV isolate ed in coppia e di TVNS di 8 battiti con FC DI CIRCA 160 BPM, bfa.

All'Ecocardio: ventricolo sinistro lievemente ingrandito ed ipertrofico, funzione sistolica lievemente ridotta (FE 50%), prolasso di entrambi i lembi mitralici con IM centrale moderata, atrio sinistro lievemente ingrandito; camere destre normali per cinesi e dimensioni, pericardio normale. Tilt test positivo per ipotensione ortostatica. Coronarie epicardiche indenni. Per il persistere di extrasistolia ventricolare polimorfa nel 2017 impianto Loop-recorder, tentativo infruttuoso di introdurre ACEinibitori, non tollerato per ipotensione sintomatica.

Rm cuore: segni di fibrosi subepicardica ea carico della parete inf e postero-laterale basale, AS dilatato.

Eseguita valutazione cardiocirurgica: non indicazioni a chirurgia su valvola mitrale.

Impostata terapia medica.

Posta indicazione a impianto s-ICD

N.B. il paziente non accetta l'impianto, non rendendosi conto del rischio di morte improvvisa; è stato difficile per lui accettare di sottoporsi all'intervento, avendo anche cercato di rimandarlo.

Il paziente arriva nella sala molto spavaldo, come uno che ha già capito tutto; sottolineo questo atteggiamento non per giudicare il paziente, ma per fare emergere come, a volte, le manifestazioni delle emozioni possono essere inquinate, come già detto in precedenza.

Il paziente finge una calma perfetta, ma da come si guarda intorno, si capisce che la sua ansia sta crescendo sempre di più, non perde un movimento di nessuno degli operatori presenti in sala.

Mentre lo monitorizziamo gli chiedo che lavoro fa e mi dice che ha uno studio dentistico, che ha molto lavoro e che è stato obbligato a fermarsi a causa “dell’incidente” occorso sul campo da golf e che lui continua a minimizzare.

Gli propongo la tecnica di rilassamento basata sulla comunicazione ipnotica coadiuvante ai farmaci sedativi che potremmo utilizzare nel corso della procedura. Accetta, un po’ titubante, ma si lascia guidare. Ha difficoltà a chiudere gli occhi, allora gli propongo di fissare un punto, molto alto e senza muovere la testa (focalizzazione esterna). Gli dico di focalizzare tutta la sua attenzione su quel punto. Lo informo che, di solito, quando qualcuno continua a fissare un punto molto in alto e molto intensamente, può avvertire varie cose quali: la vista si sfoca, gli occhi iniziano a lacrimare, bruciore agli occhi...

Mi accorgo che deglutisce e lo ricalco. Inizia a sbattere le palpebre, ricalco nuovamente e gli dico che probabilmente sta sentendo che qualcosa sta cambiando, che diventa sempre più difficile tenere gli occhi aperti e che le palpebre sbattendo, si abbassano sempre di più e quando chiude gli occhi, gli dico come è piacevole rimanere con gli occhi chiusi, Lo invito a focalizzare l’attenzione sulle sensazioni piacevoli di tenere gli occhi chiusi. Ora vado sulla focalizzazione interna, sul respiro.

Sull’aria che entra ed esce; quando l’aria entra l’addome si alza e quando esce si abbassa, con naturalezza, senza forzature. E quando l’aria entra parte come un’onda che dalla testa attraversa tutto il corpo e arriva fino ai piedi e rilassa tutti i muscoli, ad ogni respiro sempre di più. Gli faccio notare come è

stato bravo a concentrarsi sul respiro che si è fatto più lento... Sono presenti rumori in sala e gli dico che nulla disturberà il suo rilassamento. Suggesto un luogo a lui noto, a cui è molto affezionato, dove ha dei bei ricordi, andando a ripescarli tra tutti i ricordi belli, piacevoli, emozionanti, suggesto di immaginare colori, suoni e profumi di questo luogo e che tutto è in armonia, che anche la sua mente è in armonia con il corpo e le sensazioni sono davvero molto piacevoli. Gli dico che può rimanere nel luogo che ha scelto fermo, immobile con gli occhi chiusi per tutto il tempo che sarà necessario. La procedura prosegue con la disinfezione allargata dell'emitorace sinistro e gli suggesto il cubetto di ghiaccio che passato sulla pelle, dove tocca, raffredda piacevolmente tutta la parte sempre di più e di andare a ripescare il ricordo della sensazione della neve presa in mano, gli effetti che produce sulla pelle, oltre di freddo, di intorpidimento e di insensibilità e di riportarla al torace. Sottolineo le sue capacità ed abilità.

Durante l'intervento, specie nelle fasi più cruente, accenna a strizzare gli occhi, ma rimane fermo.

Al termine della procedura il paziente risulta tranquillo, rilassato e in pieno benessere.

## CASO CLINICO 4

F.G.

Paziente maschio di 73 anni

ipertensione arteriosa, dislipidemia.

Tampone Covid 19 negativo

### **Anamnesi patologica remota:**

- adenoidectomia e tonsillectomia in età infantile

-nel 2014 lobectomia polmonare destra per riscontro voluminosa neoformazione all'apice polmonare destro con diagnosi istologica di adenocarcinoma, per cui ha eseguito ciclo di chemioterapia neoadiuvante e successiva RT adiuvante.

-MRGE

-IPB

BPCO in terapia broncodilatatoria.

### **Anamnesi Cardiologica:**

Nell'ottobre 2009 eseguita coronarografia per episodio di angor prolungato con evidenza di placca sub-critica di MO al tratto medioRI con lesione subcritica ostiale e al tratto medio, Cdx dominante con diffusa ateromasia e lunga lesione subcritica ala tratto medio.

Nel 2014 ripetuta coronarografia pre intervento di lobectomia: quadro riscontrato sovrapponibile a quello del 2009.

25/07/2020 accesso in DEA per dispnea da sforzo ingravescente comparsa nei 15 giorni precedenti; non febbre. All'ECG non segni di ischemia acuta. All'Ecocardiogramma in data 27/07/2020 RISCONTRO DI GRAVE INCONTINENZA MITRALICA SECONDARIA A ROTTURA DI CORDA, valvola aortica non stenotica con incontinenza di grado moderato.

Dopo ottimizzazione del compenso si esegue coronarografia in vista dell'intervento di CCH (plastica mitralica ed eventuale sostituzione valvolare aortica).

Riscontro di focolaio bpn, aumento degli indici di flogosi, avviata terapia antibiotica.

In data 03/08/2020 pervenuto colturale su espettorato positivo per *Sternotropomonas maltophila* e dopo consulenza infettivologia, variata terapia.

Il paziente sarà trasferito in Cardiocirurgia con indicazione ad intervento chirurgico per insufficienza mitralica severa da prolasso e "FLAIL" del lembo posteriore mitralico.

Il paziente giunge in sala di Emodinamica in posizione seduta sul letto, ha gli occhialini dell'ossigenoterapia in corso. Immediatamente riferisce di non sapere se riuscirà a rimanere disteso sul lettino radiologico per eseguire l'esame, perché ha timore di avere ancora mancanza di fiato, che in posizione seduta non sembra avere. La dispnea da sforzo ingravescente con cui è arrivato in Pronto Soccorso lo ha molto spaventato.

Gli faccio presente che l'esame a cui deve sottoporsi (coronarografia) è molto importante per lui in previsione della sostituzione valvolare e che poco alla volta abbasseremo lo schienale del letto per portare questo in piano, lasciando che si prenda i suoi tempi, senza forzature, che non abbiamo nessuna fretta e che possiamo insegnargli una tecnica di rilassamento molto semplice, ma molto efficace che lo aiuterà a vivere questa nuova esperienza in modo diverso.

Lui rimane colpito dal fatto che gli diamo tempo e in questo modo capisco di averlo "agganciato" permettendo di darmi fiducia. Mentre abbassiamo il letto, lo guardo negli occhi e continuo a parlargli serenamente; lui più tranquillo, riesce a spostarsi sul lettino radiologico. A questo punto, vedendo che il paziente è molto più tranquillo e collaborante inizio l'induzione.

Con lui mi soffermo molto sulla focalizzazione interna del respiro, suggerendo che l'aria che entra, fresca piacevole va a ossigenare tutte le

cellule, gli organi, i muscoli del suo corpo, conferendo una gradevole sensazione di freschezza e di leggerezza nel respiro che via via diventa più fluido donando una sensazione di sollievo.

Elogio la sua bravura e gli faccio notare come è cambiato il suo respiro. Ricalco il flutter palpebrale e il passaggio della lingua sulle labbra come per inumidirle (evidentemente l'ossigeno gli secca le labbra).

A questo punto gli suggerisco di immaginare un luogo sicuro dove potrà rimanere per tutto il tempo necessario permettendo alla sua mente di rimanere lì a godere di sensazioni piacevoli e di non curarsi di quello che succedeva attorno a lui.

Il paziente termina l'esame senza avvertire la cosiddetta "fame d'aria", mantenendo una saturazione dell'98% con gli occhialini per O2 terapia.

Prima dell'ancoraggio, gli dico di focalizzare bene l'attenzione sulle sensazioni che ha provato durante il rilassamento, in modo che la sua mente le registri perfettamente, perché la mente sa come si fa e per poterle ripescare ogni volta che ne avrà bisogno in perfetta autonomia, soprattutto in vista del futuro intervento.

Come suggestione post ipnotica gli suggerisco che non avrà affaticamento del respiro per tutto il resto della giornata e che godrà del benessere prodotto dal rilassamento.

## CASO CLINICO 5

N.E

Paziente maschio di anni 66

ipertensione arteriosa, ex-fumatore

padre con IMA a 67 anni

Anamnesi remota:

11/2009 ricovero per STEMI inferiore ad arrivo tardivo, eseguita coronarografia urgente (accesso radiale destro) con riscontro di occlusione trombotica di Cdx II, trattata con PTXCA + DES, nella stessa seduta si é eseguita anche PTCA + DES di stenosi critica di IVP-Cdx. Evidenziate stenosi critiche di TC, Iva e occlusione di Cfx II.

In data 25/11/2019 eseguito completamento di rivascolizzazione mediante accesso radiale dx con PTCA+DES su TC-IVA.cto CFX II con indicazione a terapia medica.

In data 10/06/2020 viene eseguita coronarografia programmata per controllo in elezione.

E. è un uomo molto brillante, spavaldo nonostante le problematiche di salute. È uno sportivo, pieno di vita e di voglia di vivere, gli piace viaggiare, con la famiglia quando può. La famiglia per lui è di fondamentale importanza. Molto spiritoso, entra in sala di Emodinamica come se fosse un veterano e, in effetti, lo é.

Lo invito a mettersi comodo sul lettino e che in questa occasione, gli insegnerò una tecnica di rilassamento per vivere in maniera assolutamente diversa dalle volte precedenti questo importante percorso di cura di cui necessita nuovamente.

Mentre l'induzione procede, E. fa battute scherzose, e i colleghi intorno, scommettono sulla non riuscita della tecnica. E. mi segue, annuendo e si lascia guidare. Focalizza l'attenzione sul respiro, e gli suggerisco che l'aria

entrando attraverso le narici è fresca, piacevole, benefica; ed entrando, attraversa come un'onda tutto il corpo dalla testa ai piedi, apportando nel passaggio, un piacevole senso di rilassamento. Inizia il flutter palpebrale. Faccio notare ad E., come il rilassamento sia evidente anche per lui, sollevando un braccio e lasciandolo ricadere mollelente. Lo elogio per la bravura. Gli dico che come è stato così bravo a rilassare il suo corpo, le sensazioni che arriveranno dall'esterno, le sentirà, ma non daranno fastidio, anzi più le sensazioni arriveranno e più le lascerà andare, perché è più importante ora per lui rimanere focalizzato sulle sensazioni piacevoli del rilassamento (mentre gli dico queste cose, punzecchio il suo braccio con un ago), Bravo E., bravissimo! Ora gli dico che così come è stato bravo e ha potuto constatare il cambiamento avvenuto nel suo corpo, potrà immaginare un luogo, una situazione piacevole, dove lui sa che potrà stare bene per tutto il tempo che sarà necessario. Di questo luogo potrà immaginare i colori, i suoni e i profumi e che queste sensazioni diventeranno sempre più piacevoli e gradevoli, permettendogli di rimanere fermo, immobile, con gli occhi chiusi per tutto il tempo che sarà necessario, lasciando la sua mente libera di volare sempre più in alto e poter godere di queste sensazioni. Lui annuisce sorridendo e capisco che la sua mente è davvero in un altro luogo.

E. termina la procedura, rimanendo tranquillo per tutto il tempo. Nell'intervista rilasciata dice di aver sperimentato una situazione che gli ha permesso di vivere diversamente da tutte le altre volte l'angioplastica; con meno tensioni rispetto alle precedenti.

Gli chiedo di condividere il luogo in cui è stato per la durata dell'intervento e lui racconta, sorridendo di essere stato "in montagna, in Valle Po, in cima alla seggiovia di questo piano che si chiama Pian Giasset, dopo diché di lì partono gli impianti sciistici e io ero su una panchina, chiamiamola così, che è a quota 2430 e che si chiama Ghincia Pasteur questo rifugio e sei di fronte al Monviso. E io oggi ero lì...-Sorride- "Questa mattina ero lì".

Una descrizione davvero precisa. Sono molto contenta del risultato.

## CASO CLINICO 6

G.G.P.

Paziente maschio di 77 anni

iperteso, dislipidemico, diabete di tipo 2, ex fumatore.

Trent'anni fa asportazione neoformazione benigna mano sx.HBV positivo, BPCO.

Correzione cataratta bilaterale.

Recidiva di angina in CAD nota. Malattia coronarica plurivasale sottoposta a rivascolarizzazione percutanea e chirurgica (Amis su IVA). FE normale.. Ischemia inducibile infero-laterale.

Amis per IVA pervia e funzionante. Stenosi sub-occlusiva di CDX prossimale trattata con PTCA + DES. Rotablator e Des su TC/Cfx. Buon risultato angiografico e IVUS.

Il signor G. è un paziente abbastanza agitato, accetta benevolmente la tecnica di rilassamento e mi segue subito. Compaiono il flutter palpebrale. Con lui utilizzo la tecnica di levitazione e catalessi e, dopo averlo elogiato per la bravura e per il controllo del proprio corpo, gli suggerisco un luogo sicuro.

La procedura si rivela, dopo le prime iniezioni di mezzo di contrasto, molto complessa.

La coronaria da trattare ha molto calcio al suo interno. È necessario utilizzare il Rotablator, un sistema che utilizza delle frese di varie dimensioni per ridurre il calcio all'interno del lume della coronaria. Viene utilizzato anche l'IVUS, cioè l'eco- intracoronarico per calcolare l'area del lume interno del vaso trattato prima e dopo la procedura con il Rotablator, e poter ottimizzare al meglio il risultato ottenuto.

Suggerisco al paziente di immaginare una cassaforte, dove poter mettere al sicuro il proprio cuore.

Di chiudere la cassaforte con la combinazione che solo lui conosce e di collocarla nella stanza accanto. Il signor G. ha molta immaginazione ed annuisce alla mia guida.

Il Rotablator ha un rumore molto fastidioso, come le frese del dentista, tanto per intenderci.

Sfrutto il rumore per suggerirgli che, pur sentendolo, questo non gli darà alcun fastidio, anzi, ogni volta che lo sentirà il suo rilassamento sarà sempre più profondo e lo farà andare sempre più lontano e distante, permettendo alla sua mente di stare nel luogo che ha scelto.

La tempistica della procedura è di circa due ore, durante le quali, il paziente rimane fermo e tranquillo, terminando la procedura.

Nell'intervista post procedura, nel pomeriggio le sue parole sono queste:

Io: "Pensi che ti abbia aiutato questa tecnica di rilassamento?"

G: "Certo, certo! MEGLIO DELL'ANESTESIA!"

Io: "...e sei riuscito ad immaginare un luogo dove stare durante la procedura?"

G: "Sì, te l'ho detto: In Val d' Aosta, andavo a sciare, mi vedevo sulle piste, con mia figlia".

Io: "Quindi tu vedevi tutte queste cose che avevi vissuto e questo ti ha aiutato..."

G: "Sì, a stare tranquillo, a passare un certo periodo tranquillo, non agitato, perché mi pare che inizialmente ero abbastanza agitato. Ero a Champoluc e stavo bene..." - la voce gli trema, si emoziona al ricordo -

## CASO CLINICO 7

D.L.

Paziente maschio di anni 78

ipertensione arteriosa essenziale,

ipotiroidismo in trattamento sostitutivo,

piastrinopenia di lieve entità

pregresso IMA a sede infero-laterale nel 1991 trattato con terapia medica.

2004 BPAC con AMIS su DA e AMID su MO.

Malattia carotidea dx sottoposto ad intervento di TEA 2008

Da qualche tempo avverte riduzione della tolleranza all'esercizio fisico, riferiti tre episodi brevissimi lipotimici a rapidissima risoluzione. Ad un controllo cardiologico evidenza malattia delle vie di conduzione BAV I grado, BBSx completo e periodi BAV 2:1.

Impiantato pm definitivo bicamerale.

Del paziente non mi soffermo a descrivere l'induzione, ma il racconto perché lui spiega esattamente il significato di RAPPORT, di come si è sentito accolto

Chiedo a L. di raccontarmi com'è andata la sostituzione del Pace Maker. E leggete, nella sua semplicità, le sue parole.

“L'intervento è stato stupendo, meraviglioso eccetera. In più c'era eh... c'era una persona o più persone e chi ha dato la forza, cioè che ha messo in risalto che siamo delle persone, abbiamo dei sentimenti, abbiamo delle emozioni. Ecco, e questo m'ha dato coraggio, questo dialogare, in continuazione. C'era qualcosa in più, rispetto a quello che c'era già. Un rapporto di fiducia dove capisci che c'è qualcuno che ti dà una mano in quel momento. E ti dà una mano dal punto di vista emotivo, e quindi ti dà coraggio! E allora vai avanti e se c'era del male io non l'ho sentito, ma ho sentito che c'era con me qualcuno che mi dava una mano col suo ragionamento, col suo modo di fare, ecco, che è stupendo e può essere anche unico perché dal punto di vista professionale, non ho niente da dire, ma qui è oltre il rapporto

professionale! È oltre, è un rapporto che c'è una persona nell'ambiente che ti dà una mano, ti dice vai, vai tranquillo, non devi avere paura. Io nei giorni precedenti avevo molta paura, come sempre, come è normale per una persona. Questa cosa mi ha aiutato a liberarmi da quest'ansia, da questo stato di emozioni negative. Questo è l'aspetto, secondo me, migliore ma è anche che sto sentendo una persona e qui l'orario si restringe. L'ora che è una cosa visibile, vivibile, si è ristretto. IL tempo per l'intervento mi è sembrato molto meno, meno male. A volte qualcosa ho sentito, ma non sei abbandonato, perché c'è qualcuno che dialoga con te ad un livello più profondo. Per quello che mi sono emozionato, che mi sono venute fuori le lacrime agli occhi. Una lacrima positiva, di un'emozione positiva che mi ha aiutato in un momento triste e difficile...”

## CASO CLINICO 8

P.L.

Paziente femmina di 43 anni

disturbo bipolare portatrice di cardiopatia congenita con difetto interatriale, sottoposta ad intervento chirurgico di chiusura del DIA all'età di 7 anni.

Malattia delle vie di conduzione, con impianto di PM definitivo in altra sede nel 1997 per episodi sincopali, con malattia del nodo del seno, BAV e sostituzione del generatore PM ultima nel 2008.

FA.

In data 28/04/2020 eseguita sostituzione del generatore.

La signora L. è una donna giovane, minuta che si presenta in sala molto agitata. Dotata di un'ottima cultura. Le O.S.S. che l'hanno accompagnata le dicono che può stare tranquilla perché ci sono io e sono sicure che con me si rilasserà di sicuro.

Si affida completamente. La signora L. soffre di un disturbo bipolare, nonostante questo, sembra non avere altra alternativa se non affidarsi a me. Mi racconta episodi della sua infanzia molto traumatici e difficili. Nonostante la mia inesperienza riesco a "driblare" bene tra le difficoltà che mi pone. Una volta sul lettino, mentre la monitorizzo, le spiego quanto è importante per lei sostituire il Pace Maker (PM dipendente) e quanto lo è altrettanto vivere questa esperienza in modo diverso, più consapevole e attiva, utilizzando le risorse insite in lei. Rimane colpita dalle mie parole e si lascia guidare. Le dico che per fare questo deve chiudere gli occhi. È molto più calma e glielo faccio notare. L'induzione si svolge con molta calma e tranquillità, lei continua a parlare e le suggerisco che per concentrarsi meglio deve stare in silenzio e sentire quello che il suo corpo le dice...Questo è stato il momento più importante, dove ha capito che poteva farcela. Mi ha seguito per tutto il tempo, la procedura è durata più del previsto per la presenza di aderenze sugli elettrodi che hanno richiesto tempo per liberarli completamente dal

tessuto adeso. Inoltre la tasca del Pace Maker è stata ampliata poiché nell'inserimento del nuovo device, il cardiologo si è accorto che lo spazio era insufficiente per permettere un buon alloggiamento.

Al termine dell'intervento nell'intervista, mi ha raccontato di essere stata a Grado, suo luogo nativo.

Era ritornata ragazzina, era in spiaggia dove andava sempre anche in vacanza, anni dopo e tutto questo era così reale che poteva sentire l'odore delle alghe secche. Questo l'ha fatta stare bene, si è sentita tranquilla e accolta.

## CASO CLINICO 9

Durante il periodo di Look-down per l'emergenza sanitaria legata al Covid 19, il reparto di Nefrologia utilizzava le nostre sale interventistiche, al momento chiuse per gli interventi programmati per l'impianto di questo particolare catetere venoso centrale.

Non possiedo l'anamnesi clinica della paziente, non essendo ricoverata nella cardiologia

Mi é capitato di utilizzare la comunicazione ipnotica per una paziente precedentemente trapiantata di rene, in attesa di nuovo trapianto, periodo durante il quale doveva nuovamente sottoporsi a trattamento dialitico.

La paziente F., 52 anni, molto defedata si era positivizzata al Covid 19, ricoverata in rianimazione ed intubata per insufficienza respiratoria legata all'infezione. Dopo essersi negativizzata, la paziente era ancora in trattamento riabilitativo perché aveva perso quasi completamente la motilità.

Lo stato emotivo della paziente era molto provato, ma la paziente mi ha seguito benissimo ed é riuscita a terminare la procedura vivendola in maniera diversa, senza stress, ansia e paura che invece avevano segnato i suoi mesi precedenti.

Per me é stato molto gratificante e inoltre mi ha fatto riutilizzare la tecnica che nei mesi del look-down avevo abbandonato, vista la chiusura delle sale operatorie, spingendomi ad avere nuovamente la "forza" di applicare la tecnica in questo particolare momento in cui anche questa tecnica mi risultava difficile.

## CASO CLINICO 10

Vorrei citare ancora un caso singolare che mi è capitato di trattare all'inizio dei miei tentativi di induzione.

Un giorno al termine di una procedura di ablazione transcatetere, in cui non era stata fatta la comunicazione ipnotica la paziente in questione ebbe una crisi di panico e i colleghi non riuscivano a togliere gli introduttori femorali. La paziente piangeva, voleva alzarsi dal lettino, si dimenava rischiando di farsi anche del male.

Mi avvicinai alla signora, poco convinta delle mie capacità e prendendole la mano le dissi che ero lì per lei e che insieme avremmo cercato il modo di rimuovere quell'angoscia che si era impadronita di lei. Non molto convinta, la signora continuava a piangere e dimenarsi. Le dissi di provare a chiudere gli occhi perché con gli occhi chiusi sarebbe stato più facile concentrarsi sulle mie parole. Dopo aver chiuso gli occhi le dissi che avremo contato insieme da 100 andando a ritroso. Io contavo e lei ripeteva, dopo un po' le dissi di immaginare una lavagna e su questa lavagna di immaginare i numeri che citavamo luminosi, chiari sullo sfondo della lavagna e del colore che a lei sarebbe piaciuto di più. Lei mi disse che li vedeva molto luminosi e continuammo a contare a ritroso. In poco tempo, concentrando la sua attenzione sui numeri, aveva smesso di piangere e di muoversi freneticamente. Finito il conto alla rovescia, non sapendo bene cosa fare, mentre i colleghi sfilavano gli introduttori e procedevano alla medicazione compressiva, cominciai a chiederle che lavoro faceva. Mi disse la parrucchiera. Le dissi di parlarmi un po' del suo lavoro e lei iniziò un racconto interminabile di come le piaceva fare bene il proprio lavoro, di come era brava, soprattutto con le clienti difficili e pretenziose, soprattutto sulle colorazioni...Insomma, non voglio dilungarmi oltre perché non è importante quello che mi disse, ma che eravamo riusciti a sfilare gli introduttori, fare il bendaggio compressivo, farla passare nel letto e portarla in camera in tranquillità e serenità, sempre chiacchierando amabilmente.

Mi stupii io stessa del risultato ottenuto e questo mi fece capire che, anche se a volte, non credi molto nelle tue capacità, non è detto che tu non debba provare perché, come in questo caso, la persona è riuscita a stare molto meglio con il semplice uso delle parole e di una tecnica di distrazione.

Ho voluto condividere questa semplice esperienza affinché possa essere di spinta per tutte quelle persone che stanno iniziando ad applicare la comunicazione ipnotica, perché non si sentano in soggezione e decidano di “buttarsi” a praticarla; solo così potranno sperimentare la potenza e la bellezza di questa tecnica.

## CONCLUSIONI

La mia esperienza mi ha dato la consapevolezza della grandezza di applicazione di questa tecnica sulla persona che deve affrontare un intervento chirurgico o qualsiasi altra situazione che dia origine ad ansia, paura e stress.

Nella mia esperienza le persone che hanno beneficiato della comunicazione ipnotica durante l'intervento, hanno dichiarato, di sperimentare una piacevole sensazione di calma, rilassamento e benessere durante la procedura e che la comunicazione ipnotica ha influito positivamente sulla percezione e gestione del dolore, in quanto, i pazienti hanno dichiarato di non aver provato dolore o comunque di essere stati in grado di controllarlo, salvo i casi in cui l'induzione non è stata raggiunta.

La comunicazione ipnotica ha favorito anche il mantenimento posturale, la percezione della durata dell'intervento è risultata nella maggior parte dei casi studiati, molto ridotta. Gli operatori hanno dichiarato di aver lavorato con maggiore tranquillità, grazie alla collaborazione del paziente che rimaneva immobile e rilassato durante la procedura.

La valutazione della qualità percepita da parte dei pazienti documenta un elevato livello di gradimento delle tecniche comunicative adottate.

Ho inoltre raggiunto la consapevolezza che non ha senso chiedersi in quali casi sia opportuno utilizzare la C.I., bensì quali risultati abbia e possa produrre nell'aiutare a superare le limitazioni acquisite dalle esperienze o credenze negative.

È stato molto faticoso, all'inizio e lo è ancora. Elaborare la strategia per perseguire il risultato, volta per volta, paziente per paziente, in pochissimo tempo; i tentativi falliti che vanno rivissuti mentalmente, elaborando la frustrazione del fallimento, rielaborati e ricalibrati.

Credetemi, però, non c'è niente di più gratificante che sperimentare la sintonia con i pazienti trattati. Non con tutti è così, ma quando succede, ti

immedesimi talmente nel benessere del paziente, che ne trai giovamento anche tu e questo è un altro aspetto meraviglioso di questa tecnica (Sintonia: chi ha le stesse note dentro).

Grazie ad essa, si è assistito ad un notevole aumento della tollerabilità degli interventi, una netta riduzione dell'utilizzo di farmaci anestetici con conseguente minori effetti collaterali, nonché un vissuto gradevole dell'esperienza solitamente vissuta, a seconda dei soggetti, in maniera alquanto traumatica.

Io sono solo all'inizio e le mie tecniche sono ancora molto primitive e grossolane, ma con tutto ciò i miei risultati, al di là dei fallimenti, sono stati davvero notevoli, a tal punto che l'utilizzo della comunicazione ipnotica è diventato per me di uso quotidiano. Penso che nella professione infermieristica come in quella medica, sia necessario conservare un continuo spirito di ricerca e rinnovamento che favorisca e alimenti la crescita personale e professionale. Tutto quello che bisogna capire è che la comunicazione ipnotica non toglie nulla a ciò che già si sa, ma è invece uno strumento in più per favorire una relazione empatica e rendere il paziente maggiormente capace di sfruttare le proprie potenzialità.

Anche nei casi in cui non si riesce a indurre una trance ipnotica e si deve ricorrere comunque ai farmaci, la comunicazione ipnotica riesce tuttavia a trasformare totalmente l'esperienza della persona.

Ho imparato, inoltre, che è necessario dare valore a ciò che ascoltiamo o diciamo e che gli effetti delle nostre parole, al di là dell'applicazione della tecnica di comunicazione ipnotica, pesano sempre sia in maniera positiva che negativa. È molto importante ponderare bene le parole, ascoltando il più possibile. Una delle frasi che più mi avevano colpito durante il corso aziendale era:

*“Fai in modo che il tuo discorso sia migliore del tuo silenzio, o taci”*

*Dionisio il Vecchio*

Dalle reminescenze teatrali, inoltre, il tono di voce, il timbro, il ritmo e non da ultimo, il silenzio sono cruciali nella comunicazione interpersonale, esprimono la parte emozionale di quello che si dice.

L'importanza della voce sta nel fatto di trasmettere emozioni, oltre che i contenuti, più gli interventi sono modulati, più l'interlocutore manterrà un livello di attenzione e di coinvolgimento elevato.

Utilizzare in modo dinamico la voce vuol dire anche usare correttamente le pause che consentono di non abbassare la concentrazione o per enfatizzare una parola o una frase all'interno del discorso.

Sicuramente ho ancora tantissimo da imparare, continuerò a sperimentare, impegnandomi a studiare e a modificare le mie tecniche induttive, limandole con la speranza di migliorarle, cercando di ottimizzarle per poterle applicare in maniera sempre più elastica in modo da raggiungere gli obiettivi condivisi in base ai bisogni delle persone.

In conclusione tutto questo è stato l'occasione per sperimentare anche un importante percorso di crescita personale.

*“Ed egli imparo’ a volare, e non si rammaricava per il prezzo che aveva dovuto pagare. Scopri’ che erano la noia, la paura e la rabbia a rendere cosi’ breve la vita di un gabbiano”.*

*Da “Il gabbiano Jonathan Livingston*

# BIBLIOGRAFIA

## LIBRI

Trattato di ipnosi di Franco Granone - UTET      Volume 1

Trattato di ipnosi di Franco Granone - UTET      Volume 2

Giardinieri, principesse e porcospini – Metafore per l'evoluzione personale e Professionale – Consuelo C Casula – Francoangeli

Corpo salute e cura . Linee di antropologia biomedica –Russo Maria Teresa  
Rubettino Firenze 2004

Il modello I.A.R.A. Prendersi cura di sé –Libreria Editrice Psiche

Ipnosi e qualità della vita in ospedale e in ambulatorio. Comunicazione ipnotica nella pratica infermieristica – Milena Muro

La comunicazione ipnotica e la sua applicazione nella pratica infermieristica -  
Paula Marina Mata Rodrigues Fernandes    Tesi CIICS Anno 2009

Il potere della parola nella pratica ipnotica – Dott. Leonino Lago  
Tesi CIICS Anno 2015

Corpo e Persona – Master Universitario di Bioetica – Prof. Carla Corbella  
Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale – Torino a/a 2006/2007

## INTERNET

Il teatro come metafora del mondo e il teatro della mente. Due relazioni sulla mente relazionale incarnata. Vittorio Gallese e Ugo Morelli

Il viaggio dell'eroe – Dottoressa Annalisa Barbier Psicologa

Il viaggio dell'eroe - Media e Studi Culturali Prof. Silvia Leonzi

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. – Volume 13 – N 1 Gennaio- Aprile 2008

## ALLEGATI

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE E GRADIMENTO

LIBERATORIA DI CONSENSO AI FILMATI

CONSENSO INFORMATO