



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2025



**L'IMPORTANZA DEL LINGUAGGIO NELLA
COMUNICAZIONE IPNOTICA: UTILIZZO DELLA LINGUA DIALETTALE**

Dott.ssa Giorgia Bernardi

Relatore Dott. Marco Scaglione

Correlatore Dott. Luca Bacino

A Gian, Nirmala e Shanti

- INTRODUZIONE
- CARATTERISTICHE DELL'IPNOSI
- AMBITO DI APPLICAZIONE
- VISSUTO EMOTIVO/I PAZIENTI
- USO DELLA LINGUA "DIALETTO"
- STUDIO CLINICO
- PAZIENTI DELLO STUDIO
- MATERIALI E METODI
- RISULTATI
- CASI CLINICI
 - o CASO CLINICO N°1
 - o CASO CLINICO N°2
 - o CASO CLINICO N°3
 - o CASO CLINICO N°4
 - o CASO CLINICO N°5
- CONCLUSIONE

INTRODUZIONE

Il mio interesse per la comunicazione risale a circa trent'anni fa, quando lavoravo presso l'Ospedale SS. Annunziata di Savigliano nel reparto di cardiologia interventistica.

La responsabile, a quel tempo, era la dott.ssa Di Leo, che già da alcuni anni si era attivata per organizzare corsi di formazione inerenti alla tecnica comunicativa sopra accennata. I docenti facevano tutti parte di un team dell'università Bocconi di Milano: le lezioni, durate una settimana, sono state tenute da due medici specialisti della disciplina che cominciava solo allora a diffondersi per la novità e l'importanza che consentiva di prevedere.

E così, per ben quattro anni, anch'io ho seguito, all'inizio con curiosità e poi con un coinvolgimento crescente, le relazioni sulla teoria e sulla prassi della disciplina nota allora a pochi specialisti. Il nostro gruppo comprendeva tutta l'équipe medica e infermieristica: la partecipazione, fin dall'inizio, è stata decisamente forte e sostenuta dalla convinzione della "bontà" di quanto ci veniva proposto.

Ricordo ancora oggi l'intensa emozione vissuta nella fase iniziale, quando il relatore ci ha coinvolti direttamente, chiamandoci a turno a parlare di fronte ad una telecamera. La prima volta l'argomento era stato scelto da noi e successivamente, invece, ci veniva "imposto". Da subito, mi sono resa conto di quanto fosse importante il discorso comunicativo e delle difficoltà in esso implicite: ciò che ci sembrava facile diventava improvvisamente difficile, la scelta delle parole poteva talvolta costituire un ostacolo imprevisto per la non perfetta aderenza al concetto che si voleva esprimere, la presenza di più persone ed il loro atteggiamento nei confronti dell'allievo-relatore condizionava tutti, anche i più disinvolti, causando a livello emozionale disagi non sempre facilmente superabili.

Dopo questa prima fase, i docenti ci hanno di volta in volta dato spiegazioni relative alla comunicazione, partendo dai cinque assiomi formulati da Paul Watzlawick della scuola di Palo Alto. Molto forte è stata l'insistenza sulle varie forme comunicative, a partire dal silenzio per arrivare al linguaggio vero e proprio. Tutti siamo stati sempre coinvolti attraverso esperienze specifiche che, se potevano apparire insignificanti, in realtà ci portavano ad una miglior comprensione del rapporto interpersonale e della richiesta di aiuto da parte del paziente, a cui talora, più che le parole, possono contare lo sguardo, la mimica, il contatto fisico e l'empatia.

Da parte mia non è mai mancato l'entusiasmo, anche perché mi sono subito resa conto dell'arricchimento professionale e umano che il corso mi offriva.

A questo punto, ritengo opportuno far presente che il mio interesse per questa nuova tecnica è aumentato durante la mia esperienza di vita durata per diversi anni in India e determinata da una forte esigenza di impegnarmi nel volontariato sociale. Mi sono così trovata immersa in una realtà completamente diversa

da quella conosciuta fino a quel momento: vivevo non in una metropoli o in una città, ma in un villaggio sulla costa occidentale della penisola, vicinissimo all'oceano.

I primi tempi sono stati particolarmente impegnativi, a causa di un ambiente diversissimo da quello di provenienza: al paesaggio meravigliosamente bello faceva riscontro un clima caldo-umido per me insolito, le case erano sprovviste di tutto ciò che per noi era naturale avere, l'acqua si attingeva ad una fontana esterna, la luce spesso funzionava ad intermittenza, la presenza di diversi esemplari di fauna (talvolta anche pericolosa) ci costringeva a muoverci con particolare attenzione, anche perché la farmacia più vicina era a circa mezz'ora di moto.

Non ci sono stati problemi con la gente del posto, costituita in prevalenza da giovani, anche a causa di un tasso demografico piuttosto alto, gli abitanti, tutti di pelle scura hanno sempre dimostrato una buona disponibilità ad accogliere gli stranieri e i turisti in genere, diventati sempre più numerosi in questi ultimi decenni.

Il rapporto con tutti è sempre stato buono e anche riconoscente perché avevo provveduto, prima di partire, a raccogliere tra amici e conoscenti una somma che già sapevo e volevo destinare ad una struttura che ospitava bambini in difficoltà e che mi era stata suggerita da un medico che per diversi mesi era vissuto in quel villaggio e aveva messo a disposizione la sua competenza per le persone bisognose, per vari motivi, del suo aiuto.

Ben presto, mi sono trovata anch'io interpellata per risolvere alcuni casi: una volta saputo che ero infermiera (la voce si era rapidamente diffusa), uomini e donne locali e anche semplici turisti di provenienza diversissima mi interpellavano per avere anche solo un semplice consiglio o per curare ferite, escoriazioni e traumi.

Qualche difficoltà si è riscontrata a livello linguistico, dal momento che la mia conoscenza puramente scolastica dell'inglese non sempre mi consentiva di comprendere quello parlato in modo sciolto e naturale dalla gente locale.

Con il passare del tempo, mi ha sempre più incuriosita la diffusione di alcune pratiche collegabili, in un certo senso, all'ipnosi, in quanto capaci, come questa, di produrre una coscienza particolare con immagini eidetiche generatrici di rilassamento e controllo del dolore.

Nella zona in cui ho vissuto le mie esperienze, ho potuto constatare che sono molto diffuse la pratica dello yoga, la celebrazione di certi riti che vanno aldilà della resistenza umana comunemente intesa e la modificazione di coscienza causata dalla musica trance dance.

Proprio a pochi chilometri dalla località in cui abitavo c'è la statua di José Custódio de Faria, ossia dell'abate portoghese Faria, che può considerarsi il fondatore delle prime tecniche ipnotiche, dopo aver

abbandonato tutte le pratiche magiche e superato anche la teoria del fluido magnetico sostenuta da Franz F. Anton Mesmer a lui contemporaneo.

Penso che risalga ad allora la mia curiosità per l'ipnosi, curiosità che a poco a poco si è tramutata in un vero e proprio interesse, dopo aver assistito a party di musica trance-dance molto diffusi nella zona e profondamente connessi al sonno ipnotico attraverso l'impatto sul cervello e sulla coscienza.

Si trattava, in genere, di contesti rituali tipicamente sciamanici e spirituali in cui il ritmo costante e ripetitivo dei battiti (BPM 120/150) induceva stati cerebrali simili a quelli del trattamento ipnotico, uniti a una leggera forma di dissociazione, cioè ad uno stato alterato di coscienza attraverso il movimento, la respirazione e la musica, capaci di facilitare l'accesso a zone inesplorate del nostro io più profondo.

Tutto ciò mi ha spinto sempre più ad avvicinarmi alla ricerca e all'approfondimento di tecniche concernenti la mente e l'inconscio che troppe volte un eccessivo razionalismo porta a sottovalutare.

Conoscere e impadronirsi di un'arte capace di agire sul soma e sulla psiche è la finalità a cui ho teso proprio con la frequenza al corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica organizzato dall'Istituto Franco Granone.

La mia esperienza, sia pure limitata a pochi mesi, mi ha permesso di evidenziare che esiste da parte di alcuni pazienti una sorta di resistenza nei confronti della tecnica di ipnosi, dovuta soprattutto ad una conoscenza scarsa, insufficiente o del tutto mancante di questa metodologia clinica che sempre più si sta diffondendo a livello ospedaliero. La cosa interessante è che essa può essere applicata in tutti i campi, indipendentemente dall'età e dal tipo di patologia (eccezion fatta per i casi che richiedono una consulenza e un trattamento psichiatrico).

Per quanto mi riguarda, ho avuto la possibilità di operare in un gran numero di casi, grazie anche alla disponibilità e alla collaborazione della coordinatrice infermieristica e delle colleghe del reparto di Emodinamica dell'Azienda Ospedaliera di Cuneo che portano avanti questo innovativo progetto da due anni circa.

Personalmente, il successo ottenuto nella quasi totalità dei casi mi incoraggia a proseguire con sempre maggiore entusiasmo il cammino intrapreso, non solo e non tanto per la mia gratificazione personale, quanto per il benessere dei pazienti.

Il fatto che la pratica ipnotica, attualmente, non richieda più la presenza dell'anestesista in sala durante la procedura, l'uso costante di farmaci sedativo-inducenti e di antidolorifici e il "bloccaggio" ai quattro arti costituisce senza dubbio un trattamento più umano e, vorrei dire, anche più rispettoso del soggetto che, trovandosi in una situazione di bisogno e di aiuto, cerca in chi ha di fronte una persona in grado di alleviare la sua tensione in un momento di estrema fragilità.

CARATTERISTICHE DELL'IPNOSI

L'ipnosi non è recente, perché l'uomo la conosce per lo meno da oltre quattromila anni, in quanto era già diffusa presso i popoli che avevano raggiunto un alto grado di civiltà, quali i Cinesi, gli Indiani, gli Egizi, gli Ebrei, i Greci e i Romani.

Naturalmente la concezione dell'ipnotismo ha subito attraverso i secoli molte trasformazioni ed ha conosciuto diversi grandi periodi interpretativi, passando a poco a poco da una fase, per così dire, mistica (in grado di avvicinare il soggetto-attivo, cioè il sacerdote, alla divinità, rendendolo capace di predire l'avvenire) fino ad un indirizzo più recente che risale al secolo scorso e che si può definire "fisiologico", collegabile soprattutto alla teoria pavloviana dei riflessi condizionati.

Il passaggio, naturalmente, è avvenuto non all'improvviso, ma in stretto collegamento con le nuove scoperte che, a livello fisico e psicologico, contraddistinguono la concezione magnetica e quella psicoanalitica.

Oggi, la definizione più completa dell'ipnosi è, senza dubbio, quella del dott. Granone, per il quale essa consiste in "uno stato di coscienza particolare" che rende possibili modifiche comportamentali e somato-viscerali, conseguenti all'instaurarsi di un monoideismo plastico, auto o etero-indotto, proprio di un rapporto privilegiato che si instaura tra l'operatore e il soggetto.

Si tratta, ovviamente, di una concezione psicofisica non statica, ma prevalentemente dinamica, capace di focalizzare uno "status" in cui le funzioni critico-intellettive si attenuano per il prevalere di quelle rappresentativo-emotive, caratteristiche di dissociazioni psichiche di varie entità successive ad un atto verbale o non verbale.

Nella pratica dell'ipnosi è di primaria importanza la dualità del rapporto operatore-paziente, cioè del professionista che identifica un preciso obiettivo terapeutico e del paziente che risulta coinvolto in una sorta di contratto terapeutico suscettibile di accettazione o di rifiuto. Importante è sempre creare un legame preferenziale e stimolare la fiducia per ottenere una risposta affermativa da parte del paziente.

AMBITO DI APPLICAZIONE DELL'IPNOSI

Il ricorso alla comunicazione ipnotica ha ormai una larga diffusione e, soprattutto in questi ultimi venti anni, gli studi osservazionali hanno avuto un forte incremento e sono sorte diverse scuole che, pur presentando impostazioni differenti, concordano su punti comuni fondamentali attestanti la “bontà” della procedura. Dal 1979 ad oggi, cioè dalla fondazione della prestigiosa scuola del professor Franco Granone- il CIICS di Torino- alle numerose esperienze fatte in importanti centri ospedalieri, la comunicazione ipnotica si è rivelata un valido strumento per risolvere e gestire sempre meglio i problemi propri del paziente, creando con lui una sorta di alleanza terapeutica atta ad aiutarlo ad attivare le sue risorse interiori, spesso non conosciute e ignorate. Già nel 1962 Cesare Musatti sottolineava l'importanza dell'ipnosi, definendola “uno stato particolare della coscienza di enorme interesse per la psicanalisi” e citava il professor Granone che aveva il merito di riproporre all'attenzione degli studiosi i problemi rilevati durante la sua esperienza. Ora, il campo di applicazione dell'ipnosi, un tempo limitato alle neuroscienze, investe vari e numerosi ambiti grazie alle conoscenze e alle tecniche acquisite presso l'ospedale di Vercelli e l'Istituto di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano.

Fin dagli anni '50 la procedura è stata utilizzata con successo in diverse branche chirurgiche e oggi più che mai si presenta come una metodica ampiamente confermata come valida sia nella sedazione che nell'analgesia. In particolare, ho potuto constatare che risulta sempre molto utile con i pazienti ad ampia componente ansiogena e anche e soprattutto in coloro che hanno avuto una difficile esperienza pregressa. Naturalmente, volendo limitare le mie osservazioni all'esperienza in cardiologia interventistica, sia in emodinamica che in elettrofisiologia, la comunicazione ipnotica è sì sempre complementare all'anestesia locale, ma la sua efficacia è di gran lunga evidente nella riduzione della durata degli interventi e nel controllo del dolore. Pur riconoscendo che l'ipnotizzabilità richiede potenza di immaginazione e ricchezza di vita emotiva, ho più di una volta dovuto constatare una maggior difficoltà di applicazione con i pazienti che manifestano una personalità più “fredda”, caratterizzata da una più forte razionalità, una critica più severa e ad un più vigile controllo di sé stessi.

Quando si deve ricorrere a coronarografia, angioplastiche e cateterismi cardiaci, poiché si richiede che la persona sia immobile e il tempo per l'induzione spesso si riduce a quello di preparazione del campo sterile, mi preme sottolineare l'importanza della focalizzazione interna basata, nella fase iniziale sul respiro per passare solo in un secondo momento a metafore, simboli e storie che costituiscono un campo immaginativo congeniale al vissuto del soggetto.

Quando si deve ricorrere, in ambito elettrofisiologico, all'impiantistica, alle ablazioni e agli eco-TEE, ciò che più conta non è solo l'immobilità, ma la stabilità e la durata dello stato ipnotico.

A questo proposito, è opportuno sottolineare l'apporto dato dall'esperienza e dagli studi del direttore del reparto di Cardiologia dell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti, il dottor Marco Scaglione, che è stato il

primo ad utilizzare l'ipnosi come adiuvante alla terapia farmacologica analgesica nella cardiologia interventistica, con notevole riduzione dell'utilizzo di anestetici convenzionali e la permanenza nel paziente di un elevato controllo delle sue sensazioni.

Altrettanto importante è il contributo del dottor Luca Bacino, che ha aperto nuovi orizzonti con un intervento di chiusura del forame ovale pervio (PFO) presso l'ospedale S. Paolo di Savona con il ricorso dell'ipnosi, con la conseguente notevole diminuzione del rischio di embolizzazione sistemica e di ictus ischemico.

L'efficacia dell'ipnosi per il controllo del dolore sia acuto che cronico è ormai provata da anni, cioè è un dato di fatto indiscutibile. La sua utilità è ampiamente dimostrata nella stragrande maggioranza dei disturbi psico-somatici, che hanno una manifestazione corporea e che, nello stesso tempo, sono collegati a emozioni negative e a stati di ansia talora difficilmente controllabili.

VISSUTO EMOTIVO I PAZIENTI

La mia esperienza nel reparto di emodinamica mi porta a limitare la mia indagine su persone che devono affrontare problematiche relative a disturbi cardiaci, come aritmie, scompenzi e infarti.

Questi pazienti presentano, in genere, un vissuto emotivo decisamente vario e complesso e, nello stesso tempo, molto interessante per l'operatore, perché sottintendono problematiche legate alla mente e al corpo, evidenziando una stretta relazione tra la salute e la malattia, da intendersi non solo in senso fisico, ma anche psicologico. La persona sofferente vive una situazione di debolezza e di fragilità che spesso o quasi sempre mette in crisi il rapporto con gli altri e, nello stesso tempo, anche con sé stesso. Talvolta il "male" giunge così improvviso che il pensiero della fine imminente genera un'angoscia fortissima e profonda: in un attimo, che può cambiare totalmente la vita, si prova una sorta di "tradimento", perché il corpo che finora non ha creato problemi e ha funzionato bene all'improvviso perde il vigore che dava sicurezza e spezza l'equilibrio necessario al benessere psico-fisico.

Si tratta di una fase critica in cui la persona avverte che la sua integrità viene meno e incontra resistenze ad accettare il dolore. Si perde la propria identità e si vivono emozioni di tristezza e paura, unitamente alla rielaborazione "forzata" dei significati più profondi relativi alla vita e alla morte. Si pensa al futuro in modo diverso, non più sostenuto dalle precedenti sicurezze, con l'aggravante che il problema viene molte volte somatizzato e percepito più grave di quanto sia in realtà.

Non di rado subentrano episodi di depressione e di ansia che connotano negativamente tutta la realtà, intesa non solo come ambiente di vita, ma anche e soprattutto come rapporto con chi rappresenta il mondo degli affetti e delle amicizie. Risulta difficile ritornare alla "normalità" di prima, perché il timore che l'evento si possa ripetere impedisce di vivere serenamente l'"hic et nunc", il qui e ora come si vorrebbe, perché la frustrazione prevale su tutti i sistemi che caratterizzano ogni individuo, dal fisiologico al cognitivo, dall'affettivo al comportamentale. Il corpo non viene più avvertito come risorsa, ma come limite: attraverso la sua labilità si è portati a riflettere su quanto la persona sia vulnerabile. Il corpo, pertanto, diventa segno evidente della nostra finitudine.

Il vissuto emotivo, tuttavia, nel rapporto ipnotico si modifica a tal punto che può anche diventare una risorsa, se lo stimolo offerto al paziente risulta adeguato e se, nello stesso tempo, egli si dimostra capace di fronteggiarlo adeguatamente. Non si deve dimenticare che le emozioni sono intimamente connesse al nostro essere e sono presenti nelle diverse attività quotidiane.

Già Ippocrate diceva che il grande errore dei medici era quello di separare l'anima dal corpo. Occorre garantire alla persona la possibilità di gestire nel migliore dei modi il suo stato di coscienza opportunamente modificato al fine di giungere a un miglioramento dell'autocontrollo, per un completo benessere fisico e mentale ed una soddisfacente gestione delle emozioni negative senza mai perdere

coscienza. Naturalmente, occorre che ogni proposta sia adeguata al singolo paziente, se si vuole ottenere un risultato apprezzabile: non si deve dimenticare che la persona presenta caratteristiche sue proprie e che gli interventi messi in atto dall'operatore devano essere diversi in rapporto a chi sta trattando.

Nell'utilizzo dell'ipnosi, quindi, entrano in gioco molti fattori, a volte anche complessi, che investono tutti gli aspetti che maggiormente ci distinguono. Non si tratta solo dell'età, ma anche della condizione psicologica e, in senso lato, fisica e mentale di chi ci apprestiamo a trattare e tutto questo, inoltre richiede di essere considerato nel contesto socio-culturale di formazione e di provenienza. In questo contesto si evidenziano reazioni molteplici e, spesso, imprevedibili e impreviste, così che il tipo ansioso e schivo risulta non di rado più collaborativo di quello che, in un primo momento, è apparso spavaldo e sicuro di sé; il recalcitrante iniziale assimila meglio le proposte suggerite o accetta con maggior disinvoltura le diverse fasi della procedura ipnotica. Si tratta, insomma, di una varietà di risposta agli stimoli alla quale ci si deve sempre riferire, al fine di "creare" una situazione di empatia e di fiducia.

La "bravura" dell'operatore sta proprio nella capacità di modificare i suoi interventi caso per caso, facendo in modo che la sua sicurezza generi una buona risposta di accettazione.

USO DELLA LINGUA DIALETTO

In base alla mia esperienza, posso dire che, al di là delle strategie necessarie per raggiungere il fine proposto, per me è sempre stato di grande utilità l'adozione di un linguaggio conforme a quello usato dal paziente.

Naturalmente, nei casi di urgenza, all'inizio non so nulla di chi ho di fronte: bastano, tuttavia, poche domande o poche semplici frasi per delinearne in generale la tipologia. La lingua italiana, a cui si ricorre nella fase iniziale, spesso è stata sostituita da forme dialettali, quando mi sono accorta che era questo il canale comunicativo che dovevo privilegiare per consentire al paziente di sentirsi maggiormente a proprio agio e, in un certo qual senso, autorizzato ad esprimersi nel linguaggio a lui più congeniale.

E' opportuno evitare termini difficili o ricercati e adattarsi al livello espressivo del paziente, se si ha in comune con lui la conoscenza del modo di parlare tipico della nostra zona.

Il dialetto risulta molto utile con le persone che quotidianamente ne fanno uso, forse perché inconsciamente viene messo in relazione con le radici collegate a luoghi precisi e a persone della nostra infanzia. In questo modo, si avverte un senso di appartenenza che diventa atto comunicativo più profondo, capace di risvegliare ricordi, immagini ed emozioni del passato, facilitando la potenza delle suggestioni con il graduale attenuarsi della mente conscia, non disgiunto da uno stato di benessere, che può rendere l'esperienza più autentica e naturale.

Il dialetto, se utilizzato con consapevolezza e adattato al paziente, può veramente essere, a mio avviso, un potente strumento di connessione: le parole a livello neurofisiologico rivelano un effetto decisamente positivo e consentono un'accelerazione del processo ipnotico, con un abbandono più sereno e una ridotta percezione del dolore durante le procedure invasivo-interventistiche.

Più di una volta, ho potuto constatare la potenza espressiva di alcuni termini dialettali, proprio perché capaci di richiamare "vissuti" a cui difficilmente sarei arrivata con una lingua strutturata in modo più formale.

STUDIO CLINICO

Le persone che ho incluso nel progetto che prevede l'uso della comunicazione ipnotica risultano tutti pazienti che, per la tipologia riscontrata al momento del ricovero, ho conosciuto nelle sale di cardiologia interventistica, sia per interventi di emodinamica, sia per altri di elettrofisiologia. Poiché si tratta di procedure che possono essere, a volte, altamente invasive e dolorose, in base alle conoscenze acquisite in via teorica e ai casi in cui si è potuta verificare l'indubbia utilità dell'applicazione dell'iter terapeutico collaudato con successo in anni abbastanza recenti, la mia esperienza mi ha consentito di accedere alla - per noi- nuova metodologia con la convinzione sempre più forte della sua validità, condizione sorretta da un riscontro oggettivo sempre più esteso. D'altra parte sono gli stessi medici a richiedere l'applicazione della comunicazione ipnotica, soprattutto in ambito elettrofisiologico, perché essa si è rivelata un adiuvante efficace nel ricorso alle terapie anestesiolgiche, con una buona riduzione dell'uso di farmaci sedativi e, nello stesso tempo, anche del personale addetto a specifiche consulenze, fino a qualche anno fa indispensabili.

E' ovvio e corretto dal punto di vista deontologico che, in ogni caso, il paziente venga informato in modo chiaro su come si svolgerà l'intera procedura, dando spiegazioni precise là dove si riscontrano dubbi o ansie pienamente giustificate dalla particolare situazione di disagio in cui la persona viene a trovarsi. Talvolta, purtroppo, i ragguagli dati in precedenza da chi deve per ottenere il consenso suscitano perplessità, che è certamente collegata al particolare stato emotivo o, anche, alla difficoltà di comprendere pienamente quanto viene spiegato. Occorre allora che l'ipnologo ritorni su alcuni punti e così, con calma e pazienza, riesce a poco a poco ad ottenere la fiducia del paziente, con indubbia riduzione dell'atteggiamento critico e un significativo aumento dell'affidamento a chi ha di fronte. Proprio per questo il consenso informato chiarisce che: "Durante la procedura potrebbero essere utilizzate tecniche di rilassamento basate sulla comunicazione ipnotica come adiuvante alle tecniche anestesiolgiche."

Ho utilizzato la tecnica di rilassamento basata sulla comunicazione ipnotica su 50 pazienti, in un tempo di circa sei mesi. A questo punto, mi preme sottolineare, prima ancora dell'analisi dettagliata dei singoli casi, l'importanza fondamentale della "comunicazione", che è qualcosa di più della semplice procedura, termine quest'ultimo più tecnico e, in un certo qual senso, più "freddo", mentre l'altro connota un'unione tra due esseri che sono, uno di fronte all'altro, con la loro diversa umanità. Si tratta, insomma, di un rapporto che ha il potere di modificare me e l'altro. Pur rispettando rigorosamente le varie fasi richieste per consentire lo scopo finale dell'ipnosi, la mia esperienza mi ha messa a confronto con persone molto diverse l'una dall'altra, che però hanno avuto tutte il pregio di "arricchirmi" profondamente a livello di sentimenti e di sensibilità, facendomi comprendere che è indispensabile sapersi adeguare alle caratteristiche che, pur diverse, costituiscono ogni essere.

PAZIENTI DELLO STUDIO

In un arco di tempo che va da febbraio a luglio del corrente anno, ho utilizzato la comunicazione ipnotica, appresa lo scorso autunno nel corso aziendale presso l'ospedale S.Croce-Carle di Cuneo e perfezionato quest'anno con quello promosso dal CIICS del dott. Granone a Torino in cinquanta casi.

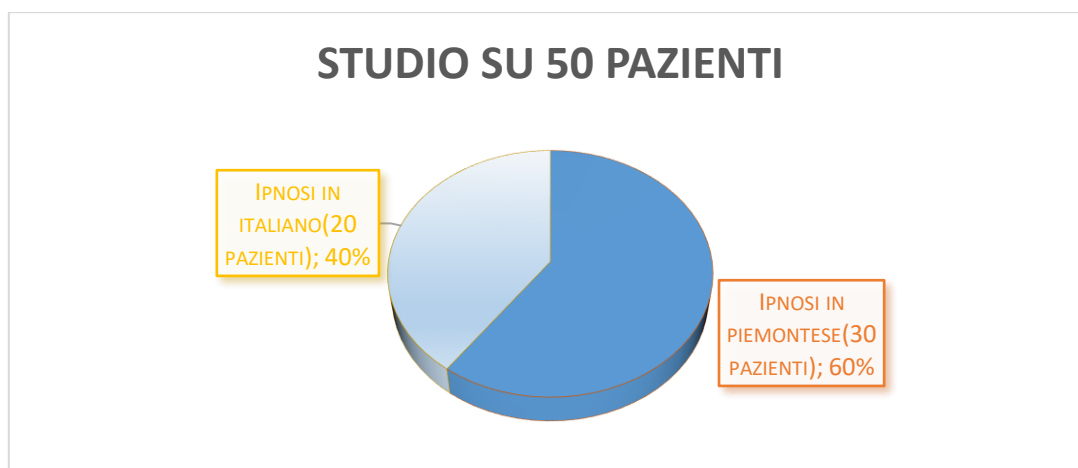
I miei interventi hanno riguardato quattordici ablazioni (comprensivi di sei maschi e otto femmine), venti impianti di pacemaker (di cui quindici maschi e cinque femmine), otto sostituzioni di generatori PM/ICD (sette maschi e una femmina) e altrettanti di coronarografia e angioplastica coronarica (sei maschi e due femmine).

I cinquanta casi in cui ho praticato l'ipnosi mi hanno fatto constatare una differenza non trascurabile o, per meglio dire, piuttosto significativa tra i pazienti per quanto riguarda l'uso della lingua adottata nella comunicazione.

Poiché il mio lavoro si svolge in prevalenza nella sala di elettrofisiologia e in quella di emodinamica, ho potuto rilevare che le quattordici persone soggette ad ablazione e impianti presentano nel primo caso un'età media più giovane (che si aggira intorno ai sessantacinque anni), mentre nel secondo i ventotto pazienti risultano mediamente più anziani, cioè sui settantanove anni. Per quanto riguarda il gruppo degli otto sottoposti a coronarografia, si nota una rilevante differenza, perché si tratta di gente più giovane: dall'analisi dei dati a mia disposizione, l'età media sfiora il valore di cinquantasette anni.

Ciò che mi preme sottolineare, tuttavia, è la differenza di approccio con i due gruppi costitutivi delle cinquanta persone con cui ho lavorato: intendo, a questo punto, parlare del canale comunicativo e del mezzo linguistico usato. A seconda dell'età e del grado di istruzione del paziente, si è registrato un divario che, a poco a poco, mi ha costretta a modificare la modalità della lingua per riuscire più facilmente a creare un rapporto maggiormente empatico con chi, di volta in volta, dovevo agire.

Sono così giunta alla divisione del gruppo in due, per così dire sottogruppi: quello che usava esclusivamente l'italiano e l'altro che ricorreva volentieri a forma dialettali.



Questo fatto mi ha spinto anche a cercare il perché di questa disomogeneità e ad allargare il quadro del paziente con l'inserimento in esso non solo del fattore "età", ma anche di quello socioculturale dell'ambiente di provenienza. I più anziani, in genere, si sono sentiti maggiormente a loro agio quando hanno avvertito che pure io avevo una certa dimestichezza con il "piemontese" e questo ha, senza dubbio, facilitato il rapporto, diminuendo in tal modo l'atteggiamento critico a favore dell'aumento della fiducia. Va sottolineato anche il fatto che spesso provengono da piccoli paesi o borgate di montagna, in cui a mala pena hanno potuto frequentare la scuola elementare e media. Non va neppure dimenticato che un tempo le comunicazioni erano scarse e difficili e non rari erano pure i collegamenti con il fondovalle. Alcuni, trovatisi all'inizio un po' spaesati in ospedale, hanno ricordato con commozione e piacere la loro scuola di un tempo, quando l'italiano era per loro una vera e propria lingua straniera. Ricordo volentieri gli esempi citati da tre persone che erano nella stessa camera: uno ha iniziato a parlare della difficoltà nei primi mesi di scuola, in cui la "m" per lui era una "m" non di mela ma di "puma" e la "f" del fumo della stufa era "f" di "tuba". Mentre rievocava in un rotondo perfetto dialetto la sua prima formazione scolastica, gli altri due sorridevano complici e, dopo poco, anche loro hanno dato il via ai ricordi.

L'italiano da loro appreso ed usato era sicuramente un po' scricchiolante, ma l'inserimento in esso di termini ed espressioni idiomatiche ha reso il nostro rapporto comunicativo più ricco e, umanamente, più caldo.

Non intendo e non voglio assolutamente generalizzare, ma la loro semplicità e naturalezza hanno favorito un buon risultato ipnotico, grazie anche all'adozione da parte mia del dialetto comunemente usato.

. L'importanza dell'ipnosi si sta affermando sempre più sia per l'indiscutibile successo riscontrato in quella che si può definire "fase sperimentale" (risalente oramai a qualche anno fa), sia perché si è rivelata un adiuvante efficace in cardiologia interventistica, garantendo un rilassamento del paziente successivamente sottoposto a tecniche anestesologiche.

MATERIALI E METODI

Per ogni caso sono state utilizzate delle apposite schede per una raccolta dati precisa che comprende tutto l'iter dell'intervento, con l'indicazione della data, dell'ora d'inizio della procedura e della fine.

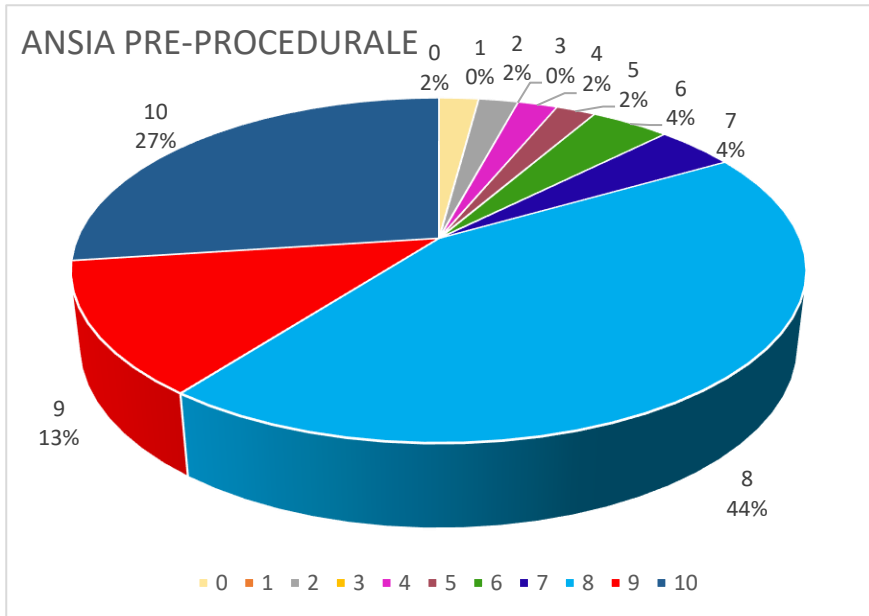
Successivamente si registrano i parametri basali (PA-FC-SpO2) e quelli post-intervento. Quando si ricorre all'impianto di un dispositivo sottocutaneo (PM-ICD-LOOP) è necessario indicare se è stata effettuata la profilassi antibiotica e, a conclusione del protocollo, se si è reso necessario l'uso di antidolorifici in relazione ai vari tipi di intervento (dal fentanyl al paracetamolo al midazolam, dal pantoprazolo al limican). Interessante e nello stesso tempo molto utile è la raccolta delle informazioni fornite dal paziente nella fase pre-procedurale, con la segnalazione dello stato d'ansia che sta vivendo in quel momento per lui così importante (uso della NRS, su cui a mio avviso nutro qualche perplessità). Allo stesso modo, si indicano i livelli concernenti ansia, paura e preoccupazione nel post-intervento, sempre con una scala che va da 0 a 10, e quando si richiede il punteggio sul dolore, che oscilla dalla sua assenza di dolore alla sua massima intensità e in cui emerge la rilevanza del supporto comunicativo.

Il mio obiettivo è sempre stato quello di garantire al paziente un'esperienza diversa, per lui decisamente nuova, e, nello stesso tempo, con assenza di dolore o, per lo meno, con un dolore controllato e controllabile. Per questo, nella procedura ipnotica ho privilegiato l'ascolto dell'altro che, in ogni caso, ha consentito una positiva modalità relazionale, gratificante non solo per il paziente, ma anche per me stessa. Tutto questo, naturalmente, ha richiesto l'adozione di un rapporto interpersonale rispettoso delle idee e delle reazioni emotive che, di volta in volta, riuscivo a cogliere, cercando di attenuare gli eventuali momenti di disagio o di insicurezza che avrebbero rischiato di compromettere la fiducia dell'interessato e la riuscita dell'intervento. E' ovvio che, per il conseguimento di risultati soddisfacenti, sono stati fondamentali l'osservazione costante e la risposta attenta ai segnali rilevati, che hanno così confermato l'osservanza di quanto chiarito in precedenza, al momento di quello che si può definire "contratto" tra operatore e paziente, cioè tra la proposta del primo e il consenso del secondo.

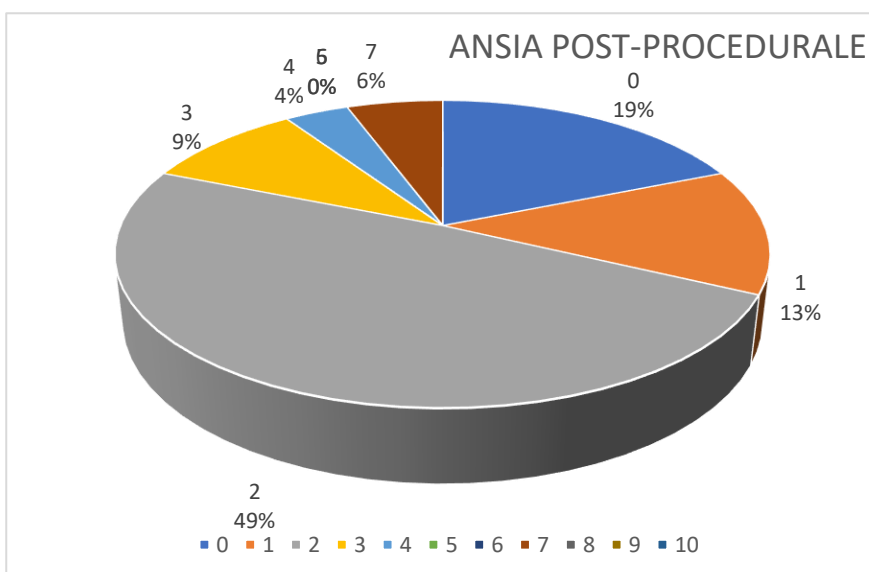
Pur adottando tutti gli strumenti necessari al recupero e al potenziamento di uno stato psicofisico positivo, ho potuto osservare che la rappresentazione mentale è diversa per ogni individuo e pertanto ho dovuto adeguare la mia comunicazione alla capacità del soggetto di accogliere le suggestioni. Naturalmente, con l'esperienza ho imparato a riconoscere con maggior sicurezza i canali percettivi che prevalgono nell'individuo, modificando la mia modalità attentiva in rapporto ai segni caratteristici dell'imminente o dell'avvenuta induzione ipnotica.

RISULTATI

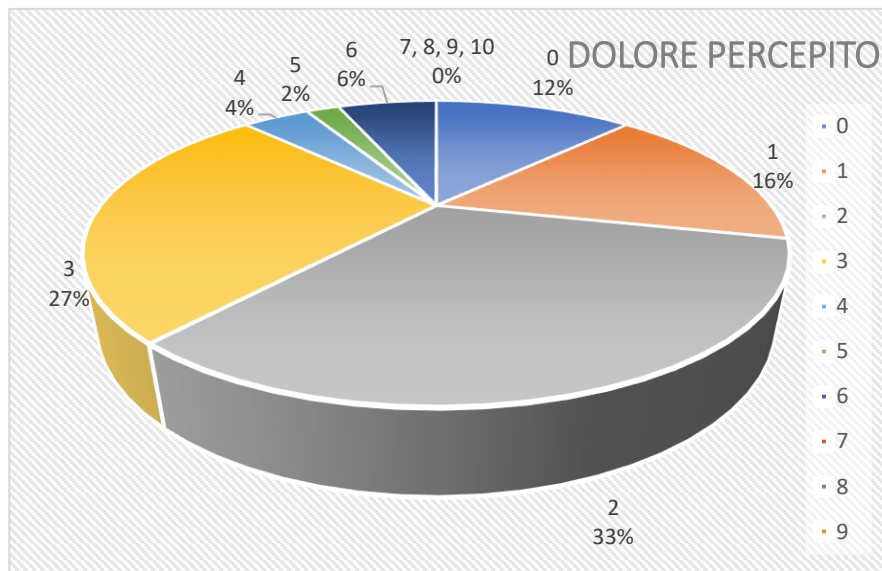
Per quanto riguarda lo stato di ansia che ho potuto rilevare dalle schede di valutazione sottoposte all'attenzione della procedura ablativa dei pazienti, solo in un caso la scala dei valori ha segnalato "zero", in un altro "due", e dopo un "quattro" e un "cinque", ho registrato due "sette", "sei" "otto" e due "dieci".



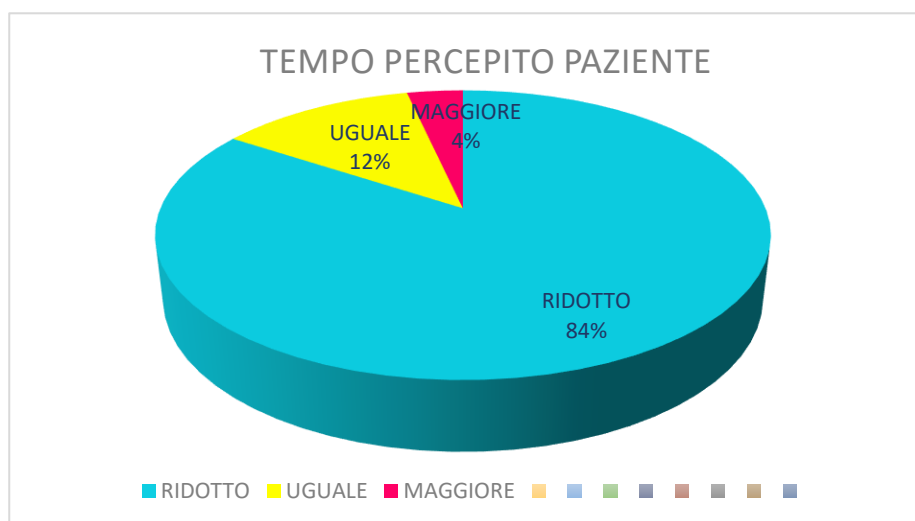
Ben diverse e più omogenee sono le risposte inerenti alla post-procedura, risposte che vanno da "zero" (sei pazienti) a "uno" (tre casi) e a "due" (cinque pazienti).

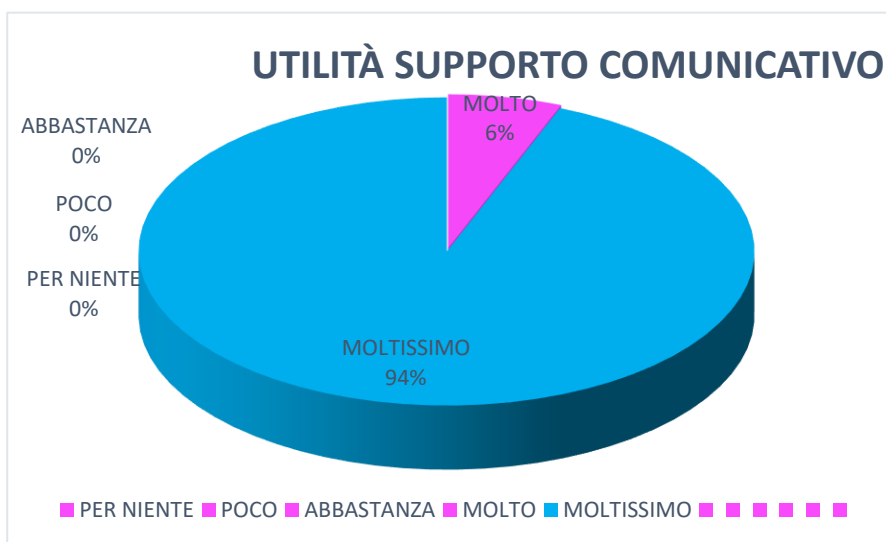


Alla richiesta di dare un punteggio sul dolore provato nel corso dell'intervento, ho registrato un solo "zero", tre "due", cinque "tre", un "quattro", due "cinque" e due "sei": i dati sottolineano in modo evidente l'efficacia dell'ipnosi, perché i valori si attestano in generale sul "moltissimo".



Soddisfacenti sono state le risposte sulla percezione soggettiva della durata: tranne un caso che ha segnalato un aumento del tempo, tutti gli altri hanno espresso il valore di "ridotto" (ad esclusione di tre, per i quali ho annotato quello di "uguale").





Nel corso dell'intervento, il farmaco più utilizzato, su precisa prescrizione dell'elettrofisiologo, è stato il fentanyl, con l'aggiunta di pantoprazolo, limican, paracetamolo e, quando occorreva cardiovertire midazolam.

Quando si è trattato di ricorrere ad interventi di impiantistica e di sostituzioni, il mio supporto comunicativo con i pazienti ha rilevato uno stato emotivo più marcato a confronto con quelli dell'ablazione. Solo due casi hanno formulato il valore "sei", uno quello di "sette" e per tutti gli altri si è registrata un'oscillazione da "otto" (undici) a "nove" (cinque) e "dieci" (nove). Dopo la procedura interventistica, le risposte riguardanti l'ansia provata durante la fase operatoria si sono attestate tutte su valori molto bassi, con due segnalazioni di "zero", tre di "uno", sedici di "due", cinque di "tre" e due di "quattro".

Per quanto riguarda il dolore avvertito, fatta eccezione per un "sei" e un "quattro", tutti gli altri pazienti si collocano in un range che va da "uno" (cinque) a "due" (tredici) a "tre" (otto). I risultati sono, quindi, decisamente buoni, così come è stato unanime il giudizio che ha confermato la validità della tecnica ipnotica, come ha ben connotato il generale "moltissimo".

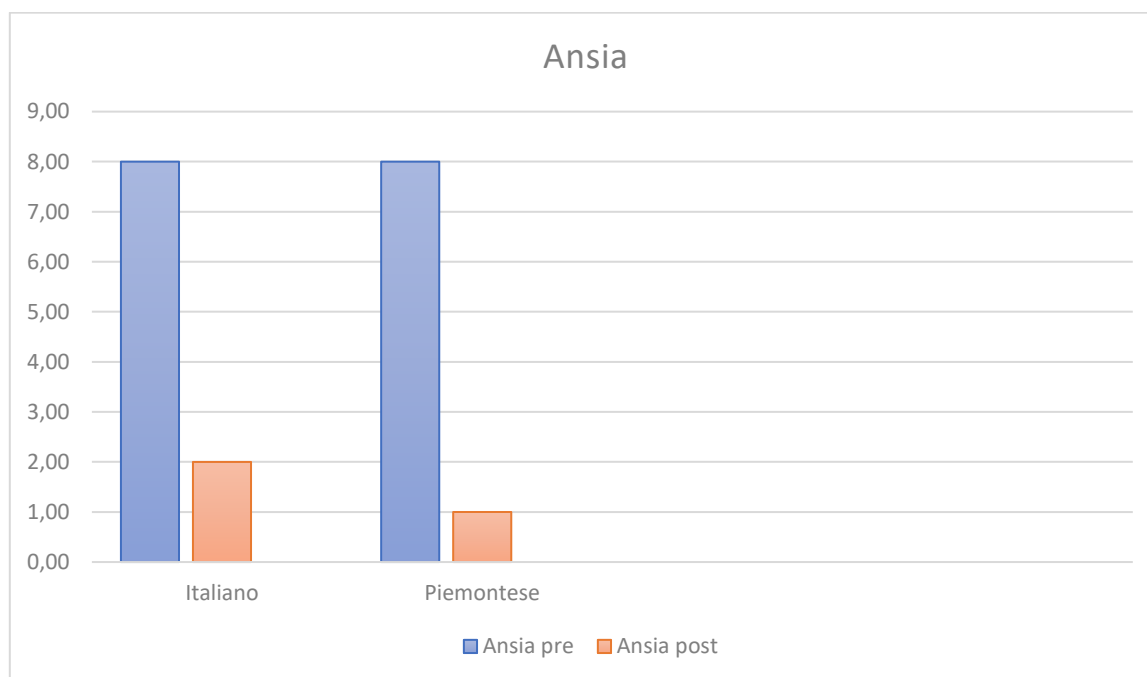
Passando, infine alla durata percepita, si fa presente che, di contro a tre "uguali" e a un tempo rilevato come maggiore, tutti gli altri interessati hanno riscontrato una riduzione.

Fin dall'inizio della mia esperienza in questo settore, sono rimasta sempre molto colpita dalle risposte date, su mia richiesta, sulla durata dell'intervento percepita dal paziente: procedure che hanno richiesto anche più ore, come ablazioni o impianti di vario genere, sono state "vissute" come eseguite in un tempo di gran lunga minore.

ANSIA

Le medie dei punteggi di ansia pre-procedura è stata complessivamente di 8,1. I pazienti del gruppo “italiano” avevano dato in media un punteggio di ansia pre-procedura di 8 ed i pazienti del gruppo “piemontese” un valore medio di 8,2.

Al termine della procedura il punteggio di ansia medio nel gruppo di pazienti “italiano” è stato 2,3 contro un 1,2 del gruppo “piemontese”.



La riduzione del livello di ansia nel mio studio è quindi stata pari al 71% nei pazienti in cui la comunicazione avveniva in italiano e dell'85% in quelli in cui questa era svolta in piemontese.

Nella pre-procedura l'ansia era di certo molto alta, ma avere di fronte una persona linguisticamente simile ha consentito a loro di entrare più velocemente in ipnosi e con maggiore abbandono, con una indubbia diminuzione dei meccanismi di difesa.

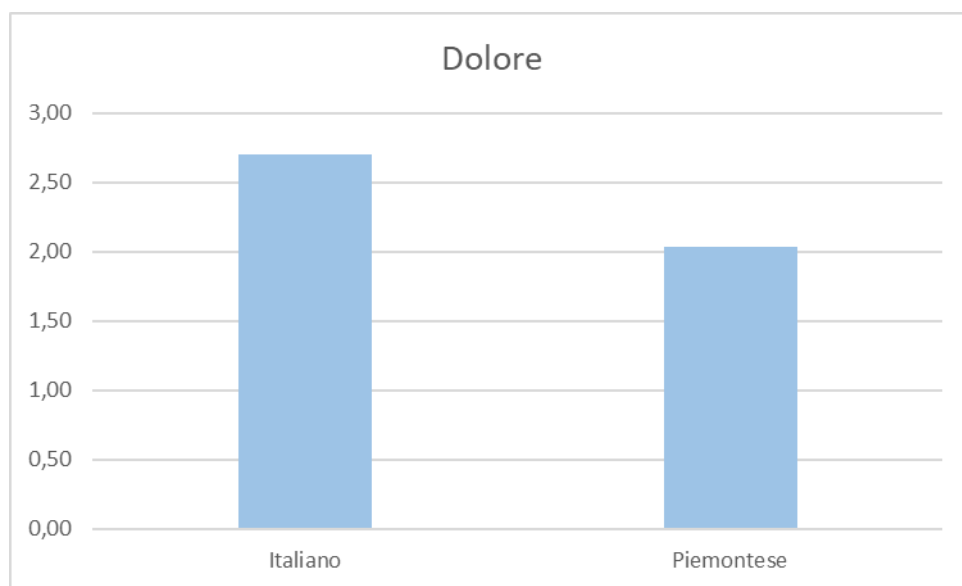
E' soprattutto dall'analisi dei risultati raccolti sull'ansia post-procedurale che ho potuto constatare valori significativi sull'attenuazione dello stato di timore provato nel corso dell'intervento nei casi in cui ho fatto ricorso all'uso del dialetto: in tutti e trenta pazienti, infatti non si è mai superata la soglia di “due”. Se la fase iniziale è stata, nel gruppo dei “venti”, caratterizzata da apprensione e affanno che non si differenziano granchè da quello dei “trenta”, le risposte date a conclusione degli interventi accompagnati dalla comunicazione ipnotica confermano una discrepanza abbastanza rilevante se confrontata con quelli dei “trenta” (con valori, in genere, di “quattro”). Ho cercato di dare una giustificazione al divario rilevato e penso di averla trovata nelle caratteristiche proprie del gruppo: gli elementi presentavano un'età più giovane, avevano un grado di acculturazione più alto, erano in genere più “diffidenti” verso la proposta

della nuova tecnica (pur accettata nella fase di pre-talk) e dimostravano un atteggiamento razionale più forte che ha in alcuni casi rallentato, anche se non ostacolato, l'induzione.

DOLORE

Il valore medio di punteggio di dolore al termine delle procedure è risultato 2,3.

Analizzando separatamente i due gruppi di pazienti, quelli trattati con l'italiano hanno riportato un valore medio di dolore percepito pari a 2,7 mentre per i pazienti trattati in piemontese il valore medio è risultato pari a 2.



Anche la percezione del dolore è stata diversa: più bassa nel gruppo trattato con il piemontese e marcatamente più alta nell'altro (da un massimo di "tre" al "sei"). Le risposte sull'efficacia sono state tutte positive (solo tre hanno espresso un "molto", mentre gli altri quarantasette con convinzione hanno dato il giudizio di "moltissimo"). Non si sono rilevate divergenze per quanto concerne la percezione della durata degli interventi, che per la quasi totalità sono stati effettuati in un tempo minore di quello effettivamente impiegato.

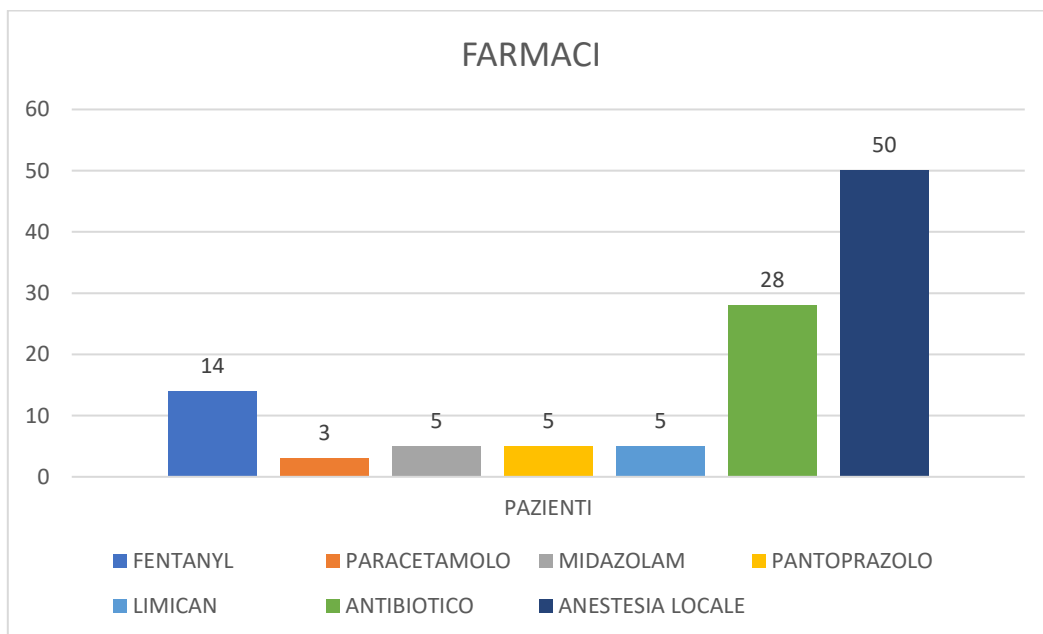
Molto interessante è stata la fase dell'"esduzione", in cui nei pazienti ho avvertito stupore e meraviglia per le sensazioni provate durante l'ipnosi e per il ritorno nello stato di coscienza ordinario. Le immagini da me suggerite rimarranno a lungo, penso, nella loro mente.

Nel corso degli interventi di coronarografia e angioplastica, la procedura ha fatto registrare uno stato di ansia decisamente superiore a quello registrato negli ambiti prima analizzati. Il fatto è, in parte, giustificabile dall'urgenza della situazione: negli otto pazienti che provenivano tutti dal DEA si è potuto avvertire una marcata paura di morire, in quanto infartuati e costretti da un dolore acutissimo a dipendere in tutto e per tutto dagli altri, cioè da medici e infermieri. In ben tre casi, i valori segnalati hanno raggiunto

il massimo livello, seguiti da un solo “nove” e da quattro “otto”. Diversi sono stati, invece, quelli che ho potuto desumere dalle risposte date in rapporto alla mia richiesta di valutare le preoccupazioni provate in corso di procedura (due “zeri”, cinque “due” e un “uno”). Anche la soglia del dolore si è notevolmente abbassata (tre “uno” e cinque “zeri”), perché l’intervento operatorio rapido e immediato ha determinato in breve tempo la risoluzione della sofferenza.

Tutti hanno confermato la massima efficacia della comunicazione ipnotica e una riduzione della durata che in questi casi è sempre molto variabile in base alla loro gravità.

A questo punto, mi preme far presente che alla totalità dei pazienti è stata somministrata l’anestesia locale, con lidocaina, carbosen e sodio bicarbonato negli interventi di impiantistica e di sostituzioni, mentre per gli altri si è ricorso solo all’uso della lidocaina. L’antibiotico è stato praticato per via endovenosa solo per i ventotto casi precedentemente analizzati.



CASO CLINICO N°1

G.R.V

Paziente: maschio (di 50 anni)

Professione: autotrasportatore.

Anamnesi: nessun precedente cardiologico. In DEA si riscontra blocco completo di branca sx. con SAI fascicolare anteriore e posteriore completo.

Procedura di intervento: accolgo il paziente fuori dalla sala operatoria, verificandone le generalità e la presenza del consenso informato con la corrispondente firma. Nel contempo, mi presento e cerco di capire se il paziente è stato edotto della procedura a cui sarà sottoposto, fase di competenza dell'UTIC/cardiologia. Dalla sua risposta deduco che la persona che ho di fronte ammette che le sono state date informazioni, ma il suo stato di agitazione gliene ha impedito la piena comprensione. Comprendendo il suo stato emotivo e con parole le più semplici possibili, elenco con calma la successione dei passaggi previsti per l'impianto di PM. A questo punto propongo un metodo comunicativo che potrà essere molto utile ad aiutarlo a superare l'ansia e il timore che sta vivendo: si tratta dell'ipnosi, che il paziente accetta senza difficoltà. Devo ammettere che il rapporto risulta facilitato anche dal fatto che egli usa più di una volta espressioni in dialetto frammiste a quelle in italiano e questo mi convince dell'opportunità che anche io ricorra a questo doppio registro. Con naturalezza si passa ad un "tu" più colloquiale e, a poco a poco, si giunge così a quello che viene definito "yes-set" (l'assenso al "tu", la firma al consenso informato e l'avvenuta esecuzione della tricotomia). Dalla pre-sala lo accompagno nella sala operatoria, dove lo faccio accomodare sul letto in posizione supina, consigliando di appoggiarvi il corpo da testa a piedi, perché trovi la posizione migliore e più comoda per lui. Per facilitare l'induzione all'ipnosi ricorro alla tecnica di "fissazione interna", che prevede una marcata concentrazione sul respiro. Lo invito a concentrare la sua attenzione all'aria che entra e che esce, invito che si ripete per più volte perché avverto che è ancora troppo distratto dai suoni e dai movimenti di chi sta operando nella sala e noto che persiste una ancora troppo evidente difficoltà a chiudere gli occhi. Insisto nel richiamare la sua attenzione, perché si concentri esclusivamente sulla mia voce, in modo da eliminare ogni rumore esterno disturbante. Suggesto di respirare in modo lento, regolare e tranquillo, ricordandogli che, quando l'aria entra è come se un fluido magico scendesse dentro di lui dalla testa lungo il corpo: a questo punto gli dico di immaginare che un flusso di energia positiva comincia ad agire dentro di lui, apportando un cambiamento sempre più efficace se in stretto contatto con la sua collaborazione e con la sua capacità di controllo del respiro. Gli occhi del paziente a poco a poco si chiudono, mentre gli ricordo che proprio con l'espiazione è riuscito a fare uscire le tensioni, le preoccupazioni, le paure e i timori che ho potuto rilevare all'inizio. Continuo ad incoraggiarlo e, ogni volta che deglutisce, "ricalco" la saliva che scende in gola e riscontro il "flutter oculare", che è uno dei principali indicatori dello stato ipnotico. Ora la procedura può proseguire

con la disinfezione dell'area dove l'elettrofisiologo interverrà. Al paziente suggerisco di immaginare che il freddo che sentirà nella zona sotto-claveare non sarà diverso da quello che si prova appoggiando un cubetto di ghiaccio sulla nuda pelle. Risveglio in lui il ricordo di quando era bambino e amava giocare con la neve, che gli intorpidiva le mani e quasi le anestetizzava, anche se la sensazione provata risultava dolorosa e piacevole nello stesso tempo. Gli chiedo, pertanto, di concentrarsi su questa percezione passata e di riportarla al presente, trasferendola proprio nel punto dove l'uso del disinfettante aumenterà l'insensibilità.

Mi rendo conto dello stato di modifica del paziente: il suo corpo è totalmente "abbandonato", tant'è che, quando provo ad alzare un braccio, esso ricade pesantemente sul lettino e la mia richiesta di aprire gli occhi rimane inascoltata.

Mentre il chirurgo si appresta a praticare l'anestesia locale, poiché dal colloquio iniziale sono venuta a conoscenza del "vissuto" lavorativo del paziente e dei suoi frequenti viaggi tra Italia e Portogallo, decido di "sfruttare" i ricordi di una mia vacanza proprio nella regione a lui ben nota, focalizzando il suo ascolto su immagini, colori, profumi ed emozioni presenti nella sua mente e piacevoli sempre, come risulta dal cenno di testa a conferma della positività di quanto gli è stato suggerito.

L'intervento per l'impianto dura circa 2 ore e mezzo: il paziente non fa alcun movimento e non si è reso necessario l'utilizzo di farmaci. Prima di procedere all'esduzione, gli chiedo di unire indice e pollice della mano destra per ampliare ancora una volta di più la capacità di concentrazione e di rilassamento, regalando un "ancoraggio" che aumenterà la sua autonomia con un forte stimolo dell'autostima. Nella fase del riorientamento, lo invito a fare un respiro profondo e a riaprire gli occhi, perché si senta perfettamente presente e ben orientato nel "qui" e "ora".

RACCONTO

La procedura si conclude in modo sereno e tranquillo: lo sguardo del paziente rivela uno stato d'animo collegato, per così dire, quasi a una sorta di incredulità e, direi, anche di sincera commozione quando si è reso conto che "tutto" è finito. In lui non avverto né ansia né tensione: se nella fase pre-procedurale ha dato un punteggio 9 giustificandolo di sua spontanea volontà con il particolare -e ben comprensibile- stato di agitazione, ora, alla richiesta di assegnare un valore alla preoccupazione e al dolore provato durante l'intervento, il signor V. con sicurezza risponde di attestarsi, in entrambi i casi, al livello 2, specificando ulteriormente di aver avvertito più che altro un "fastidio lontano", espressione che, a mio giudizio, comprende una varietà di sensazioni difficilmente spiegabili (i termini usati dal paziente sono stati "rilassamento" e un "quasi addormentamento"). Quanto da me proposto nella fase di guida (paesaggio, immagini, colori, suoni e profumi) è stato ben recepito e lo ha aiutato ad immergersi in un mondo da lui ben conosciuto per alcuni aspetti, ma del tutto ignoto per altri e, così, i percorsi da lui più volte fatti si sono arricchiti con l'immagine delle palme svettanti, del colore della sabbia, del rumore delle

onde che lo hanno accompagnato dandogli serenità, sempre più evidente a mano a mano che il contatto con il mondo reale veniva meno e lasciava il posto ad un piacevole “abbandono”. Significativo è anche il fatto che l’ancoraggio dato al paziente due giorni prima in vista del successivo intervento (poi rinviato a causa di difficoltà anatomiche che hanno costretto il chirurgo a scegliere una sede alternativa), per sua stessa ammissione è stato da lui utilizzato la sera precedente con un risultato decisamente buono.

Il paziente appare soddisfatto e riconosce che il supporto comunicativo, nella sua esperienza prima e durante la procedura, è stato “utilissimo”.

Un fatto molto importante e significativo è che, quando gli si chiede di quantificare la durata dell’intervento, egli risponde che il tempo “è volato” e ritiene che tutto sia avvenuto nell’arco di mezz’ora, mentre in realtà sono occorse due ore e mezzo.

Il caso esaminato per me è stato decisamente gratificante, non solo per il successo dell’intervento, ma anche e soprattutto perché il paziente si è dimostrato molto collaborativo, rivelando una buona disponibilità ad accostarsi alla tecnica ipnotica.

CASO CLINICO N°2

B.E.

Paziente: femmina (di 76 anni)

Professione: pensionata (ex-caposala)

Anamnesi: diabete tipo II, ipertensione, FA di recente insorgenza (già trattata con CVE inefficace)

La paziente viene ricoverata per eseguire intervento di ablazione previa esecuzione di ECO-TE in regime di ricovero programmato.

Data la difficoltà, da lei manifestata il giorno prima, di non riuscire a introdurre nulla in bocca e di avere difficoltà anche dal dentista, ho iniziato l'induzione, dopo averla invitata a mettersi sul fianco sinistro in posizione fetale, in modo da sentirsi comodamente adagiata con un completo abbandono del corpo. Con l'assenso dato in precedenza alla tecnica ipnotica e convinta dall'aiuto che questa le avrebbe potuto assicurare, ho iniziato l'induzione utilizzando la fissazione interna per ottenere un buon controllo del respiro e un soddisfacente grado di concentrazione. Quando la paziente ha chiuso gli occhi e ha manifestato respirazione lenta e regolare, l'ho invitata a focalizzare la sua attenzione sulla gola immaginando di gustare un gelato molto freddo e di ingerirlo proprio nel punto della deglutizione per ottenere una sorta di intorpidimento e la facilitazione del passaggio della sonda ecografica atta ad escludere la presenza di trombi all'interno del cuore. La signora si è dimostrata collaborativa e, conclusa l'ECO-TE, ha pure confessato di essere stupita per essere riuscita senza alcuna difficoltà a superare l'esame.

Il giorno successivo ho accompagnato la paziente dalla sua camera alla sala di elettrofisiologia: anche se ha trascorso la notte tranquilla, in quel momento afferma di essere molto agitata, ma anche di avere la massima fiducia nel nostro operato.

Dopo che la signora ha risposto "sì" alle mie domande previste dal protocollo e si è messa in posizione supina, le raccomando di prestare attenzione a tutte le parti del corpo in modo da sentirle come se ci fosse una forza attrattiva verso il basso. Riportata la sua concentrazione sul respiro, immaginandolo come un flusso colorato e caldo capace di rilassare ogni tessuto e di eliminare, durante le espirazioni, ogni tensione e preoccupazione, procedo alla disinfezione della cute, cercando di incrementare le sensazioni di freddo da essa prodotte con la proposta di vivere la sensazione causata dal contatto di neve o ghiaccio e rimaste in noi come un marchio che ci ha segnati fin dall'infanzia. Non è stato necessario ricalcare più di tanto la paziente, perché è entrata in uno stato profondo di rilassamento.

Le vengono reperiti i tre accessi, quello radiale e i due femorali: non si registrano reazioni negative o segnali di dolore sul volto, la postura si mantiene immobile e il respiro risulta lento e leggero.

Ad un certo punto, dopo la mappatura delle prime due vene anteriori, mi accorgo che la signora apre gli occhi, ma, quando le domando se prova dolore, mi risponde negativamente e si limita a dirmi di “sentire qualcosa”, escludendo in modo deciso di “avere male”. La invito, pertanto, a riportarsi nel “luogo sicuro” da lei immaginato, dove potrà continuare a rivivere le molteplici sensazioni positive. Nella prosecuzione dello stato ipnotico rilevo l’appianamento dei muscoli facciali, il flutter palpebrale e una respirazione ulteriormente rallentata.

Per tutto il tempo dell’ablazione la paziente rimane immobile e niente riesce a disturbare la sua tranquillità e, anche durante le cauterizzazioni più dolorose, il suo volto resta disteso e non si manifestano modificazioni significative a livello di mimica.

Nella fase di esduzione tutto procede in modo regolare: la signora obbedisce prontamente al mio invito di eseguire tre respirazioni profonde e di aprire gli occhi, dicendole che sarà asintomatica e ben orientata nel “qui” e “ora”.

RACCONTO

Al termine della procedura, durante il colloquio, mi riferisce che talvolta ha avvertito un po' di fastidio, ma mantenendo pollice ed indice uniti, secondo l’ancoraggio da me già suggerito il giorno prima, è riuscita con facilità a eliminarlo.

Se l’ansia prima dell’intervento è stata molto alta, attestandosi a un valore di “nove”, durante la procedura operatoria le mie parole le sono state di conforto, garantendole, a suo dire, un rilassamento che è stato per lei di grande aiuto e che le ha pure positivamente alterato la percezione del tempo (un’ora e mezzo di contro a tre ore effettive).

La reazione a questa esperienza per lei assolutamente nuova è stata accompagnata non solo da stupore, ma anche dalla constatazione ammirata dei progressi dell’infermieristica e della medicina. Il che, detto da una ex-caposala, è un’affermazione che può anche avere un certo rilievo.

CASO CLINICO N°3

A.P.M.

Paziente: femmina (di 65 anni)

Professione: ingegnere in pensione.

Anamnesi: nessun precedente cardiologico fino a un mese fa (posizionamento loop-recorder per sensazioni di svenimento); contattata dal sistema di monitoraggio remoto per pausa di venti secondi: all'ecg si riscontra blocco atrio-ventricolare completo.

Previo colloquio con la paziente in cui le propongo la metodologia ipnotica come valido aiuto durante la procedura dell'intervento, mi riesce facile entrare in sintonia senza alcuna difficoltà fin dalla fase del pre-talk: la signora appare molto recettiva, vigile e attenta e, a sua volta mi informa di amare lo sport e, in particolare lo sci, che le ha consentito di partecipare a gare a livello olimpico.

Il dialogo scorre fluido e, nello stesso tempo, piacevole, perché entrambe siamo interessate ad ascoltare le parole dell'altro.

La accompagno in sala, dopo averle spiegato nei minimi dettagli l'iter dell'intervento: più volte mi ha interrotta richiedendomi ulteriori chiarimenti utili ad attenuare il suo stato emotivo. Sistemata sul lettino operatorio nella posizione per lei più comoda, inizio l'induzione: le chiedo di chiudere gli occhi e di focalizzare la sua attenzione sul respiro e, contemporaneamente, sulle parole che le rivolgo, rimuovendo ogni elemento esterno di disturbo. Il viso della paziente appare rilassato e il respiro lento e superficiale: il corpo, rivela un buon rilassamento e si abbandona senza alcuna resistenza. Quando avverto che la deglutizione si fa significativa, ricorro prontamente al "ricalco", mentre compare il cosiddetto "flutter oculare": è il momento della "sfida" in cui invito la signora a provare ad aprire gli occhi e noto che c'è solo un minimo tentativo di riapertura.

Per aumentare la sua insensibilità, che dovrà essere massima al momento dell'intervento vero e proprio, porto la sua attenzione sul muscolo pettorale di sinistra, chiedendole di immaginare di demarcare l'intera area con un pennarello colorato che permetterà di renderla per così dire anestetizzata, con la sensazione di intorpidimento simile a quella del contatto con la neve.

Verifico che il risultato da me voluto è stato raggiunto, pizzicando la sede interessata. Ratifico che la paziente è stata molto brava a dare la giusta energia e la sua sensibilità si ridurrà ancora di più con il passaggio del disinfettante nell'area sotto-claveare e con la successiva apertura del campo sterile.

Mentre viene effettuata l'anestesia locale con lidocaina e carbosen, la signora non avverte la puntura e non percepisce alcuna sensazione di bruciore, riuscendo nel corso di tutta l'operazione a mantenere un respiro lento, costante e ben controllato.

A questo punto, provo ad alzare la sua mano destra, che ricade abbandonata sul lettino, e inizio l'ancoraggio suggerendole di unire l'indice e il pollice della stessa mano in modo tale da aumentare ancora di più il suo stato di benessere psicofisico: nello stesso tempo le spiego che anche in seguito, da sola, potrà "rientrare" facilmente in questa condizione piacevole ogni volta che lo vorrà. Le chiedo ancora di focalizzare l'attenzione sulla zona interessata e di riprenderne padronanza, mantenendo la concentrazione su di essa con il ritorno alle immagini precedentemente suggerite per facilitare le suggestioni della vasocostrizione e il controllo del dolore, con una buona auspicabile riduzione del sanguinamento e dell'algia post-operatoria.

Conclusa la sutura, faccio rientrare la paziente nel "qui e ora", dicendole di fare tre respiri profondi: al terzo respiro dovrà aprire gli occhi, cercando di portare con sé tutti i benefici provati durante un'esperienza per lei decisamente nuova.

RACCONTO

Riaperti gli occhi, come se si fosse risvegliata da un sonno profondo, con stupore mi domanda se "è tutto finito" e, alla mia risposta affermativa, aggiunge che non si è accorta "quasi" di nulla. Desidero avere ulteriori delucidazioni sul "quasi" e la paziente precisa che, durante la procedura, ha vissuto, per così dire, in un'altra realtà, ritornando sulle piste da sci, alle gare fatte in gioventù e alla bellezza del sentirsi libera sui campi innevati.

Significativa è stata la percezione del tempo che ha fatto registrare una forte riduzione: le due ore e mezzo reali sono state contratte da lei in un arco di appena mezz'ora.

Anche l'ansia, da un valore di "nove" nella fase iniziale, è passata a "uno" in quella successiva, così come il dolore avvertito si è collocato al numero "uno" della scala.

Il colloquio si è concluso con un convinto e sincero apprezzamento del nuovo supporto comunicativo: questa, anche per lei, è stata "la prima volta", un'esperienza che ignorava e che ha prodotto in lei, ex dipendente ospedaliera, una inattesa meraviglia per il recente metodo di accoglienza e di assistenza.

CASO CLINICO N°4

C.I.

Paziente: maschio (di 84 anni)

Professione: pensionato

Anamnesi: ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete tipo II. Al momento del ricovero per STEMI si riscontra malattia trivale: TC, CDX, CFX con forte criticità (come risulta dalla coronarografia effettuata in urgenza in considerazione dell'acuto dolore manifestato dal paziente).

Espletate le operazioni previste dal protocollo per procedere alla disostruzione coronarica, noto che il paziente presenta uno stato di ansia molto marcato che, tuttavia, gli consente di mantenere una buona lucidità mentale. Decido, pertanto, di proporgli la tecnica di rilassamento basata sulla comunicazione ipnotica e insisto, in modo particolare, sulla cosiddetta "fissazione esterna", invitandolo a guardare in alto, senza muovere la testa, un punto da me suggerito (in questo caso, collocato su Zego). Nello stesso tempo, lo avverto che, se esegue correttamente quanto gli ho proposto, potrà avvertire varie sensazioni, come il bruciore degli occhi, la visione sfocata e, talvolta, anche la lacrimazione.

Il signore mi ascolta con attenzione e sembra più tranquillo. Osservo che deglutisce e mi premuro di "ricarlo", così come faccio successivamente, quando vedo che sbatte le palpebre e gli risulta sempre più difficile tenere gli occhi aperti. Lo rendo consapevole che, nel frattempo, qualcosa sta cambiando: il paziente a poco a poco chiude le palpebre, mentre io sottolineo quanto sia piacevole restare in questa condizione che lo "distacca" dalla realtà percepita fino a quel momento. Durante il pre-talk, ho appreso che il paziente è stato per moltissimo tempo un provetto cantante e decido, quindi, di "trasportarlo" in un ambiente a lui congeniale e, quasi sicuramente, piacevole.

Inizio a focalizzare la sua attenzione sulla "scala", la tecnica suggerita da diversi specialisti, e mi viene spontaneo utilizzare l'associazione della scala (reale) del teatro Ariston di Sanremo durante la competizione canora.

Il paziente, a questo punto, non è più sul lettino, ma con me che lo accompagno mentre scende lentamente i gradini (larghi, sicuri e illuminati da luci multicolore) fino al palcoscenico, dove sarà lui stesso a cantare la "sua" canzone per tutti gli spettatori. Quando mi accorgo che la sua lacrimazione aumenta, accentuo l'intensità della descrizione, facendo leva sulle emozioni e sulle sensazioni che sta provando. Per tutto il tempo dell'intervento, non si rilevano movimenti imprevisti e la procedura, nonostante la sua complessità, risulta dall'inizio alla fine priva di complicanze e di elementi disturbanti.

Successivamente lo riporto alla sommità della scala, riorientandolo al "qui e ora". Quando riapre gli occhi, appare totalmente emozionato che mi riferisce di non aver mai vissuto un'esperienza così piacevole e mi descrive le sensazioni provate a cantare sul palco: è così convinto della bontà della sua esecuzione canora che non tralascia neppure di menzionare gli applausi (a suo dire, calorosissimi) ricevuti dal pubblico, la musica dell'orchestra che suona per lui e il profumo dei tantissimi fiori che abbelliscono il teatro.

Il tempo impiegato per l'intervento è stato di oltre quattro ore, ma quello da lui percepito corrisponde soltanto alla durata della canzone. L'ansia iniziale, decisamente molto alta (di valore "nove"), si è gradualmente annullata e il dolore, che al momento del ricovero si attestava ai massimi livelli, grazie alla procedura ipnotica è stato pienamente controllato.

Le sue parole, accompagnate da un sorriso riconoscente, sono state una grande gratificazione non solo per me, ma anche per tutta l'equipe interdisciplinare.

CASO CLINICO N°5

S.M.

Paziente: femmina (di 69 anni)

Professione: casalinga.

Anamnesi: frequenti episodi di FA che rendono indispensabile l'ablazione. Il giorno precedente è stato eseguito l'Eco-TE per escludere la presenza di trombi.

Poiché la paziente era molto agitata, dopo averle spiegato l'esame che avrebbe dovuto affrontare, le ho proposto la nuova tecnica comunicativa basata sull'ipnosi, illustrandole i vantaggi che avrebbe potuto apportarle durante l'intervento. La signora comprende bene le mie parole e accetta di seguirmi lungo tutto il percorso che la procedura richiede.

L'induzione avviene senza difficoltà: insisto, come sempre, sulla respirazione e successivamente sulla chiusura degli occhi e, infine, sul movimento deglutitorio. Al momento dell'inserimento della sonda, le suggerisco di immaginare la sensazione che si prova gustando un gelato molto freddo: la sonda viene inserita senza difficoltà e ciò consente di effettuare l'esame ecografico in pochi minuti. Prima che la signora ritorni nella sua camera, decido di "ancorarla" in vista dell'ablazione del giorno successivo. La collaborazione risulta buona e nella fase dell'esduzione la paziente ringrazia per l'aiuto ricevuto, mentre le consiglio ancora di utilizzare "l'ancoraggio" e di esercitarsi anche la sera per favorire un sonno più tranquillo e profondo.

Il giorno dell'ablazione, quando mi rivede in pre-sala, la signora appare sollevata e mi sorride quasi con riconoscenza. Sistemata sul lettino, sa già che deve assumere la posizione per lei più comoda e che dovrà astenersi da movimenti inconsulti.

Quando riprende il lavoro iniziato il giorno prima, posso rilevare che tutto l'iter ipnotico risulta più facile. Chiusi gli occhi, la paziente riesce a concentrarsi bene sul respiro, che appare piano e regolare.

Poiché ha sempre vissuto in campagna, mi riferisce che ama molto la natura e, in particolare, fare lunghe e distensive passeggiate nei boschi. Mentre mi parla, inserisce con naturalezza diversi termini ed espressioni in piemontese, assicurandosi sempre che io abbia capito e le piace che anche io talvolta le rispondo con lo stesso modello linguistico. Dal racconto della signora, prendo lo spunto per portarla nei luoghi in cui si trovano silenzio e pace. Ora la sto accompagnando tra alberi di castagno e di faggi, attenta soprattutto a descriverne i suoni, i colori e i profumi. La paziente mi segue e si abbandona totalmente il suo viso è rilassato e evidenzia appianamento dei muscoli facciali e accelerazione dei movimenti oculari. Durante l'intervento, somministro una piccola dose di fentanyl e ripeto l'operazione altre due volte, quando la mimica facciale segnala una sensazione di dolore (nel complesso tre quarti di fiala).

Il mio racconto, intanto, continua in modo ancor più particolareggiato, perché aggiungo elementi che certamente la paziente conosce bene: le parlo, allora, dei funghi, del muschio e dei piccoli animali che fanno parte dell'ambiente in cui l'ho sollecitata ad entrare.

Nella fase dell'esduzione, si verifica una lacrimazione forte e quasi incontrollata: la passeggiata nel bosco le è piaciuta molto e le ha suggerito una positiva sensazione di pace, che ha smussato in parte il dolore da lei percepito. L'ansia registrata nella fase pre-procedurale nei due giorni è scesa da "dieci" al valore di "cinque" e in corso di procedura da "due" a "zero". Il dolore durante l'Eco-TE si collocava sullo "zero" mentre nell'ablazione sul valore di "sei". La comunicazione ipnotica è risultata, in entrambi i casi, molto utile, mentre il tempo percepito, irrilevante nel primo giorno, è stato segnalato come "tanto" nel secondo intervento.

Il giorno successivo, prima della dimissione dal reparto di cardiologia, sono chiamata dalle colleghe perché la signora non si sente bene. La raggiungo e lei mi confessa di sentirsi “strana”, dando la colpa all’ipnosi “subita” – a suo dire – ieri. L’ho rassicurata sull’assoluta innocuità della comunicazione usata e della sua efficacia: io l’ho solamente guidata e poi è stata lei ad avere una più che buona capacità di concentrazione, garanzia di un risultato soddisfacente.

Successivamente, vengo a sapere che una inopportuna osservazione da parte di una OSS, decisamente avversa alla tecnica ipnotica, è bastata a determinare il malessere della paziente.

Penso che ci vorrà ancora molto tempo prima che tutti possano rendersi conto dell’utilità dell’ipnosi e dei suoi vantaggi. L’indiscrezione e l’ignoranza possono, a volte, causare incomprensioni e peggiorare la situazione di chi sta già vivendo momenti di fragilità psico-fisica.

CONCLUSIONE

L'adozione della comunicazione ipnotica sulla cinquantina di pazienti che dovevano affrontare un intervento chirurgico o che vivevano una situazione di ansia, paura e stress mi ha convinta sempre più della sua utilità, perché ho potuto constatarne personalmente i benefici, confermati nella stragrande maggioranza dagli stessi soggetti: la sensazione di calma, rilassamento e benessere ha avuto un effetto più che positivo sulla percezione del dolore, che è stato pertanto gestito con un controllo costante e adeguato durante tutta la durata delle procedure.

Anche nei pochi casi in cui l'induzione non è stata pienamente raggiunta, per una certa resistenza da parte del paziente o per una scarsa convinzione della bontà di quanto gli veniva proposto, sono stati rilevati indubbi vantaggi, come il mantenimento posturale, la percezione ridotta del tempo e il giudizio positivo espresso al termine degli interventi.

Gli stessi operatori hanno dichiarato che la comunicazione ipnotica ha loro consentito di lavorare con maggior tranquillità proprio per la collaborazione del paziente e per lo stato di rilassamento che lo ha accompagnato nel corso del processo operatorio.

Posso affermare che, in base alla mia esperienza, ottimi risultati sono stati conseguiti con alcuni soggetti con i quali sono riuscita ad entrare in sintonia molto soddisfacente con l'uso della parlata dialettale a loro più congeniale per i motivi precedentemente sottolineati e dove la riduzione dell'ansia percepita è stata maggiore nel gruppo "piemontese".

Confesso che ciò è stato per me più che gratificante, perché ha consentito una immedesimazione in ogni fase del percorso ipnotico: lo stato di disagio del paziente mi coinvolgeva fino a diventare anche "mio", così come il benessere da me avvertito e poi da lui dichiarato ha contribuito a stabilire comprensione e affinità a livello umano, che per me sono state un autentico arricchimento.

Oltre al fatto che il mio apporto abbia consentito un indiscutibile aumento della tollerabilità degli interventi, una netta riduzione dell'utilizzo dei farmaci anestetici con minori effetti collaterali e la possibilità di un vissuto meno doloroso e traumatico, mi preme sottolineare che tutto questo, soprattutto nei pazienti più anziani psicologicamente più fragili e maggiormente soggetti al rischio di disorientamento e dissociazione spazio-tempo, ha facilitato una ripresa post-operatoria più rapida e rassicurante.

L'esperienza, all'inizio un po' incerta (ma sempre sorretta da un mio forte interesse), mi ha resa ora più sicura e consapevole delle potenzialità della comunicazione ipnotica e ha ulteriormente accentuato l'entusiasmo in seguito ai risultati positivi ottenuti.

Sono certa che la professione infermieristica, come quella medica, richieda sempre una volontà ed uno spirito di ricerca e di rinnovamento, perché solo così può avvenire una crescita personale e professionale.

A coloro che ancora oggi dimostrano dubbi e perplessità sull'utilizzo di questa tecnica, per certi versi da noi ancora "nuova", ricordo che essa nulla toglie a ciò che già si sa e che non ha nulla di magico o di esoterico: il suo scopo è solo quello di favorire una relazione il più empatica possibile e rendere il paziente maggiormente capace di utilizzare al meglio le sue potenzialità, grazie a un uso attento e preciso del linguaggio, capace di trasformare totalmente l'esperienza stessa della persona.

Non bisogna mai dimenticare il valore di ciò che si ascolta, si dice e si osserva: tutto deve essere ponderato con attenzione, per evitare che il nostro intervento abbia conseguenze negative sulla persona (che già si trova in una condizione fisicamente ed emotivamente sfavorevole) e per garantire che sia sempre congruente con i suoi bisogni.

Desidero segnalare che lo studio osservazionale no profit dal titolo: “Real World Data: descrizione della tecnica di comunicazione ipnotica su pazienti sottoposti a procedure di cardiologia interventistica ed elettrofisiologia” – protocollo HYCare Case Series del reparto di Cardiologia interventistica dell’Azienda Ospedaliera di Cuneo, è stato regolarmente approvato dal Comitato Etico Territoriale (CET) denominato “Comitato Etico Interaziendale AOU Maggiore della Carità di Novara, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sperimentazione e ricerca clinica.

Trattandosi di uno studio osservazionale è stato garantito il pieno rispetto della riservatezza dei dati raccolti e del consenso informato necessario, secondo i principi della dichiarazione di Helsinki del giugno 1964, con successive modifiche fino all’ultima dell’ottobre 2024.