ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2017

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN CURE PALLIATIVE IN HOSPICE

Candidato

Silvia Audi Grivetta

Relatore

Milena Muro

INDICE

PREMESSA

INTRODUZIONE

1. LE CURE PALLIATIVE ……1

    1.1. QUALI BISOGNI IN FASE TERMINALE DI VITA …….4

    1.2. ESSERE INFERMIERE IN CURE PALLIATIVE ……..8

    1.3. I TRATTAMENTI COMPLEMENTARI DEL NURSING IN CURE PALLIATIVE ..……11

2. IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA ……..14

3. COMUNICAZIONE IPNOTICA E CURE PALLIATIVE ……22

4. ESPERIENZE ……...…….29

    4.1. PERCEZIONE DI ESPERIENZA DI COMUNICAZIONE IPNOTICA IN HOSPICE ……..29

    4.2. ESPERIENZE DI INDUZIONE IPNOTICA IN HOSPICE ……34

CONCLUSIONI ……40

BIBLIOGRAFIA ……41

PREMESSA

Sono infermiera dal 2010, lavoro da più di un anno in cure palliative. Mi confronto quotidianamente con pazienti oncologici in fase terminale ricoverati in hospice. L'obiettivo ultimo dell'assistenza in hospice è l'accompagnamento della persona morente. Questo consiste nel garantire alla persona assistita e alla sua famiglia la migliore qualità di vita possibile in questa fase, innanzi tutto attraverso un buon controllo del dolore e dei sintomi refrattari, e la gestione di stati emotivi difficili caratterizzati da rabbia, ansia, angoscia, paura. Secondo quanto dichiarato dal Profilo Professionale[1] e dal Codice Deontologico[2] dell'infermiere, la natura della professione infermieristica è anche comunicativa e relazionale, oltre che intellettuale, tecnica e gestionale. Tale aspetto trova ampio campo di applicazione in cure palliative dove le competenze richieste sono etiche, cliniche, comunicativo - relazionali, psicosociali e di lavoro in equipe. Iniziando a lavorare in questo settore mi sono state richieste in modo immediato e forse inconscio direttamente da pazienti e familiari notevoli competenze comunicative, relazionali ed empatiche, attraverso le quali ho fin da subito avuto la percezione che l'infermiere può esprimere tutta la sua autonomia professionale e far sì che la comunicazione empatica, di cui tanto ci viene parlato nelle lezioni universitarie, diventi efficace e terapeutica. Ricordando Florence Nightingale "gli infermieri devono usare le parole per aiutare i pazienti a cambiare i loro pensieri, perché sono ancora lo strumento più potente di cui dispongono". La necessità professionale di essere una professionista con competenze *nel saper essere e saper stare* in situazioni di fine vita, con abilità empatiche di presenza, accompagnamento e ascolto attivo, sostegno e guida nell'affrontare la perdita, ha portato a chiedermi nel concreto come posso essere un'infermiera che *sa stare* nella malattia terminale e nel lutto

---

[1] "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa" (articolo 1.2 del Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere, DM 739/Marzo 1994).

[2] "l'assistenza infermieristica si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa" (articolo 2 – CAPO I, Codice Deontologico dell'infermiere, Gennaio 2009).

in modo utile e professionale senza farsi emotivamente “travolgere” dalla sofferenza e dagli stati emotivi delle persone assistite e dei familiari. Interrogativo che ho trovato fondamentale fin dall’inizio della mia esperienza in hospice perché mi ha permesso di intraprendere un mio percorso personale di autoconsapevolezza nelle relazioni con le persone assistite e in equipe e di capire che la comunicazione efficace è imprescindibile nella relazione d’aiuto. Le cure palliative considerano la persona nella sua globalità, secondo il modello olistico bio-psico-sociale come unità mente-corpo-spirito. Il dolore è infatti *dolore totale*, fisico, psicologico, spirituale, esperienza personale e soggettiva, mai universalizzabile. Tale concetto ha sollecitato in me il bisogno di affinare e accrescere competenze assistenziali basate sulla personalizzazione delle cure. La filosofia dello *Human Caring* di Watson[3] risponde a tale bisogno, definendo le cure infermieristiche come “assistenza finalizzata ad aiutare i pazienti a trovare un senso alla propria esistenza, alla sofferenza e alla disarmonia, tramite appunto la relazione di caring”. Quest’ultima è un processo umano, che Watson chiama “relazione trans personale di caring”. Watson sottolinea l’importanza di “essere con” l’assistito sul piano spirituale, in una relazione in cui ogni individuo percepisce l’altro come “essere unico al mondo”, al di là della dimensione fisica e corporea. Nelle mie ricerche ho trovato nella comunicazione ipnotica lo strumento per realizzare concretamente e in modo professionale il processo di caring teorizzato dalla Watson. La comunicazione ipnotica si inserisce nella mission dell’infermiere, che consiste nel prendersi cura della persona in logica olistica, considerando le sue emozioni, le sue paure e il contesto ambientale, attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria. In tal senso, la comunicazione ipnotica può favorire l’espressione della propria natura professionale in modo concreto e oggettivo, favorendo la motivazione e riducendo il rischio di burn out.

[3] O’Reilly L. Essere con. Studio fenomenologico dell’assistenza infermieristica in Riabilitazione. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2010.

INTRODUZIONE

La personalizzazione e l'umanizzazione delle cure sono bisogni e pilastri essenziali nel fare medicina e assistenza. Oggi sempre più persone si rivolgono a medicine complementari per soddisfare i propri bisogni ed essere considerati non più organismi-macchina, ma piuttosto persone in senso globale nella loro complessità biologica, psicologica, spirituale, sociale. Il passaggio dal modello bio-medico a quello bio-psico-sociale incentrato sulla persona in modo olistico ha portato la professione infermieristica a porsi alcuni interrogativi assistenziali e a nuovi orizzonti formativi. Poiché pilastro delle cure palliative è la visione del paziente come un "tutto", è naturale che l'infermiere in cure palliative ricerchi, tra gli strumenti terapeutici, quegli approcci integrativi che comprendono il rapporto mente-corpo. L'infermiere è la figura professionale maggiormente a contatto con la persona assistita. Ha quindi il potere di diventare guida nel percorso di cura, di accompagnamento, di apprendimento. La comunicazione efficace è veicolo fondamentale per avviare e rendere realizzabili processi di cambiamento in qualsiasi ambito della professione infermieristica. Comunicazione e relazione sono alla base dell'assistenza in cure palliative, per favorire l'accompagnamento del paziente e della famiglia alla fine della vita. Accompagnamento che può essere letto come vero processo di evoluzione e apprendimento, in senso emotivo-psicologico, spirituale e relazionale per la persona assistita, la famiglia e gli operatori. Considerando che "non si può non comunicare"[4], è assolutamente necessaria una "giusta comunicazione". In tal senso si inserisce la comunicazione ipnotica, che attraverso l'interazione persona assistita e infermiere permette di sviluppare una particolare interazione mente-corpo, in grado di controllare le sensazioni fisiche e lo stato emotivo dell'assistito attraverso la creazione di un'immagine mentale. Essa si basa su meccanismi neurolinguistici e sul potere che hanno le parole sulla nostra mente a livello neurofisiologico di creare immagini

[4] Primo assioma della Comunicazione: " È impossibile non comunicare. In qualsiasi tipo di interazione tra persone, anche il semplice guardarsi negli occhi, si sta comunicando sempre qualche cosa all'altro soggetto" (Paul Watzlawick).

che riverberano sul corpo a livello fisico-biologico, ma anche psichico (*monoideismo plastico*).

L'ipnosi favorisce l'autocontrollo, aumenta la consapevolezza, sviluppa e incrementa le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione della persona (*empowerment*). Riduce la percezione di alcuni sintomi, quali ansia e dolore. Tali caratteristiche la rendono applicabile anche in ambito palliativo a diversi livelli nella gestione dei sintomi del paziente terminale, quali ad esempio il dolore, l'ansia, l'irritabilità, l'insonnia, la dispnea. Sul piano psicologico può contribuire ad alleviare sentimenti di rabbia, colpa, frustrazione, isolamento, dovuti alla progressiva perdita di autonomia e di controllo sul proprio stato fisico ed emotivo.

Questa mia analisi ha l'obiettivo di portare alla luce attraverso la revisione della letteratura come la pratica della comunicazione ipnotica, rivolta ai pazienti in cure palliative in hospice, possa migliorare la percezione di alcuni sintomi fisici e psicologici e di conseguenza migliorare la qualità della loro vita residua.

La domanda di ricerca è stata: può l'infermiere attraverso la comunicazione ipnotica migliorare la qualità di vita residua dei pazienti in fase terminale di malattia?

1. LE CURE PALLIATIVE

"Morire è come nascere, c'è sempre bisogno di qualcuno che presti assistenza […], alla fine comunque è sempre la madre che mette al mondo il figlio, ed è sempre il moribondo che porta a compimento la sua nascita, volendo parlare per metafore" (E. Kubler-Ross)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le cure palliative "assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponde a trattamenti curativi (cure) […] L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia". [5]

In Italia la Legge 38 del 2010 definisce cure palliative "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici"[6]. Si tratta quindi di una branca della medicina che predilige l'approccio olistico del malato e della sua famiglia, ponendo l'attenzione sulla persona portatrice di una malattia grave e inguaribile, piuttosto che sulla sola malattia. Diventa così essenziale "la cura", "il caring", inteso come "prendersi cura" della persona malata e della sua famiglia. Là dove "non si può più guarire" è necessario accompagnare ad una morte serena a tutela della dignità della persona. Le cure palliative hanno come fondamento l'accompagnamento del paziente e della sua famiglia nell'affrontare la perdita, garantendo la migliore

[5] Definizione di Cure Palliative dell'OMS, 1990.

[6] Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, Legge 15 Marzo 2010, n. 38 (ART.2).

qualità di vita possibile[7] alla persona in questa ultima fase, pianificando obiettivi raggiungibili nel quotidiano.

Storicamente le cure palliative sono state offerte solo a pazienti oncologici, per la prevedibilità del percorso clinico e per la possibilità di pianificare piani terapeutici standardizzati. Oggi le cure palliative si rivolgono a tutta una serie di patologie che pur non essendo neoplastiche, sono considerate inguaribili, con andamento cronico-degenerativo (insufficienza renale cronica, insufficienza epatica, SLA, Parkinson, AIDS, ma anche patologie cardio-vascolari ed ischemiche). Negli ultimi anni c'è stato un progressivo aumento delle patologie cronico-degenerative. Uno studio, valutando la qualità di vita dei pazienti affetti da tumore polmonare e quelli affetti da bronco pneumopatia cronica ostruttiva, ha mostrato come questi ultimi avessero una peggiore qualità della vita associata a forme depressive e ansiogene. Gli ultimi anni di vita rappresentano quelli in cui la medicalizzazione è massima e anche i costi sanitari tendono ad aumentare. Un recente studio mostra che oltre il 35% dei costi sanitari viene sostenuto proprio in questi anni. Secondo i dati Oms, ogni anno sono 8,8 milioni le persone che nel mondo muoiono a causa del cancro. La maggior parte di queste vive in Paesi a basso e medio reddito. Uno dei problemi principali è che molti casi vengono diagnosticati troppo tardi, a stadi cioè in cui la malattia è ormai difficile da trattare con successo[8]. Si stima che in media il 50% dei malati oncologici affetto da tumore morirà, ma rispetto al passato il decorso di malattia fino al termine della vita è significativamente più lungo, questo anche dovuto al progresso medico e tecnologico. Nel paziente oncologico, negli ultimi mesi di vita si assiste a una progressiva riduzione del self care e a una limitazione delle attività di vita quotidiana.

Il paziente terminale è spesso sinonimo di malato gravissimo, per il quale "non c'è più nulla da fare", poiché è giunto al termine della sua esistenza, là dove la medicina si dibatte tra il corretto atteggiamento etico di proporzionalità delle cure e la tentazione di lottare ad oltranza contro lo spettro della malattia e della morte. Le

---

[7] Secondo l'OMS la qualità della vita è "la percezione individuale della propria posizione nella vita, all'interno del contesto culturale e del sistema di valori nei quali vive e in relazione alla propria aspettativa, ai risultati attesi agli standard e agli interessi.

[8] WHO Guide to cancer early diagnosis, 9/2/2017. In www.epicentro.iss.it.

cure palliative considerano il malato terminale, più che malato con la sua malattia, un essere umano giunto all'inevitabile e, in un certo senso, fisiologica conclusione della sua vita. La malattia costituisce paradossalmente il meccanismo fisiologico per poter varcare le soglie della morte, fatto altrettanto fisiologico perché implicito nella natura di essere vivente.[9]

Secondo il Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA, 2002) le cure palliative hanno le seguenti caratteristiche:

- Comprendono la cura (il caring) di tutta la persona, inclusi i suoi bisogni fisici, psicologici, sociali, spirituali.
- Assicurano che l'assistenza sia rispettosa della dignità umana.
- Supportano il vivere in maniera significativa come definito dal singolo.
- Modellano la pianificazione della cura per raggiungere gli obiettivi individuali dell'assistenza.
- Riconoscono l'individuo con malattia potenzialmente mortale e la sua famiglia come unità di cura.
- Supportano la famiglia nell'affrontare la perdita e il dolore durante i periodi di malattia e di lutto.
- Rispettano i valori personali, culturali e religiosi degli individui, le credenze e le pratiche nell'erogazione delle cure.
- Valorizzano i principi etici di autonomia, di beneficienza, di non malvagità, di giustizia, di sincerità e di riservatezza.
- Riconoscono l'individuo come soggetto autonomo che ha diritto alle cure di fine vita e a prendere decisioni riguardo alla propria cura, nella misura in cui lo desidera.
- Riconoscono l'importanza di un approccio collaborativo interprofessionale del team di cura e anche gli sforzi dei non sanitari (volontari, assistenti spirituali).

[9] Facco E, La vita - morte nella geometria dello spazio – tempo. Dipartimento specialità medico chirurgiche, Università di Padova.

1.1. QUALI BISOGNI IN FASE TERMINALE DI VITA

> *"Non si tratta dell'intestino cieco, né del rene mobile, ma della vita … e della morte. Sì la vita c'era, ed ecco che adesso se ne va, se ne va e non posso trattenerla"* (Tolstoj, 1976)

I sintomi prevalenti nei pazienti in fase terminale di vita sono il dolore, la stanchezza (astenia), la sonnolenza, la nausea, la mancanza di appetito, la dispnea, la depressione (tristezza), l'ansia (nervosismo), il malessere generalizzato, il disagio esistenziale, il delirio e i disturbi cognitivi, la nausea, il vomito e la stipsi.

Il sintomo dolore viene considerato secondo l'accezione di *total pain* di Cecily Saunders[10].

Secondo il modello biopsicosociale[11] il dolore è esperienza multidimensionale influenzata da meccanismi biologici, psicologici, sociali, spirituali. Il dolore del corpo è il risultato di un'elaborazione spesso non cosciente di tutta la persona. Nel dolore fisico la mente e il corpo si influenzano reciprocamente. Il dolore del corpo è un'esperienza influenzata dalla personalità dell'individuo, dalla sua storia passata, dai suoi aspetti emozionali, dal contesto culturale in cui vive e dal significato che dà alla situazione in riferimento al presente, al passato e al futuro. Nella pratica psicologico-clinica analizzare il dolore significa confrontarsi con un'esperienza multifattoriale, in cui i fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono tra di loro in modo dinamico, influenzandosi reciprocamente, a cui

[10]Infermiera britannica anglicana di spicco, medico e scrittrice. Ha dato vita alla diffusione degli Hospice, sottolineando l'importanza delle cure palliative nella medicina moderna, assistendo i malati terminali fino alla fine della loro vita nel modo più confortevole possibile (1918-2005).

[11]George Libman Engel (New York, 1913-1999), psichiatra statunitense, ha formulato e introdotto il modello biopsicosociale (Biopsychosocial Model, BPS), una teoria generale della malattia e della guarigione. Si tratta di una strategia di approccio alla persona sviluppata sulla concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization). Il medico non deve tener conto solo di problemi di organi e funzioni, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo. Tale modello si contrappone a quello biomedico che si focalizza sulle sole variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere come interventi terapeutici mirati.

dovrebbe corrispondere una strategia terapeutica che articoli interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi.[12]

Il sintomo dolore va dunque inteso come "esperienza". La prima definizione ufficiale di dolore fu emessa nel 1986 dalla IASP, come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".[13]

L'esperienza del dolore che attraversa vissuti, esperienze passate, valori, convinzioni interiori può diventare "sofferenza" per il paziente e il suo contesto socio-familiare. La soggettività del dolore diventa unicità da prendere in carico per garantire la personalizzazione della cura, al fine di accompagnare alla morte in modo unico ciascun paziente.

Le angosce relative alla morte sollecitano un profondo *dolore spirituale*, che deriva dalla consapevolezza delle numerose perdite a cui i pazienti devono andare incontro. I pazienti in questa fase hanno necessità di avere risposte non solo fisiche, mentali e sociali, ma anche e soprattutto in ambito spirituale. E' fondamentale, anche se non sempre richiesto in modo diretto un percorso di ri-significazione e di ri-orientamento delle esperienze. In questa fase della vita risulta fondamentale riconoscere tra i bisogni più profondi la trascendenza e il senso da dare all'esperienza vissuta.[14]

Considerando quindi la persona assistita in senso globale, quale unità mente-corpo-spirito, il dolore di cui è portatrice viene considerato in senso globale e in tale fase di terminalità viene generato e sollecitato da:

- Sorgente somatica

[12]Bovero A, Zaina E, Torta R, Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico Riv. Psicol. Indiv., n. 65: 73-95 (2009).

[13] Ministero della Salute, International Association for the Study of Pain (IASP), 1986.

[14]Bovero A, La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice. Riv. Psicol. Indiv, n. 70: 111-125 (2011).

- Rabbia: difficoltà burocratiche, ritardi nella diagnosi, irritabilità, fallimento terapeutico, medici irreperibili, allontanamento dagli amici, allontanamento dalle proprie abitudini di vita
- Ansia: paura dell'ospedale o del ricovero, preoccupazioni per la famiglia, paura della morte, inquietudine spirituale, paura del dolore, perdita di dignità e di controllo del proprio corpo, incertezza sul futuro
- Depressione: perdita del lavoro, problemi finanziari, perdita dei ruoli familiari, stanchezza cronica, insonnia, senso di abbandono, alterazioni dell'aspetto

In cure palliative gli aspetti in cui si va a lavorare assieme al paziente e alla famiglia sono:

- Gestire il dolore (total pain) e i sintomi
- Evitare accanimento terapeutico e prolungamento inadeguato del morire
- Raggiungere un senso di controllo
- Alleviare il peso
- Rafforzare i rapporti con i cari

I bisogni esistenziali di base, la sicurezza, il controllo di sé, la tranquillità emotiva e spirituale (distress psico-esistenziale) sono fondamentali in questa fase. Non si ha dunque a che fare solo con segni evidenti e sintomi riferiti. Si ha a che fare con bisogni più profondi percepibili solo nella relazione empatica con il soggetto. E' dunque evidente che per soddisfare questi bisogni non sempre il trattamento farmacologico è la soluzione. La comunicazione e la relazione terapeutica sono il fondamento per interventi psicologici e spirituali.
Importante è la continuità assistenziale delle cure e il sostegno al caregiver e alla famiglia. Il paziente e la sua famiglia devono sentirsi accompagnati e guidati nel loro percorso. Prendersi cura anche della famiglia significa trasformarla da soggetto che si prende cura del malato a oggetto di cura da parte dell'operatore sanitario. Negli ultimi giorni di vita la sofferenza della famiglia deriva essenzialmente dal progressivo declino fisico e mentale, dalla percezione di fine imminente e dalla rottura relazionale e comunicativa con il proprio caro. La perdita

del controllo, l'impotenza di fronte alla malattia e alla morte, l'attesa, la difficoltà nel "saper stare", la paura del distacco, la difficoltà relazionale di fronte al paziente, che potrebbe essere in *sedazione palliativa*[15] sono i principali vortici situazionali in cui i familiari si trovano a vivere. Ciascun familiare, ciascuno di loro a suo modo, si trova in una situazione di particolare stress emotivo. Avere tra le mani una buona storia familiare può essere determinante per l'accompagnamento della famiglia.

La consapevolezza della morte, considerata non più come antagonista da combattere, ma come evento inevitabile, che per altro fa parte della stessa vita, induce un'attenzione più acuta alla qualità della vita e alla sofferenza di chi sta per morire.

Nell'assistere il paziente terminale è inevitabile chiedersi che cosa siano vita e morte, il concetto spazio-tempo (cornice fisica entro la quale la vita si manifesta). L'aspetto spirituale ed emozionale diventa così essenziale nell'accompagnamento del paziente in cure palliative, così come per i familiari e per gli stessi operatori sanitari che lavorano nel settore. E' inevitabile che in questo campo siano necessarie competenze relazionali, comunicative, organizzative, spirituali ed etiche, e non solo tecniche, dal momento che entrano in gioco interrogativi esistenziali che coinvolgono la persona e la famiglia nel loro essere completo, in una evidente e imprescindibile commissione mente, anima e corpo[16].

---

[15] Sedazione terminale o palliativa (ST-SP): la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera mezzi più adeguati per il controllo del sintomo che risulta quindi refrattario. E' un *last resort treatment* di sintomi che inducono gravi sofferenze al malato (delirium, dispnea, emorragie massive, occlusione intestinale irreversibile, distress psicoesistenziale, stato convulsivo, dolore ecc.). Da: Raccomandazioni della Società Italiana si Cure Palliative (SICP) sulla sedazione terminale/sedazione palliativa, Ottobre 2007.

[16] "Il corpo non vive senza una mente che lo animi" (Rossana Beccarelli).

1.2. ESSERE INFERMIERE IN CURE PALLIATIVE

> *"Accompagnare significa andare insieme con qualcuno per fargli compagnia, per onorarlo, proteggerlo; significa seguire, accompagnare con gli occhi, le mani, il pensiero, significa accompagnare musicalmente come sostegno al canto al suono altrui"* (Lo Zingarelli, vocabolario della lingua italiana, 1996)

In una forte dimensione etica e antropologica, gli operatori sanitari sono chiamati a porsi domande di senso e a mettere in gioco la loro personalità, facendo della loro professione un'arte umanistica nel vero senso della parola, là dove ogni persona è considerata unica e irripetibile, il paziente così come l'operatore. In tale scenario ogni relazione sanitario-paziente diventa unica.

La conoscenza di alcuni elementi forniti dalle discipline umanistiche devono fare parte dello specifico professionale dell'infermiere che viene così arricchito da ulteriori elementi di comprensione e lettura dei bisogni assistenziali in relazione al sesso, all'età, alla cultura e alla religione di ogni singolo individuo[17].

"L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa"[18].

Il *core* dell'assistenza infermieristica in cure palliative comprende la padronanza di cinque fondamentali ordini di competenze: etiche, cliniche, comunicativo - relazionali, psicosociali e di lavoro in equipe. Nell'infermieristica si sono sviluppati modelli di approccio centrati sulla persona assistita che tengono conto dell'intreccio di aspetti biologici, psicologici, sociali, culturali e spirituali. L'infermiere si adopera a soddisfare i bisogni della persona assistita (Henderson), aiuta la persona a esprimere e sviluppare le risorse residue e le potenzialità (Rogers), mantiene il massimo livello possibile di autocura (Orem) e i modelli di

---

[17] Ruffini B, Franzaroli S, Il dolore: aspetti antropologici. In: Servizio Infermieristico EBN.

[18] *Codice Deontologico dell'Infermiere*, 17 Gennaio 2009, art. 2.

funzionalità psicofisici e sociali dell'assistito (Gordon). Il prendersi cura del paziente morente e della sua famiglia nella fase terminale della malattia trova fondamento nella filosofia dello *Human caring* di Watson. La teorica definisce il *caring* ontologia della relazione umana, ovvero un modo di essere e di crescere più umano con se stessi e con gli altri, attraverso la presenza autentica a fianco dell'altra persona e alla disponibilità nei confronti dei suoi bisogni. Elemento essenziale di questa teoria è l' "essere con" l'altro in una *relazione trans-personale di caring*, da essere umano ad essere umano oltre l'io fisico verso una dimensione più spirituale che permette di cogliere l'altro come "essere umano unico al mondo". Secondo Watson l'*occasione di caring* è momento relazionale definito nel tempo e nello spazio durante il quale infermiere e assistito mettono in gioco esperienze, percezioni soggettive, azioni e scelte (*l'autenticità del rapport*). Questa relazione empatica si può realizzare tenendo conto di quella che Watson definisce *caritas clinica,* che consente di essere presenti in maniera unica, autentica, attenta e speciale al fianco dell'assistito, di costruire e mantenere una relazione di aiuto e di fiducia, di essere presenti e offrire sostegno di fronte a sentimenti sia positivi che negativi[19]. Chi si prende cura, si fa carico, lo fa in senso relazionale e dialettico.

I care significa anche *mi importa*. La comunicazione e la relazione nell'infermieristica sono l'essenza per poter conoscere l'altro attraverso il suo vissuto di malattia e non come "malattia in sé". Nel rapporto con il malato esiste una comunicazione, alle volte molto più silenziosa, in cui il linguaggio non verbale ha la meglio, che è quella esistenziale che va oltre ogni terapia farmacologica, ma che può diventare essa stessa terapeutica.

Nello specifico del settore delle cure palliative l'infermiere dispone di competenze comunicative rivolte alla persona assistita, ai suoi familiari anche qualora siano presenti alterazioni della comunicazione. L'infermiere adatta la comunicazione alla cultura, ai valori, alle emozioni, ai desideri e ai livelli di consapevolezza del malato e della sua famiglia e al contesto assistenziale[20].

---

[19] O'Reilly L, *Essere con. Studio fenomenologico sull'assistenza infermieristica in riabilitazione*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007.

[20] Prandi C, *Infermieristica in cure palliative*, Edizioni Edra, Milano, 2015.

Gli operatori sanitari che sono continuamente in relazione con i propri assistiti devono essere consapevoli della loro comunicazione, del loro stato, di frasi e gesti utilizzati per relazionarsi con pazienti e familiari. La conduzione della pratica di colloqui di aiuto[21] in cure palliative rappresenta una competenza dell'infermiere, che deve favorire e mantenere la comunicazione con l'assistito e la sua famiglia, accogliere, essere centrato su ciò che è vissuto dal soggetto, rispettare l'assistito (Carl Ramson Rogers)[22]. Lo stile che l'infermiere adotta è quello di una "comunicazione partecipativa", ovvero una modalità di comunicazione centrata sui problemi, sulle aspettative e sui modelli interpretativi del paziente. E' una comunicazione che coinvolge, che è empatica, diventa ascolto e partecipazione attiva. In una visione olistica della persona umana è importante utilizzare approcci integrativi che comprendano il rapporto mente – corpo, anche per quanto riguarda la comunicazione.

Secondo il filosofo Martin Heidegger, l'essere umano non è una semplice presenza, un oggetto tra tanti altri, ma rappresenta una possibilità: "il poter essere". In cure palliative l'infermiere è chiamato a una continua rivalutazione del "poter essere" del paziente, considerata la complessità dei sintomi in tale fase. Si parla quindi di obiettivi di processo a breve termine: "che cosa posso ancora fare oggi? Anziché che cosa non posso più fare?".

L'infermiere che opera in cure palliative si trova di fronte al sintomo dolore, che come abbiamo precedentemente definito, è *dolore globale*, vissuto anche da caregiver e familiari. L'infermiere, come da Codice deontologico, "si attiva a prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza, si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"; "[…] riconosce l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico e spirituale".

L'infermiere si trova a prendersi cura del corpo malato, come "corpo vivente con un problema di salute" che esprime bisogni, emozioni, vissuti personali, desideri,

[21] Gli studi nel campo delle neuroscienze dimostrano che certe parole sono in grado di modificare delle molecole nel cervello del paziente, proprio come i farmaci (Fabrizio Benedetti, Università degli Studi di Torino). Ogni cosa che diciamo produce un'immagine ben precisa nella mente dell'ascoltatore. Tanto più è efficace l'immagine che si crea tanto più si riesce a raggiungere l'obiettivo comunicativo. E' quindi importante trovare parole efficaci, dirle nel modo e nel momento giusto.

[22] Prandi C, 2015, *Infermieristica in cure palliative*, Edizioni Edra, Milano.

piuttosto che “un organismo biologico malato”. La persona morente merita il massimo delle attenzioni attraverso un contatto fisico accogliente che esprima rispetto e ascolto. Il paziente è il suo corpo, è un “corpo vissuto”, un “corpo-paziente”[23]. L’esperienza di malattia e di morte porta a una nuova visione e percezione del proprio corpo, ad un nuovo modo di viverlo. Il paziente è portato a dare un nuovo significato al “proprio essere al mondo”. La malattia e la consapevolezza di una prognosi negativa portano a interrogativi esistenziali che possono causare angoscia, senso di impotenza. Questo non solo per il paziente, ma anche per le persone che se ne prendono cura. Si avviano processi di cambiamento sia consci che inconsci. Gli infermieri nella loro pratica assistenziali si trovano a eseguire interventi di nursing sul corpo del paziente malato, spesso non in grado di interagire ed esprimere i suoi bisogni. Sono gesti di presa, di controllo, di analisi, di conforto. Tra le competenze infermieristiche necessarie va citata anche *la competenza corporea* in cui convergono l’intenzionalità della mente, il sentire emotivo, la fisicità. Il con-tatto è diverso dal toccare, può trasformare i gesti del quotidiano in comunicazione intime e profonda. Si tratta di una competenza necessaria per l’ “essere-con”. Questo “saper essere” che si può enunciare come “essere per gli altri e saper stare presso di sé”.[24]

1.3. I TRATTAMENTI COMPLEMENTARI DEL NURSING IN CURE PALLIATIVE

“Se recuperi la tua interezza sei guarito” E. Kubler-Ross

L’esigenza sempre più forte di un approccio terapeutico integrato ha innescato un interesse sempre maggiore per le medicine non convenzionali. Dunque anche

[23] Zannini, L., Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica, Franco Angeli, Milano 2004, pp. 11-34.

[24] “Per avere cura degli altri occorre avere costantemente cura di sé, restare in contatto con la propria vita emotiva, per alimentare quella consapevolezza che consente di comprendere meglio gli altri e per imparare, anche dal contatto con la vita altrui, a cercare continuamente il senso della propria” (D.Bruzzone).

l'infermiere, in qualsiasi ambito operi, "[…] deve essere preparato a guidare i pazienti nella scelta tra i differenti approcci complementari e quelli tradizionali. La formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizione di capire i diversi approcci, la loro compatibilità con altre forme di cura e la loro accettabilità in seno alla tradizione culturale. Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano"[25].

Le Medicine complementari (Complementary and Alternative Medicine, o CAM) si fondano su principi fondamentali di unità del corpo, dell'autoregolazione, e dell'interrelazione di struttura e funzione: considerando cioè la persona con la sua storia, i suoi pensieri, le sue richieste, i vissuti nell'esperienza di malattia, dell'ambiente fisico e sociale di appartenenza. Questo approccio valorizza l'attenzione personalizzata, concentrandosi sul paziente nella sua interezza piuttosto che unicamente sulla sua patologia. Questo è *l'approccio olistico alla persona* che è alla base dello *Human caring*, teoria cardine nelle cure palliative, come esposto nei precedenti capitoli.

Come dimostrano gli studi di Psiconeurendocrinoimmunologia (PNEI)[26] la psiche, il sistema nervoso centrale, il sistema immunitario ed endocrino si influenzano a vicenda. Questo concetto è in linea proprio con l'approccio bio-psico-sociale. La persona assistita è considerata al centro con il suo contesto sociale e familiare, anche in terapia palliativa dove gli obiettivi vengono rivalutati continuamente mantenendo là dove è possibile l'autonomia del soggetto, che si trova ad affrontare una progressiva perdita di controllo sulle proprie funzioni biologiche, psichiche, sociali e familiari.

Oggi si parla di medicina integrativa[27], una medicina che tenga conto di tutti i trattamenti più appropriati per il singolo paziente, integrando la medicina

---

[25] WHO, Nursing Practice, Serie rapporti tecnici n. 860, Ginevra 1996, Infermiere-Informazione n.3-4, 1997.

[26] La PNEI è una disciplina che si occupa delle relazioni fra il funzionamento del sistema psichico (identità emozionale e cognitiva che contraddistingue ciascuno di noi), del sistema nervoso, del sistema immunitario e endocrino. Si è sviluppata nel corso del Novecento a partire dai lavori di Hans Selye sullo stress negli anni Trenta.

[27] "La medicina Integrativa promuove l'alleanza tra risorse di cura armonizzate tra loro in modo non contraddittorio e maturate in discipline diverse appartenenti a più epoche e substrati culturali e oggi

convenzionale con quella complementare. La terapia palliativa è sorta quasi in secondo ordine, come terapia attuabile quando non c'è più nulla da fare, in antitesi alla terapia vera, quella attiva, che porta guarigione, quindi potenziale immortalità. La terapia è invece da considerarsi unica ed è quella che dà al malato tutto ciò di cui ha bisogno, nell'anima non meno che nel corpo, altrimenti si violerebbe il concetto di salute espresso dall'OMS, secondo cui "la salute è uno stato di benessere completo fisico, emotivo e sociale, e non una mera assenza di infermità"[28].

Le cure complementari sono studiate e applicate in cure palliative. Alcune di queste vengono affiancate alle terapie convenzionali palliative la cui vocazione è già di per sé olistica.

E' stato riconosciuto che metodi complementari atti a diminuire l'ansia e aumentare il comfort del paziente sono importanti per l'accettazione, la tolleranza, la soddisfazione.

In tale contesto la comunicazione ipnotica - ipnosi, di cui l'infermiere in cure palliative può divenire professionista esperto, si può considerare sia cura complementare (in un ottica di caring), sia strategia comunicativa propria dell'infermiere per garantire una comunicazione efficace con il paziente e la sua famiglia.

---

definite come Biomedicina e CAM". Da: Un Manifesto per la Medicina Integrata (redatto dalla Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata – SIOMI).

[28] Definizione del concetto di salute dell'OMS, 1948

2. IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Il termine ipnosi in ambito sanitario spesso genera "timore" sia tra gli operatori che tra i pazienti, poiché offuscato da leggende e falsi miti. Nonostante l'etimologia del termine (*ipno*), non ha niente a che fare con il "sonno", che invece presenta altre dinamiche. Ipnosi non è magia, non è parapsicologia, non è succubanza, né siero della verità, né manipolazione della volontà del soggetto. Non si tratta di suggestionabilità[29], ma piuttosto di *accettazione critica* dell'idea dell'altro. Le tecniche ipnotiche non vanno contro il sistema valoriale della persona, non toccano il libero arbitrio e il Super Io. Durante l'ipnosi l'attenzione del soggetto raggiunge alti livelli, in quanto viene focalizzata su di una singola idea. E' sicuramente importante chiarire con il paziente tali concetti nel contratto terapeutico iniziale, al fine di aumentare la fiducia, riducendo le resistenze, fondamento essenziale per iniziare il processo.

Nel corso dei secoli l'ipnosi ha avuto alti e bassi in merito al successo del suo utilizzo. La rivoluzione concettuale la si ebbe con Milton Erickson, che definisce l'*ipnosi naturalistica*, quale tecnica che mette al centro la relazione ipnotista-ipnotizzato e il tayloring (cucire su misura un abito, vale a dire l'intero processo) grazie al quale si esce da un approccio standard. L'approccio non è più autoritario e direttivo, ma fondato sulla personalizzazione e sul riconoscimento delle abilità che sono presenti in misura diversa nelle persone. L'ipnotista deve avere la capacità di costruire una nuova rete di associazioni a partire da quelle presenti nel soggetto, "come a dire che le nuove idee nascono proprio da quelle vecchie e non dall'esterno"[30]. Occorre essere aperti e accoglienti, per poter "accettare tutto ciò che il soggetto porta", ciò fa si che il soggetto si senta "riconosciuto e rispettato".

Secondo Granone l'ipnosi è una particolare condizione psicosomatica in cui persiste uno stato di coscienza diverso dallo stato di veglia e dalle fasi del sonno. Si tratta di uno stato di coscienza modificato, fisiologico e caratterizzato dalla presenza di *monoideismo plastico*. In altre parole nello stato ipnotico prevalgono

[29] Suggestionabilità è l'accettazione acritica dell'idea dell'altro.
[30] Del Castello E., Casilli C. L'induzione Ipnotica, Manuale pratico, 2007.

funzioni emotivo-immaginative, piuttosto che quelle critico-intellettive, con una parziale dissociazione psichica e la focalizzazione dell'attenzione ad una sola idea, in grado di presentare effetti plastici osservabili. L'ipnosi è una modificazione dinamica e naturale dello stato di coscienza che ciascuna persona ha già sperimentato nella sua vita, ad esempio ogni volta che si è completamente assorti nella lettura di un libro, oppure quando si guarda una scena di un film alla tv o al cinema, quando si ascolta una musica o una canzone. Nel citare alcuni esempi: durante la guida, lo svolgimento di lavori monotoni e prolungati, gli allenamenti sportivi, oppure durante un concerto. Quindi nella quotidianità la mente può scivolare in condizioni di coscienza modificata (sei sovrappensiero, sei incantato). Far emergere la naturalezza e la spontaneità di questo fenomeno durante la seduta è importante perché permette di aumentare l'efficacia del risultato e la fiducia in se stessi da parte del paziente. Situazioni simili si definiscono "stati ipnoidali", mentre si parla di ipnosi vera e propria quando si ha "relazione tra stato ipnoidale e rapporto operatore-soggetto". Gli studi dimostrano che in media "scivoliamo in stato ipnoidale" all'incirca 10 minuti all'ora. Si tratta di uno stato fisiologico e funzionale alla nostra mente.

Durante il fenomeno ipnotico il *monoideismo plastico* e il *rapporto operatore-paziente* sono fondamentali. Con il termine *monoideismo plastico* si intende la potenza che una singola idea ha di diventare pregnante e riverberare, estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni somatiche, muscolari, percettive, psichiche, emotive, viscerali, umorali, nervose e immunitarie.

La realizzazione del *rapport* (rapporto operatore-paziente) è il secondo pilastro fondamentale perché si verifichi il processo di ipnosi. Il rapporto di fiducia è la base affinché il paziente si lasci guidare nell'intero processo. Il rapport consiste nell'instaurarsi di fiducia, armonia, cooperazione in una relazione comunicativa. Lo stato o il processo di essere in rapporto con qualcuno è spesso descritto con espressioni come "essere sulla stessa lunghezza d'onda" o "essere in armonia".

Il rapport è un fenomeno istintivo, naturale. Ma può essere ricreato al fine di guidare la relazione d'aiuto in modo veramente empatico, per ottenere una comunicazione efficace e dunque nel caso dell'ipnosi affinché l'intero processo

raggiunga il benessere del paziente. Uno dei modi migliori per creare rapport è leggere la comunicazione non verbale, osservare l'altro e assumerne comportamenti simili per entrare in sincronia con lui, aumentare la fiducia e ridurre le resistenze relazionali. Il processo comunicativo si fonda sull'accoglienza iniziale dell'altro, senza alcuna forma di giudizio. Osservazione, ascolto attivo del linguaggio verbale e non verbale[31], individuazione degli schemi ricorrenti nelle sfumature dei suoi comportamenti, come respira, il tono e il volume della voce, il colore dell'incarnato, i micromovimenti muscolari, la postura e i gesti sono aspetti iniziali fondamentali[32].

Il termine ipnosi e comunicazione ipnotica possono essere utilizzati come sinonimi in quanto la comunicazione ipnotica serve a condurre il soggetto nello stato ipnotico che sta vivendo. In sostanza una relazione e una comunicazione efficace permettono il raggiungimento della trance ipnotica e dell'obiettivo finale, il benessere del paziente, il soddisfacimento di un suo bisogno.

L'ipnosi può infatti essere utilizzata, in accordo con Milton Erickson, senza un'induzione e un mantenimento formale, ma anche come comunicazione ipnotica durante una visita, oltre al suo utilizzo durante procedure invasive e altri effettivi bisogni.[33]

La comunicazione è terapeutica quando realizza un cambiamento nel pensare, sentire, agire della persona che ha un disagio, un problema, un bisogno. La comunicazione ipnotica come l'ipnosi è un processo dinamico e nello stesso tempo naturale e fisiologico, cucito e personalizzato sul singolo soggetto, attraverso un'attenta danza di ricalco-guida, dove ascolto attivo, osservazione e presenza (saper essere) sono l'essenza. Qui i sensi raggiungono livelli elevati di attenzione e attivazione nella relazione *per e con l'altro.* La comunicazione ipnotica è una tecnica mente-corpo che sfrutta i meccanismi neuro linguistici della mente per ridurre le sensazioni di dolore e di ansia in coloro che ne usufruiscono durante le procedure interventistiche. Il suo utilizzo in autonomia inoltre permette

[31] "La cosa più importante della comunicazione è sentire ciò che non viene detto" (Peter Drucker).

[32] Il 55% della nostra comunicazione passa attraverso il linguaggio non verbale, il 38% da quello paraverbale e il rimanente 7% dal verbale (I livelli di comunicazione umana secondo Albert Meherabian).

[33] Erickson BA. Eriksonian Hypnotherapy, 2017.

di incrementare l'autostima e le potenzialità individuali. La comunicazione ipnotica stimola l'autocontrollo nelle situazioni difficili che comportano stati di ansia, panico, paura e favorisce l'autonomia dell'assistito secondo una concezione olistica. Attraverso la comunicazione ipnotica si dà al soggetto una serie di *feedback* che non è solito avere, gli viene dato modo di esercitare un nuovo e migliore controllo di sé, si lavora sull'*empowerment* delle risorse del soggetto. La descrizione degli aspetti consapevoli e poi di quelli non consapevoli del soggetto è definita *ricalco*. Mentre la fase in cui viene utilizzata l'esperienza attuale del soggetto durante l'induzione, col fine di modificare lo stato di coscienza e quindi di elicere fenomeni ipnotici, è definita *guida.* Il ricalco è un modo di far constatare al paziente che le parole che vengono dette sono una rappresentazione adeguata dell'esperienza in corso. Quindi rafforza la fiducia, riduce resistenza e critica, favorisce l'empatia da parte dell'operatore. Si realizza il consenso ("se è vero ciò che viene detto dall'ipnotista durante il ricalco, allora sarà vero anche ciò che dirà durante la guida"), e quindi si costruisce e rafforza il rapport. Il ricalco inizia da ciò che è facilmente e immediatamente percepibile dal soggetto, aspetti che il soggetto non potrà contraddire dentro di sé. Può essere: ricalco del comportamento osservabile (sei seduto, le tue braccia sono lungo le cosce, i tuoi piedi poggiano sul pavimento, …), delle percezioni (e senti la sensazione delle scarpe che poggiano sul pavimento, apprezzi la luminosità dell'ambiente, …). Importante è anche il ricalco del linguaggio non verbale, fin dai primi momenti (la postura, il respiro, le espressioni, …). Le affermazioni non saranno mai così specifiche, soprattutto per quanto riguarda il ricalco di pensieri ed emozioni, affinché la persona possa attribuirle un significato personale. La fase di guida non è staccata dal ricalco, ma si tratta di una vera e propria "danza ricalco-guida", per rendere verificabili "sperimentalmente", vale a dire che il soggetto sperimenta in prima persona, molte delle asserzioni dell'ipnotista. Le tecniche utilizzate, oltre il ricalco sono l'uso del *truismo*, la costruzione del campo affermativo, *yes set*. Il truismo consiste nelle dichiarazione di un dato di fatto, una descrizione di qualcosa che sta avvenendo e che si può osservare, un riferimento a qualcosa che il soggetto ha sperimentato tanto spesso che non lo può negare. Può essere una frase banale e vaga, ovvia

da non poter essere rifiutata. La costruzione del campo affermativo, lo yes set, consiste in una tecnica di banali domande alle quali la risposta è sempre affermativa. La somma dei "si" favorisce una maggiore propensione ad accettare le idee e i suggerimenti dell'ipnotista.

Nella realizzazione del rapport è importante conoscere *i meta programmi*[34], schemi di pensiero inconsci decisionali e comportamentali. Definiscono l'approccio che adottiamo rispetto alle cose che incontriamo nel mondo esterno. Fanno da filtro determinando ciò che lasciamo entrare nel nostro mondo interno, e ciò che lasciamo fuori. Individuarli nella persona con cui comunichiamo permette di rispecchiare il suo linguaggio e di comunicare con maggiore efficacia. Alcuni di questi sono la *leva motivazionale* (via da – verso), *l'indice referenziale* (Interno – esterno), *se e altri*. Essi non sono assoluti, variano in base alle circostanze che viviamo; sono relativi al contesto specifico. E' importante in questa analisi osservativa dell'altro non incasellare mai in modo rigido, piuttosto risulta possibile individuare schemi che essi utilizzano regolarmente in diversi contesti. Dunque il principio di base è sempre l'accoglienza dell'altro, astenendosi da giudizi di valore e individuare in modo analitico e oggettivo il suo modo personale di vedere e leggere il mondo che lo circonda. La conoscenza dei meta programmi è molto utile anche per conoscere se stessi e avere consapevolezza del proprio modo di comunicare e dunque *di essere* nelle relazioni con gli altri.

Ciascuno fa esperienza del mondo attraverso i cinque sensi. In Programmazione Neuro linguistica (PNL) sono chiamati *modalità - sistemi rappresentazionali*. Capire quale sia il sistema rappresentazionale della persona con cui stiamo comunicando è fondamentale per entrare in comunicazione efficace. Le parole e le espressioni che utilizziamo quando pensiamo e parliamo indicano in molti casi il sistema rappresentazionale che stiamo utilizzando. Nonostante utilizziamo tutti i cinque sensi per fare esperienza del mondo, ne preferiamo uno in particolare che

[34] I meta programmi sono importati in PNL (Programmazione Neurolinguistica) perché consentono di apprendere più profondamente il modo in cui le persone assorbono informazioni dal mondo esterno, e in cui ciascuna elabora differentemente quelle informazioni. Questo ha anche un impatto sulle emozioni delle persone, ne modifica il comportamento e influenza i suoi gusti (Shelle Rose Charvet).
Leslie Cameron Bandler ha identificato una sessantina di meta programmi che aiutano ad organizzare il pensiero e a decidere su cosa concentrare la nostra attenzione.

definiamo sistema rappresentazionale primario, che diventerà la nostra chiave di accesso nella comunicazione con l'altro. I sistemi rappresentazionali sono *visivo, auditivo, cinestesico, olfattivo, gustativo* (acronimo *VAKOG*). Nel continuo equilibrarsi di ricalco e guida c'è la calibrazione, vale a dire la capacità di notare schemi di comportamento ricorrenti, "correlare i segni che si possono notare, con i sensi, allo stato della persona" (Joseph O'Connor, Ian Mcdermott).

La comunicazione ipnotica è un processo di apprendimento ed evoluzione che porta la persona a vivere le esperienze in modo diverso, secondo un altro punto di vista, utilizzando il concetto secondo cui le idee e le immagini mentali che creiamo sono in grado di influenzare le nostre azioni, ma soprattutto di modificare processi psicologici e fisiologici dell'organismo. La comunicazione ipnotica è la consapevolezza del potere delle parole di creare immagini mentali che riverberino nel corpo modificandolo. Come scrive Shelle Rose Charvet "è straordinaria la potenza contenuta nell'atto di cambiare le parole che si usano, adattandole al sistema motivazionale e agli schemi di elaborazione interna degli altri"[35]. L'immaginazione se adeguatamente orientata è in grado di modificare determinati schemi corporei e mentali e percezioni sensoriali.

Nella comunicazione ipnotica ha un impatto fondamentale la fase iniziale di definizione del "contratto terapeutico", vale a dire dell'obiettivo da raggiungere sulla base di un bisogno (espresso in modo diretto o inespresso, ma decifrato dall'ipnotista). Il tutto avviene nella costruzione del rapport di fiducia, attraverso gli strumenti precedentemente descritti. Identificato il bisogno è efficace stimolare il desiderio di soddisfacimento del bisogno e di benessere (ad esempio: "… e deve essere davvero bello e rigenerante poter dormire per otto ore di fila, senza pensare a nulla, …") e definire a parole l'obiettivo. Stimolare il desiderio porta il paziente ad attivare tutta la sua attenzione sull'obiettivo da raggiungere, induce una tensione emotiva e mentale verso un obiettivo di benessere, porta ad attivare risorse personali, anche inconsce. Infatti perché lo stato ipnotico si realizzi è assolutamente necessario che il soggetto abbia motivazioni e aspettative verso tale esperienza e che desideri raggiungere l'obiettivo condiviso con l'ipnotista. E'

[35] Charvet SR, Le parole della mente. Eccellere nel linguaggio di influenza.

fondamentale che l'obiettivo da raggiungere sia ben chiaro nella mente dell'ipnotista, ossia qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente. Deve conoscere le tecniche più adeguate per creare le condizioni necessarie all'induzione di uno stato ipnotico. L'idea, immagine mentale deve essere fatta propria dal soggetto, deve essere cucita sulla sua persona affinché il dinamismo del processo si realizzi. L'induzione ipnotica è l'inizio per poi mettersi alla guida del rapport e del processo. Ne segue l'approfondimento della trance, la realizzazione del monoideismo (idea che prende forma e diviene plastica), la ratifica e la sfida, ovvero la verifica da parte dell'ipnotista, ma soprattutto da parte del paziente che ciò che è suggerito si sta attuando.

Altro passaggio fondamentale è l'*ancoraggio* che permette alla persona ipnotizzata di agganciare la condizione di stato ipnotico realizzato con un gesto, o suono o altro stimolo che potrà in seguito far realizzare in autonomia al soggetto la stessa condizione di benessere.

In seguito, nel rispetto dei ritmi e dei tempi del soggetto, occorre ri-orientarlo nel tempo e nello spazio presente e verificare se è capace di ritornare in trance da solo.

Per capire se il soggetto è in trance, l'ipnotista deve mantenere attivi osservazione, ascolto e continuo ricalco per accompagnare la persona nel processo. Osservando l'aspetto fisico si possono individuare segni di rilassamento profondo (i muscoli del viso, del collo, il flutter palpebrale), persistenza di movimenti automatici e ripetitivi, levitazione o catalessi, modificazioni della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria, del movimento peristaltico, della risposta a stimolazioni dolorose. Il soggetto potrà sperimentare una percezione modificata del tempo, avere allucinazioni positive o negative. Lo stato di amnesia è possibile nel soggetto sonnambulico.

Alcuni studi hanno permesso di osservare come l'effetto antidolorifico e antinocicettivo dell'ipnosi è tale da ridurre il dolore del 50%. L'analgesia ipnotica determina una diminuzione di sensibilità e/o di un blocco di trasmissioni di stimoli

dolorosi, con depressione dell'arco riflesso nervoso[36]. La letteratura dimostra che tecniche di induzione ipnotica permettono di condurre esami invasivi garantendo un'ottima analgesia, con la riduzione di farmaci sedativi, permette di ridurre l'ansia pre e peri-procedurale, migliorare la qualità degli esami e ridurre il numero delle procedure fallite, migliorando la qualità delle cure. La comunicazione ipnotica determina il controllo del dolore e dell'ansia e aumenta l'autoefficacia, minimizzando gli effetti collaterali[37].

L'ipnosi può portare ad avere maggiore controllo di sé, a ridurre ansia, agitazione, paura e stress. Si è infatti dimostrato che lo stress influenza negativamente il decorso di una malattia, favorendo la secrezione di sostanze che agiscono in senso negativo sul sistema immunitario (Neal Elgar Miller, Università di Yale).

Conoscere il funzionamento della trance ipnotica e del monoideismo plastico e di come sia possibile svilupparli con la comunicazione ipnotica ci fa comprendere come sia possibile utilizzare questo tipo di comunicazione con i pazienti nei nostri luoghi di cura per il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi e per favorire lo stato di benessere.

---

[36] Casiglia E, Schiavon L., Tikhonoff V et al, 2007, *Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test*, in Americal Journal of Clinical Hypnosis, 45(5), 333-351.

[37] Landier W, Tse A (2010) Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An Integrative Review, Journal of Pediatric Nursing; 25, 566– 579

3. COMUNICAZIONE IPNOTICA E CURE PALLIATIVE

In parallelo al *caring*, la comunicazione ipnotica è un vero e proprio processo dinamico, cucito sulla singola persona (*tayloring*), dunque personalizzato in modo unico. Consiste nel realizzare una particolare connessione mente-corpo, proprio come richiesto dalla visione olistica bio-psico-sociale. Comporta una relazione di fiducia (*rapport*) e offre gli strumenti concreti per realizzarla. Fornisce quindi gli strumenti per realizzare una sana empatia ed evitare il burn out dell'operatore.

La comunicazione ipnotica presuppone, proprio come *la relazione trans personale di Watson*, una trasformazione, un processo di cambiamento, in cui l'infermiere "si mette alla guida", per condurre l'assistito ad una situazione di nuovo benessere, di superamento di sofferenze e di ritrovamento di senso. L'operatore esperto in comunicazione ipnotica utilizza immagini in grado di creare una particolare connessione mente-corpo, così efficace e potente da determinare modificazioni fisiche, psichiche, viscerali ed umorali. In parallelo con la teoria dello *Human Caring*, nella comunicazione ipnotica tale trasformazione rispetta i ritmi e i tempi della persona con cui si entra in sincronia, con cui si instaura il rapport attraverso i concetti di ricalco e guida. Il processo di cura presuppone un apprendimento, così come l'ipnosi favorisce il potenziamento delle abilità residue dell'assistito, portandolo a raggiungere la maggiore autonomia possibile ad esempio nel controllo del dolore e dell'ansia da procedura. Gli studi in letteratura rivelano che l'ipnosi è più potente rispetto ad altre pratiche di comunicazione empatica. Auto-ipnosi e tecniche meditative hanno una stretta connessione tra loro, sia da un punto di vista storico e procedurale che per aspetti neurofisiologici, ad esempio per quanto riguarda il controllo del dolore. Ma mentre la meditazione richiede un allenamento costante nel tempo perché si verifichino gli effetti sul dolore, l'ipnosi richiede minor tempo ed è molto più pragmatica.[38]

L'infermiere esperto in comunicazione ipnotica diventa non sostituto, ma piuttosto guida-promotore, accompagnatore nel processo. Tale concetto in una situazione di fine vita è particolarmente importante, proprio là dove il paziente sperimenta la

[38] Facco E. Hypnosis and anesthesia: back to the future. Minerva Anestetiol, 2016.

perdita del controllo delle proprie funzioni corporee, ansia, angoscia, depressione, finitudine. Come abbiamo precedentemente affermato, in cure palliative è importante individuare le abilità residue del paziente e valorizzarle, giorno per giorno, istante per istante, visto i repentini cambiamenti in fase terminale di malattia.

Considerando l'approccio palliativo caratterizzato da una visione olistica, dalla personalizzazione delle cure, dal rispetto dei valori e delle credenze in assenza di giudizio, dal riconoscimento dell'individuo come soggetto autonomo, si può affermare che l'ipnosi, per sua essenza, è pienamente conforme a tali principi. Così come ai principi etici di autonomia, di beneficienza, di non malvagità, di giustizia, di sincerità e di riservatezza, caratteristiche fondamentali nelle cure palliative. Il *tayloring* di cui si è parlato in ipnosi va in parallelo con la personalizzazione delle cure in tale fase e con l'approccio bio-psico-sociale.

L'ipnosi trova ampio campo di applicazione in cure palliative dalla diagnosi della patologia alla fase terminale di malattia. La letteratura mette alla luce il beneficio di interventi di ipnosi prima di procedure invasive, esami diagnostici, interventi chirurgici al fine di ridurre l'ansia preoperatoria, come sedazione in corso di interventi chirurgici e procedure invasive (sola o associata ad anestesia locale), per la gestione postoperatoria del dolore, per il controllo dei parametri vitali, della nausea e del vomito. Si rileva l'efficacia nella gestione del dolore cronico, dell'ansia e della depressione, nella gestione della nausea e del vomito e di altri sintomi quali stipsi, diarrea, astenia, dispnea, insonnia. Contribuisce a ridurre ansia, depressione, sentimenti di rabbia, colpa, frustrazione ed isolamento. Migliora l'autostima, l'empowerment, la fiducia in se stessi.[39]

La comunicazione ipnotica risulta utile anche per il paziente oncologico ancora in trattamento attivo per il controllo di sintomi e di alcuni effetti collaterali delle terapie. La letteratura dimostra che quando il trattamento ipnotico viene cominciato al momento della diagnosi, il paziente può migliorare il suo adattamento alla malattia e quindi prevenire stati di ansia e di panico. Risultati di

[39] Peynovska R, Fisher J, Oliver D, et al. Efficacy of Hypnoterapy as a supplement terapy in cancer intervention. European Journal of Clinical Hypnosis. 2005; 6(1).

efficacia si riscontrano ad esempio in corso di procedure quali puntura lombare, toracentesi, in corso di chemioterapia, per interventi chirurgici di isterectomia totale, anche in corso di procedure radiografiche e biopsie. Si può quindi affermare che l'ipnosi può essere strumento efficace in pazienti in *simultaneous care*. La letteratura evidenza i benefici della pratica ipnotica nei percorsi di cura in donne con tumore al seno. Uno studio randomizzato controllato riporta una riduzione di dolore e sofferenza generalizzata oltre 12 mesi in donne sottoposte a ipnosi rispetto al gruppo di controllo che non ha partecipato alla tecnica. Inoltre le partecipanti allo studio hanno utilizzato l'auto-ipnosi per il controllo dei sintomi associati al dolore.[40]

Il sintomo dolore totale è considerato di natura esperienziale e non universalizzabile, così come in precedenza affermato. Tale aspetto può essere posto in parallelo con il processo di ipnosi. Dunque si può affermare che "così come il dolore è esperienza vissuta e che si vive ancora e ripetutamente, anche l'ipnosi è un processo esperienziale". Attraverso l'ipnosi l'operatore porta il soggetto a sperimentare qualcosa di nuovo e di differente. Un fenomeno raggiungibile attraverso l'ipnosi è l'analgesia ipnotica attraverso cui si ha un'esclusione parziale o totale dell'elaborazione cosciente dello stimolo doloroso. Il dolore è multidimensionale e i farmaci analgesici sono pietra miliare per gestirlo. Nonostante ciò, l'American National Comprehensive Cancer Network (ANCCN) raccomanda inoltre l'uso di un trattamento non farmacologico, quale la comunicazione ipnotica, se il dolore su una scala di valutazione NRS da 0 a 10 è uguale o superiore a 4, nonostante un'attenta rivalutazione del trattamento farmacologico.

L'operatore sulla base dell'esperienza personale del soggetto potrà guidare il paziente nella trans attraverso la via immaginativa, proponendo un'immagine al paziente che diventa talmente forte e potente da alterare la percezione dolorosa. Alcune immagini per portare beneficio al sintomo dolore significative sono ad esempio la cosiddetta "analgesia a guanto". Ma il dolore può essere attenuato o

[40] Butler LD, Koopman C, Neri E, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metaststic breast cancer. Healthh Psychol 2009; 28: 579-87.

controllato ad esempio indossando corazze, allentando morse, togliendo pesi. Il dolore è come una sveglia, che trilla quando è utile ma che può essere interrotta, può essere una lampadina che è troppo luminosa e fastidiosa, un ingranaggio complesso che può essere momentaneamente disattivato. La persona diventa quindi consapevole delle proprie capacità di controllo sul sintomo, sul proprio corpo, percepisce il proprio potere personale. Tale aspetto risulta importante in cure palliative, là dove vi è una situazione di progressiva perdita di autonomia. Ogni immagine proposta sarà ovviamente personalizzata al paziente, partendo dalla sua particolare e unica esperienza di dolore, di sofferenza soggettiva. Risulta dunque importante analizzare il sintomo dolore, cogliere il sistema rappresentazionale del soggetto, instaurare il rapport, insomma guidarlo in modo unico e personalizzato. Tale approccio immaginativo per l'ingresso in trance potrà essere utilizzato anche per altri sintomi. Oltre all'immaginazione, la trance ipnotica può avvenire tramite il ricordo di avvenimenti ed esperienze passati. L'operatore può accompagnarsi con i "passi", ovvero approfondire la trance con il tocco sul corpo della persona. Un'altra esperienza utile da richiamare è quella del ricordo dell'anestesia farmacologica: ad esempio la sensazione del progressivo e graduale intorpidimento della gengiva dovuta all'iniezione di anestetico. La persona riscopre le proprie esperienze e le proprie capacità, le rende presenti e reali, in un percorso di autoapprendimento e di autocura. In merito la dolore, secondo uno studio di Fox e altri, i pazienti trattati con una combinazione di psicoterapia e autoipnosi traggono beneficio oltre che di una riduzione dell'intensità del dolore, anche di una riduzione della frequenza e della durata del sintomo.[41]

L'utilizzo dei "passi", vale a dire il tocco del paziente per approfondire la trance, senza ovviamente causare sensazioni di disagio, è molto importante in cure palliative là dove il corpo del paziente è un corpo morente che sperimenta la sua finitudine. La competenza corporea dell'infermiere è importante e la comunicazione ipnotica è strumento efficace per sviluppare "l'essere con".

[41] Fox PA, Henderson DC; Barton SE, et al. Immunological Markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: a pilot study. International Journal of STD and AIDS. 1999; 10:730-4.

Il concetto spazio-tempo per il paziente terminale è interrogativo esistenziale ed è spesso causa di angoscia. La componente psichica del dolore e dell'ansia è strettamente legata alla dimensione del tempo, alla memoria e alle strutture profonde della personalità.[42] La comunicazione ipnotica può agire anche in tal senso. La fase di conduzione del paziente nel "luogo sicuro", che significa il condurlo ad immaginare un luogo "dove si sente bene e dove non avrà alcun disturbo", ambiente frutto dell'immaginazione, di esperienze passate o di ricordi, può favorire la percezione di maggiore controllo dello spazio e del tempo passato e immaginativo futuro.

Liossi e altri nel loro studio dimostrano che i pazienti trattati con l'ipnosi (4 sedute settimanali di 30 minuti circa di ipnosi) hanno riferito una maggiore riduzione dell'ansia e della depressione vissuta e hanno riferito una qualità di vita maggiore per quanto riguarda gli aspetti psicologici come il rapporto con la malattia.[43]

La tecnica dell'ancoraggio, fase del processo ipnotico, come si è visto nei capitoli precedenti, fornisce al paziente la cosiddetta "ancora", vale a dire segno di riferimento attraverso il quale il soggetto è in grado di ricondursi in trance ipnotica, realizzando l'auto-ipnosi. Jensen nel 2009 dimostra l'efficacia dell'autoipnosi rispetto a semplici tecniche di rilassamento muscolare in uno studio in cui ha messo a confronto due gruppi di pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA). I pazienti trattati attraverso l'autoipnosi hanno mostrato una maggiore riduzione del dolore rispetto ai pazienti trattati con il solito rilassamento. A entrambi i gruppi era stato comunicato che sarebbero state usate sia tecniche di rilassamento che di autoipnosi, affinché l'attesa per l'efficacia del trattamento fosse simile.[44]

L'ipnosi, usata come induzione formale o approccio ericksoniano, potrebbe giocare un ruolo importante nell'aiutare il coping del paziente attraverso una corretta e nuova interpretazione del suo problema, attraverso la guida ad un

---

[42] Fabbro F., Crescentini C. Facing the Experience of Pain: A neuropsychological perspective. Elsevier, Dicembre 2013.

[43] Liossi C, White P. Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of lifeof terminally ill cancer patients, Contemporary Hypnosis. 2001;18 (3): 145-160.

[44] Jensen MP, Barber JM; et al. Effect of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. International Journal of clinical hypnosis. 2009; 57:239-268.

nuovo modo di vedere e agire. L'utilizzo di metafore e suggestioni specifiche possono aiutare il paziente a potenziare il proprio ego, a sviluppare calma, benessere interiore, contribuendo all'accettazione della propria condizione di vita, favorendo quindi un processo di maggiore consapevolezza. L'ipnosi favorisce la resilienza della persona, vale a dire la capacità di far fronte in maniera positiva a eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità.

Studi in letteratura dimostrano come supporti psicologici basati su suggestioni positive (PSBPS) possono risultare efficaci con pazienti critici in cure palliative, senza l'utilizzo di tecniche di ipnosi formale. E tale aspetto viene anche sottolineato quale bisogno emergente di nuovi approcci comunicativi con i pazienti in cure palliative. Una serie di studi effettuati in unità di cure intensive dimostrano che pazienti ventilati supportati da tali tecniche necessitano di meno oppioidi e meno sedazione (riduzione del 65 % del loro utilizzo) e anche di meno ore di utilizzo della ventilazione meccanica (da 232 ore a 85 ore). Si tratta di metodi che possono essere facilmente introdotti nella pratica quotidiana effettuati da personale medico e infermieristico.[45]

Anche in cure palliative pediatriche l'ipnosi può contribuire a ridurre sintomi di stress e sofferenza, fornisce aiuto nell'affrontare la perdita e nel sostenere la speranza.[46] In uno studio in pediatria vi sono stati buoni risultati nell'utilizzo dell'ipnosi per favorire il coping del bambino all'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva (NPPV). I nove bambini reclutati nello studio fai 2 ai 15 anni hanno accettato il tipo di interfaccia dopo la prima sessione di ipnosi.[47]

Le competenze relazionali e comunicative in cure palliative possono trovare espressione con questo tipo di comunicazione efficace, la dove l'infermiere è chiamato ad attuare una comunicazione partecipativa, attiva, centrata sui

---

[45] Szilagyi AK, Kekecs Z, Varga K. Therapeutic suggestions with critically ill in palliative care. Ann Pall Med, 2017.

[46] Stefan J, Friedrichsdorf, Daniel P. Kohen. Integration of hypnosis into pediatric palliative care. Ann Pall Med, Jun 2017.

[47] Delord V et al. Medical hypnosis as a tool to acclimatize children to non invasive positive pressure ventilation: a pilot study. Chest, 2013.

problemi, sulle aspettative, empatica e coinvolgente. In considerazione a quanto riportato in letteratura la comunicazione ipnotica può essere efficace nei pazienti terminali per migliorare la qualità di vita residua, obiettivo dell'accompagnamento in cure palliative, attraverso il controllo del dolore totale e degli stati emotivi associati.

4. ESPERIENZE

4.1. PERCEZIONE DI ESPERIENZA DI COMUNICAZIONE IPNOTICA IN HOSPICE

La comunicazione ipnotica è una potenziale competenza infermieristica che rientra nella macro competenza comunicazione-relazione con il paziente e la famiglia. Si tratta di una competenza che ricade nell'ambito di autonomia professionale dell'infermiere. Detto ciò, in corso di frequentazione del corso di comunicazione ipnotica e a seguire, a partire dal Mese di Maggio 2017, ho messo in campo le nozioni apprese nel luogo di cura in cui opero quotidianamente, l'Hospice del Presidio Ospedaliero di Lanzo (ASL TO4). Nel corso di questi mesi ho notato un cambiamento positivo nel mio modo di comunicare con i pazienti e le famiglie, cambiamento di cui ho ricevuto feedback oggettivo nel raggiungimento di obiettivi. Considerando la comunicazione ipnotica come processo dinamico in grado di creare una particolare connessione fra mente e corpo attraverso la focalizzazione dell'attenzione su di una monoidea, che diventa così pregnante da diventare plastica e riverberare sul piano psichico, fisico, umorale e viscerale, posso riscontrare un mio cambiamento di comunicazione verbale con i miei pazienti ogni volta che mi relaziono con loro con l'obiettivo preciso di soddisfare un bisogno più o meno verbalizzato dal paziente. In tal senso nella mia particolare esperienza di questi mesi in Hospice posso affermare che non si è sempre realizzata un'induzione ipnotica in tutte le sue fasi, programmata e ripetuta nel tempo e con la consegna al paziente dell' "ancoraggio". Nonostante ciò posso riscontrare che la comunicazione ipnotica suggestiva si è mostrata efficace nelle mia pratica quotidiana essenzialmente per questi due aspetti:

- **La comunicazione ipnotica come facilitatore dell'efficacia-beneficio terapeutico**

  Adotto la comunicazione ipnotica nel proporre la somministrazione di un farmaco, soprattutto in caso di sedativi-ipnoinducenti e antidolorifici oppioidi

(per i quali si riscontra spesso oppioidofobia, vale a dire il timore degli effetti collaterali della morfina dipendenza, stordimento, sonnolenza, arresto respiratorio, …). Noto che individuare insieme al paziente il suo bisogno, verbalizzarlo, dunque ricalcarlo, stimola la sua attenzione, ne favorisce la fiducia (ad esempio: *"Si vede dal tuo viso e da tutto il tuo corpo che sono più notti che non dormi. Più notti vogliono dire tante ore, così tante ore di sonno perso che ora i tuoi occhi sono stanchi, così stanchi che le sclere sono arrossate, e le palpebre sono un po' più pesanti, così pesanti che potresti sentire il bisogno di chiuderli …*"). Il ricalco favorisce la consapevolezza del paziente circa il suo bisogno attuale (aspetto importantissimo in hospice dove si hanno spesso meccanismi difensivi di negazione); fa si che il paziente si senta accolto, capito, si affidi e si lasci guidare (il paziente mostra feedback affermativo verbale e/o non verbale - yes set). Lo stimolare il raggiungimento di un obiettivo concreto di benessere in termini oggettivi, facendo così percepire il senso di controllo, sensazione importante là dove si sperimenta la perdita e il fallimento, induce il desiderio (*"... e mentre i tuoi occhi si stanno chiudendo puoi immaginare quanto sarebbe bello addormentarsi in un sonno piacevole e benefico per almeno otto ore, che sono quelle mediamente richieste per rigenerarsi, un sonno così profondo che qualsiasi stimolo, rumore, non ti recherà disturbo, così profondo che qualsiasi pensiero negativo sarà lontano da te*"). Rinforzo tale aspetto di rilassamento e approfondimento del sonno, prima e durante la somministrazione di terapie ipnoinducenti (induzione di ipnoinducente con benzodiazepine e/o neurolettici): *"i tuoi occhi sono chiusi, i muscoli del tuo viso sono distesi e così come si distendono le fibre muscolari degli occhi, delle guance, della fronte, della lingua, così si distendono anche quelle dei muscoli di tutto il corpo, e più si distendono più permettono alle molecole del farmaco di entrare nelle singole cellule di ogni parte del tuo corpo, e man mano che goccia dopo goccia le molecole entrano in circolo, le cellule muscolari si rilassano ancora e ancora, goccia dopo goccia sempre di più, sempre di più, …".*

- **La comunicazione ipnotica associata al tocco-massaggio (i passi ipnotici) come facilitatore del rilassamento**

  Ore 21.30 presto servizio presso il reparto di Continuità Assistenziale.

  Bruna, una donna di 72 anni con sindrome d'allettamento in obesità severa, vascolopatia periferica con importanti ulcere di III stadio agli arti inferiori, ipostenia importate, iniziale vascolopatia cerebrale, comunicazione verbale rallentata, esprime dolore agli arti inferiori (smorfie e lamenti alla mobilizzazione: PAINAD-VAS 5) per il quale ha da circa 45 minuti assunto 1 grammo di Paracetamolo secondo terapia al bisogno. Si applica crema antinfiammatoria come da sua richiesta e come da effettiva prescrizione medica terapeutica serale, aggiungendo la comunicazione ipnotica. Nella tecnica di massaggio per favorire l'assorbimento della crema accolgo il bisogno della paziente (controllo del dolore) attraverso il ricalco delle smorfie del suo volto e del lamento. Conduco la sua attenzione alla sensazione della crema fredda e delle mie mani lungo gli arti inferiori (ricalco – truismo - yes set non verbale). Conduco Bruna ad immaginare che man mano che massaggio, le particelle di crema si fanno sempre più piccole, così piccole che possono penetrare nella pelle, nel sottocute, raggiungere i muscoli, i tendini, le ossa e poi là dove si percepisce il dolore, e man mano che entrano ancora e ancora e ancora i pori si allargano ancora di più così che ne fanno entrare ancora e ancora, così che prendono tutto lo spazio occupato dal fastidioso dolore lungo le gambe. "*La crema è cosi totalmente assorbita dalla capacità del tuo corpo che il dolore si allontana sempre più e man mano che si allontana i tuoi occhi si chiudono* (ha effettivamente chiuso gli occhi) *e sarebbe davvero bello e piacevole poter dormire senza alcun fastidio e disturbo sino a domattina e immaginare un luogo dove stai bene, un luogo piacevole dove ti senti bene senza più dolore e dove puoi riposare bene …"* Al termine la paziente apre gli occhi, sorride e mi dice *"non andartene, resta ancora qua un po' con me"*. La notte Bruna ha dormito.

- **La comunicazione ipnotica come facilitatore del coping di pazienti e familairi**

  Donato, 76 anni affetto da carcinoma polmonare con metastasi encefaliche e ossee con rischio frattura, vigile, reattivo e comunicativo, dolore totale e sintomi correlati al momento controllati, in peggioramento l'astenia, la paresi destra, con latero e retropulsione alla mobilizzazione. E' stato sottoposto a cateterismo vescicale da circa 5 ore, tecnica valutata in equipe necessaria viste le ricorrenti minzioni in terapia diuretica ed antiedemigena con Mannitolo 18%, peggioramento della mobilizzazione e impossibilità di mingere in posizione sdraiata o seduta. Nonostante il paziente e i familiari avessero condiviso ed accettato la pratica del cateterismo a permanenza, una volta inserito il catetere è emersa una forte componente ansiogena attraverso l'associazione del dispositivo alla perdita di autonomia, al fallimento, al progressivo peggioramento clinico. Tale aspetto è stato vissuto ancor più dalla moglie che associava il catetere vescicale alla perdita, alla morte, al lutto (*continua a ripetermi "non lasciarmi morire con il catetere vescicale", "dice che gli fa male e voi qui dovete farlo stare bene; mi chiede di toglierlo"*). Ci siamo accorti che la moglie aveva una grande componente ansiogena di paura, così grande che in questo momento non era nostra alleata nel progetto di assistenza al paziente. In seguito a condivisione in equipe circa il sintomo dolore, descritto essenzialmente come un fastidio urente del paziente, che ha avuto anche scarso beneficio da MORFINA SOLFATO sette virgola cinque milligrammi orale come terapia al bisogno, si conviene insieme nel rimuovere il catetere vescicale in caso di persistere del sintomo e soprattutto del procrastinarsi di una situazione ansiogena che paziente e moglie si autoalimentavano a vicenda. Conosco per la prima volta il paziente e la moglie, di cui mi è stato presentato il caso e i loro bisogni. Vengo chiamata dal paziente, che riferisce disturbo dal catetere vescicale che in accordo con la moglie vorrebbe togliere, ma in quel momento vuole anche alzarsi dal letto, sedersi in carrozzina e andare a fumare (in questo momento è il fumo il suo

desiderio prioritario), ma il male e il catetere sono da impedimento alla mobilizzazione. Emerge un significativo stato di ansia che paziente e moglie fomentano a vicenda. Il catetere vescicale è mezzo di sfogo di paura e ansia. Accolgo i loro stati d'animo e ricalco verbalmente i loro pensieri di rifiuto e non accettazione, ricalco la percezione di dolore del paziente ("*è così evidente che è qualcosa che la sta disturbando, che crea disagio e qui siamo chiamati a farti stare bene, a togliere i disturbi e il male"*). Sfoga più bisogni: il catetere che non accetta, il bisogno di fumare, il bisogno di tranquillità, di controllo di una funzione che stava perdendo. Lo porto a focalizzarsi sul bisogno che mi ha espresso per primo: il fumo. Lo invito a procedere per piccoli obiettivi: *"una cosa per volta. Ora vuoi uscire a fumare allora se senti così forte il bisogno di fumare, facciamo in modo che esci a fumare in carrozzina con tua moglie controllando il sintomo di dolore uretrale che provi, così che anche da seduto non sentirai alcun fastidio e potrai gustarti davvero a pieno la sigaretta sul terrazzo, senza dolore"*. Gli propongo l'applicazione uretrale di un farmaco molto efficace e potente in questi casi (gel lubrificante a base di lidocaina): *"questo farmaco è un gel rinfrescante, molto efficace e potente nei casi come il tuo, è così fresco che qualsiasi sensazione di bruciore dovuto alla manovra di inserimento del catetere viene alleviata, il farmaco che contiene è specifico per allentare e rilasciare qualsiasi tensione in modo specifico a livello di uretra e vescica così che i muscoli si rilassano e non percepisci più alcuno spasmo e dolore e questo è proprio l'obiettivo principale per poterti poi alzare e stare seduto in carrozzina senza dolore, così che non penserai più al catetere".* Applico il gel. Donato viene alzato in carrozzina, fuma, trascorre tutto un pomeriggio seduto assieme alla moglie, che pare più tranquilla. Riferisce completa regressione del dolore. La sera durante le cure igieniche mi dice che *"quella crema è andata proprio bene"*, *"si Donato quella crema è davvero importante, ed è altrettanto importante che tu me lo dici affinché in caso di bisogno, tutti sappiamo che è il farmaco per te magico e veramente*

efficace". La moglie va a casa la sera ci saluta e ringrazia per il pomeriggio trascorso.

Non ho effettuata una seduta di ipnosi strutturata, ma ho applicato una comunicazione ipnotica suggestiva fondata essenzialmente sul rapport, sulla distrazione (fumo) e sul significato dato alle parole. Sono sicura che se avessi applicato il gel senza dire una parola oppure dicendo semplicemente cosa stavo tecnicamente facendo (*"ora le inietto il gel in uretra, stia tranquillo"*), Donato non avrebbe avuto alcun beneficio, talmente importante era la componente psicologica. Ciò avrebbe portato alla scelta di rimozione del catetere vescicale, con notevoli difficoltà alla minzione da seduto e a letto, condizione che avrebbe provocato ulteriori preoccupazioni e disturbi.

4.2. ESPERIENZE DI INDUZIONE IPNOTICA IN HOSPICE

- **"L'ossigeno che porta via il dolore"**

Lina ha 74 anni entra in hospice con diagnosi di mesotelioma pleurico maligno, con infiltrazione ed erosione del terzo medio della terza costa e localizzazioni in sede mediastinica retro sternale. Giunge in hospice per assenza di caregiver disponibile (è vedova e vive da sola) e per un migliore controllo del dolore e della dispnea. Mantiene ossigenoterapia a bassi flussi in modo non continuativo e utilizza cerotto di Fentanyl 75 mcg/h.

Lina è lucida e collaborante, consapevole di diagnosi ma non di prognosi. Nel corso del ricovero sperimenta una importante componente ansiogena ed emotiva associata all'insorgere di dolore non controllato (BTP), già in terapia ansiolitica e miorilassante con Alprazolam. Insorge importante insonnia dovuta all'esacerbarsi del dolore, solitamente alle ore 4 di notte circa. Viene regolarmente somministrata terapia ipnoinducente con Midazolam e Morfina Cloridrato come induzione e mantenimento per il controllo di insonnia, ansia, agitazione e dolore notturni.

Nonostante la terapia impostata, Lina al risveglio notturno tra le ore 4 e 5 del mattino accusa dolore (NRS 7-8) e chiede abitualmente la terapia al bisogno. Solitamente con un sorriso ci dice "sono sveglia, inizia il dolore. Facciamo qualcosa?".

In un turno di notte Lina chiama alle 4.30. La trovo a letto, mi saluta e con un sorriso mi dice *"Sta iniziando. Facciamo qualche flebo?".* Indago il dolore in qualità, intensità e irradiazione. Si tratta di un dolore NRS 7, in sede emicostato destro a morsa che si irradia alle coste omolaterali. Si presenta dispnoica, tachicardica, il suo viso pare apparentemente disteso con un lieve sorriso nel momento in cui mi chiede la terapia al bisogno. Dal linguaggio verbale *"facciamo"*, emerge il suo desiderio di non essere sola in quel momento, ha bisogno di un aiuto. Necessita inoltre di partecipare all'obiettivo del controllo del sintomo, non vuole perdere il controllo della situazione. Dal linguaggio non verbale emerge uno stato di ansia e tensione emotiva importante. Si tiene alla balcanica del letto con le mani, il sorriso pare nervoso, cerca di cambiare spesso posizione a letto, si evidenziano ricorrenti tremori, simili a tic nervosi. Nei colloqui dei giorni precedenti ha manifestato paura per il futuro e suo grande desiderio di ritorno a casa. Si era descritta come una donna che amava stare in casa, *"fare le faccende di casa"*, con e per la famiglia, *"… i nipoti sono la più bella cosa che ho"*. Parla della famiglia e soprattutto dei nipoti in modo molto sereno, manifestando gioia. Accolgo il suo stato e definisco il tipo di dolore che ha. Mi approccio con alcune domande che presumo abbiano una risposta affermativa per ridurre le resistenze *"hai dormito questa notte?"*, *"sei sveglia da un po' di minuti ora?"*, *"hai male?"*, *"vorresti dormire ancora vero?"*. Ricevo frasi affermative (*yes set*). *"Bene allora ti aiuterò perchè tu possa riuscire a dormire ancora per un po' di ore fino al mattino più inoltrato"* (contratto terapeutico – definizione dell'obiettivo, in base al suo bisogno). Ricalco il linguaggio non verbale *"si vede che hai dolore, le tue braccia sono appese alla balcanica e il tuo corpo ha leggeri tremori, il tuo respiro è anche più veloce … e tutto questo è fisiologico aumenti la contrattura muscolare della zona destra del tuo torace e generalmente ogni volta che i muscoli si contraggono provocano dolore. Sarebbe davvero importante che i tuoi muscoli quelli del viso, delle*

braccia, delle gambe, del torace rimangano rilassati e il più possibile distesi affinché il dolore si allontani … Sarebbe davvero bello essere così rilassati, così tanto che il dolore non si manifesti per le prossime ore e mentre non hai dolore il tuo corpo potrà dormire e anche la tua mente" (scaturire il desiderio, definire il bisogno: controllo del dolore). Lina dice di sì con lo sguardo e un sorriso. Così le propongo *una importante tecnica di rilassamento* (propongo in questi termini la tecnica per rendere semplice il contatto e l'approccio) per il controllo del sintomo. La invito a scegliere se chiudere gli occhi o tenerli aperti, aggiungo *"… ma tenendoli chiusi il tuo corpo è più portato a rilassarsi e le tua mente a concentrarsi sulle mie parole"*. Faccio portare l'attenzione di Lina al suo respiro, ricalcandone la velocità, all'ossigeno che entra ed esce dalle narice. Le suggerisco l'immagine dell'ossigeno che può immaginare come un fascio di aria fresca e pulita, del suo colore preferito che entra nel corpo attraverso le narici e porta nuovo ossigeno ed energia e ogni volta che esce porta via tossine e anidride carbonica, così che le cellule dei muscoli si rilassano sempre di più e rilassandosi il dolore se ne va. Approfondisco l'immagine del rilassamento al braccio sinistro che poi *sfido*, alzando il braccio sinistro e poi lasciandolo cadere sul letto. La paziente pare rilassata, il respiro è russante, sembra stia dormendo profondamente. Si è realizzata dunque la *ratifica* del fenomeno ipnotico, che permette di incrementare la fiducia della paziente. Si gratifica Lina dicendole *"bene, molto bene"*, per stimolare l'attenzione e incrementare la partecipazione attenta e consapevole, per farla sentire parte attiva in tutto il processo ipnotico. Si procede diffondendo la sensazione di rilassamento dal braccio al resto del corpo, in particolare all'emicostato destro, sede del dolore, *"così che ogni volta che espira il torace si rilassa e la morsa si scioglie"*. Si ripete più volte l'immagine dell'aria che uscendo fa sciogliere la morsa, *per approfondire* lo stato. Si ricalca verbalmente segni evidenti di *stato ipnotic*o (muscoli del viso rilassati, bocca semi aperta, il capo rivolto leggermente a sinistra, respiro più calmo e profondo, il corpo fermo nei movimenti). Il passaggio successivo è stato condurre Lina ad immaginare il proprio *"luogo sicuro"*: *"ora che il tuo corpo è qui così rilassato, puoi immaginare di condurre la tua mente in un luogo per te sicuro, dove stai bene, dove ti piace stare*

…”. Do alla paziente la possibilità di scegliere il luogo *“può essere frutto della tua immaginazione oppure puoi ripescare questo luogo tra i tuoi ricordi più cari di famiglia”.* Approfondisco lo stare bene in questo luogo e rendo Lina protagonista nel costruirlo come lei vuole (profumi, colori, suoni che la fanno stare bene …). Sottolineo la condizione di benessere e sicurezza che può provare in questa situazione. Osservo Lina e percepisco il respiro più profondo tanto da far percepire che si sia “profondamente addormentata”. Realizzo *l’ancoraggio* (unendo pollice e indice della mano sinistra). In seguito richiamo Lina a “tornare nel tempo presente quando lo desidera” (*re-induzione*, lasciando la paziente protagonista a ritornare con tutta la sua libertà nel tempo presente). Lina non apre gli occhi, rimango al suo fianco ad osservarla per altri venti minuti. Si è profondamente addormentata. Il dolore è stato controllato senza la somministrazione di terapia al bisogno (Morfina Cloridrato dieci milligrammi). Termino il mio turno di notte alle 7.15, Lina dorme. Si è svegliata alle 9 circa senza accusare disturbi, con un buon controllo del sintomo algico, riferendo sensazione di benessere dall’esperienza avuta.
Non si è avuto modo di analizzare l’utilizzo e il beneficio dell’ancoraggio da parte di Lina per il suo repentino peggioramento clinico nei giorni a seguire.

- **“Il nodo in gola colorato che si scioglie”**

Lena affetta da adenocarcinoma polmonare in sindrome mediastinica con saltuaria dispnea e disfagia riferisce senso di “chiusura alla gola, che non mi permette di mangiare. E’ come un nodo che stringe”. Lena ha una importante componente depressiva, non ha molti intrattenimenti con cui passare il tempo in camera. Fatica a prendere sonno nel pomeriggio “sono stanca, vorrei dormire ma non ci riesco” (componente ansiogena). Con Lena l’induzione ipnotica si è focalizzata sul rilassamento muscolare e si è portata l’attenzione della paziente sul suo respiro così che *“ogni volta che l’aria usciva dai suoi polmoni il nodo che lei aveva immaginato del colore che voleva si scioglieva sempre di più”*. Si sono utilizzati i passi per approfondire il rilassamento muscolare e alla ratifica del rilassamento

sollevando il braccio sinistro quest'ultimo si è adagiato sul letto. Si è poi fatto immaginare il luogo sicuro alla paziente. Quando la paziente riapre gli occhi al termine mi dice che è stato bello e che si sente molto più rilassata. Non è stato necessario somministrare terapia ansiolitica al bisogno per indurre il riposo. Ha riposato un ora nel pomeriggio.
In questo caso l'induzione e il rilassamento iniziale sono stati complicati dalla tosse stizzosa della paziente, che si è placata solo verso la fine del processo, quando Lena è stata guidata ad immaginare il luogo sicuro. Per favorire la "non perdita di controllo in tutto" e la fiducia, si è più volte ricalcato il segno della tosse come *"segno del corpo consapevole e dei muscoli della gola che trovando il loro miglior rilassamento si stanno adattando a una nuova condizione e la tosse era lo sfogo delle tensioni accumulate"*.

- **"Tremare dalla paura"**

Dino è in hospice per assenza di caregiver (è separato e non in buoni rapporti con i figli). E' affetto da adenocarcinoma del cieco con metastasi epatiche. Ha il Parkinson che lo invalida per tremori e scialorrea, è affetto da disturbo post traumatico (trauma bellico che ha subito).
Quando gli propongo la tecnica di ipnosi, come metodo per rilassarsi, per controllare i tremori diffusi pare molto contento "perché non fa bene prendere sempre così tante pastiglie", considerandola una tecnica più "naturale". Nel momento in cui propongo la tecnica pare molto agitato e arrabbiato per una discussione avuta con il solo figlio con cui ha ancora contatti. L'induzione si focalizza sul rilassamento muscolare. Durante il processo Dino viene disturbato dalla porta della stanza a cui bussano e che poi si apre, lui apre li occhi ma li richiude subito dopo e torna a seguire le mie parole. Durante l'approfondimento Dino non manifesta alcun tremore, il suo corpo e disteso nel letto completamente rilassato. Nella re-induzione, dopo il luogo sicuro e l'ancoraggio non apre subito gli occhi, segue i suoi tempi e io rimango ad osservarlo e aspetto. Apre gli occhi,

sbadiglia, inizia a parlarmi all'improvviso della guerra e *"di fatti di cui non si dovrebbe più parlare"*. I tremori sono ridotti rispetto a prima dell'induzione. Mi dice *"come prima volta è andata bene".*

La reazione di Dino al termine della tecnica è stata uno sfogo di immagini e pensieri che probabilmente ha avuto di passaggio nella sua mente e che ho accolto, ricalcando il suo non verbale.

- **"La casa in montagna con i miei cari"**

René è affetta da adenocarcinoma ovarico con carcinosi peritoneale. Nel suo caso l'induzione ipnotica è stata effettuata in una circostanza di irritazione, iperpatia e ansia. Il pomeriggio non riesce a dormire nonostante riferisca di averne necessità e di sentirsi stanca. Un giorno mi ha raccontato della sua casa in montagna. René ama stare in famiglia, ha un ottimo legame con i suoi figli e nipoti, ama curare nei dettagli l'ambiente domestico. La tecnica di induzione ipnotica si è focalizzata sul luogo sicuro. Ho guidato René ad immaginare la sua casa di montagna con le persone a lei care, i suoi famigliari. René si è addormentata per circa due ore quel pomeriggio senza necessitare di benzodiazepine, come terapia al bisogno per ansia. Mi ha detto che *"si è sentita bene e rilassata"*, che si è vista nella sua casa di montagna con i suoi figli e che *"stava bene"*.

CONCLUSIONI

Dalla mia breve esperienza nell'hospice in cui lavoro posso rilevare che la comunicazione ipnotica è risultata efficace nella riduzione della percezione dell'intensità dei sintomi provati. E' risultata efficace soprattutto come strumento per il controllo dell'ansia e dell'insofferenza – iperpatia, sintomi caratteristici in fase terminale di malattia. Ho percepito come elemento chiave in ogni mia esperienza di comunicazione ipnotica il coinvolgimento attivo della persona nel controllo del sintomo. La sensazione della persona di sentirsi meglio e la consapevolezza di averlo fatto "con il potere della propria mente" favorisce la percezione di controllo, là dove in fase terminale di malattia si ha la difficoltà nell'affrontare e nel doversi adattare alla graduale perdita di funzionalità e autonomia del proprio corpo nelle attività di vita quotidiane.

Si è riscontrata la difficoltà nell'analizzare l'auto-ipnosi attraverso l'utilizzo dell'ancoraggio, visto il progressivo e a volte repentino peggioramento clinico dei pazienti.

Attraverso la comunicazione ipnotica viene favorita l'empatia dell'operatore, che acquisisce maggiori capacità osservative, di comunicazione verbale e non verbale efficace per il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti. Si tratta inoltre di una comunicazione dinamica, che mette in gioco due soggettività, strumento dunque importante per un percorso di personalizzazione e umanizzazione delle cure.

Da questa mia esperienza vorrei portare alla luce la necessità di adottare la comunicazione ipnotica come strategia comunicativa nei pazienti in fine vita e sicuramente la necessità di approfondire lo studio dell'efficacia dell'ipnosi in tale settore.

BIBLIOGRAFIA

1. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere*, DM 739/Marzo 1994.
2. *Codice Deontologico dell'infermiere*, Gennaio 2009.
3. O'Reilly L. *Essere con. Studio fenomenologico dell'assistenza infermieristica in Riabilitazione*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2010.
4. WHO. *Guide to cancer early diagnosis*, 9/2/2017. In www.epicentro.iss.it.
5. Facco E. *La vita - morte nella geometria dello spazio - tempo*. Dipartimento specialità medico chirurgiche, Università di Padova.
6. Bovero A, Zaina E, Torta R. *Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico.* Riv. Psicol. Indiv., 2009; n. 65: 73-95.
7. Ministero della Salute. *International Association for the Study of Pain (IASP)*, 1986.
8. Bovero A. *La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice*. *Riv. Psicol. Indiv*, 2011; n. 70: 111-125.
9. Ruffini B, Franzaroli S. *Il dolore: aspetti antropologici*. In: Servizio Infermieristico EBN.
10. Prandi C. *Infermieristica in cure palliative*, Edizioni Edra, 2015Milano.
11. Zannini L. *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Franco Angeli, Milano 2004; pp. 11-34.
12. WHO. *Nursing Practice, Serie rapporti tecnici n. 860.* Infermiere-Informazione, Ginevra 1996; n.3-4, 1997.
13. Del Castello E, Casilli C. *L'induzione Ipnotica, Manuale pratico*, 2007.
14. Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V et al. *Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test*. In Americal Journal of Clinical Hypnosis, 2007; 45(5), 333-351.
15. Landier W, Tse A. *Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An Integrative Review*. Journal of Pediatric Nursing, 2010; 25, 566-579.

16. Facco E. *Hypnosis and anesthesia: back to the future*. Minerva Anestetiol, 2016.
17. Peynovska R, Fisher J, Oliver D, et al. *Efficacy of Hypnoterapy as a supplement terapy in cancer intervention*. European Journal of Clinical Hypnosis, 2005; 6(1)
18. Butler LD, Koopman C, Neri E et al. *Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metaststic breast cancer*. Health Psychol 2009; 28: 579-87.
19. Fox PA, Henderson DC, Barton SE et al. *Immunological Markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: a pilot study*. International Journal of STD and AIDS. 1999; 10:730-4.
20. Fabbro F, Crescentini C. *Facing the Experience of Pain: A neuropsychological perspective*. Elsevier, Dicembre 2013.
21. Liossi C, White P. *Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of lifeof terminally ill cancer patients*. Contemporary Hypnosis, 2001; 18 (3): 145-160.
22. Jensen MP, Barber JM, et al. *Effect of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury*. International Journal of clinical hypnosis, 2009; 57:239-268.
23. Szilagyi AK, Kekecs Z, Varga K. *Therapeutic suggestions with critically ill in palliative care*. Ann Pall Med, 2017.
24. Stefan J, Friedrichsdorf, Daniel P Kohen. *Integration of hypnosis into pediatric palliative care*. Ann Pall Med, Jun 2017.
25. Delord V et al. *Medical hypnosis as a tool to acclimatize children to non invasive positive pressure ventilation: a pilot study*. Chest, 2013.