

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA E SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE

Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica

TESI

***LA COMUNICAZIONE IPNOTICA DURANTE LA FASE DI
ACCOGLIENZA INFERMIERISTICA***

Relatore: Dr. Massimo Somma

Candidata: Enrica Bianco

ANNO ACCADEMICO 2009

Desidero ringraziare la mia famiglia, Maria Antonietta, i miei colleghi di lavoro, la mia coordinatrice e i miei dirigenti di struttura.

INDICE

<i>Introduzione</i>	4
<i>Capitolo 1 – La fase di accoglienza infermieristica del paziente attraverso una comunicazione di tipo ipnotico</i>	6
1. <i>La comunicazione</i>	6
2. <i>La comunicazione ipnotica</i>	7
3. <i>La fase di accoglienza infermieristica</i>	12
4. <i>La preoccupazione del paziente contingente all'erogazione di una prestazione sanitaria</i>	13
<i>Capitolo 2 – Obiettivi e metodo</i>	15
1. <i>Obiettivi</i>	15
2. <i>Strumenti</i>	15
3. <i>Partecipanti</i>	16
4. <i>Procedura</i>	16
5. <i>Risultati e osservazioni conclusive</i>	19
<i>Appendice</i>	21
<i>Bibliografia</i>	22
<i>Ringraziamenti</i>	23

Introduzione

Con questo elaborato, ho cercato di porre l'attenzione sulla persona che si rivolge alla struttura ospedaliera come paziente o utente e con la quale entro in relazione nel mio contesto lavorativo; il suo percorso all'interno dell'ospedale inizia con l'accoglienza, prosegue con l'individuazione dei bisogni e successivamente con il ricovero oppure con l'erogazione di prestazioni che possono essere di tipo diagnostico o terapeutico.

Mi sono occupata della comunicazione che, a mio avviso, è uno degli strumenti più importanti nella relazione operatore-paziente, favorisce l'accoglienza della persona, permette di creare un rapporto simmetrico e incide per una corretta alleanza terapeutica.

La persona che giunge nella struttura ospedaliera, spesso indebolita fisicamente e anche psicologicamente, può vivere situazioni di forte preoccupazione, paura, stress, ansia; risulta importante in questo momento stabilire un contatto basato sulla fiducia e sulla empatia, tale da permetterle di sentirsi accolta come individuo e non solo come caso clinico.

Ho svolto un'attività di ricerca mirata a misurare il grado di preoccupazione della persona-utente presso due ambulatori specialistici, prima e dopo la somministrazione della comunicazione ipnotica, contingente l'accoglienza e l'erogazione di una prestazione. Il corso al quale ho partecipato, Corso base di Ipnosi clinica e Comunicazione Ipnотica, presso il C.I.I.C.S., dell'Istituto Franco Granone di Torino mi ha permesso di approfondire alcune tecniche comunicative e di acquisire maggiore consapevolezza su quello che è già parte del mio bagaglio professionale, di capire meglio come la mente umana possa agire sul mondo interiore di ciascun individuo e sul suo benessere psico-fisico; essa, infatti, è dotata di una capacità di rappresentazione che

si esprime in modo plastico in tutte le componenti dell'organismo e che viene definita dal Prof. Granone "monodeismo plastico".

Vorrei sottolineare l'importanza rivestita dall'uso pragmatico del linguaggio nel determinare l'ampiezza del pensiero, delle vedute della realtà e dei significati attribuiti ad essa, facendo riferimento ad una frase estrapolata dall'opera di Wittgenstein del 1921, *Tractatus Logico-philosophicus*: "I limiti del mio linguaggio significano i limiti del mio mondo" (Mastronardi, 2002).

Capitolo 1

La fase di accoglienza infermieristica del paziente attraverso una comunicazione di tipo ipnotico.

1. La comunicazione

Il termine comunicare, storicamente collegato alla parola *comune*, deriva dal verbo latino *comunicare* che significa “condividere”, “rendere comune” (Rosengren, 2000). La comunicazione è un processo che comprende non solo un passaggio di informazioni, ma anche l’intenzione del mittente di rendere il ricevente consapevole di qualcosa.

Il più importante strumento della comunicazione è il linguaggio, attività umana che differenzia l’uomo dal mondo animale e che gli permette di trasferire informazioni cognitive, affettive e conative (orientate all’azione). Il linguaggio come atto linguistico viene studiato dalla pragmatica, disciplina della linguistica che si occupa dell’uso della lingua come azione.

Gli effetti pragmatici dell’azione comunicazionale sono stati evidenziati negli anni ’70 dalla scuola di Palo Alto, famoso gruppo del Mental Research Institute in California. Con la celebre opera *Pragmatica della comunicazione umana*, P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson hanno posto le basi di un nuovo paradigma della comunicazione, ed in particolare, l’approccio pragmatico da loro fondato intende esaminare la comunicazione interpersonale come un processo in continua evoluzione, in cui le persone coinvolte si influenzano reciprocamente. Questi autori hanno introdotto cinque assiomi o proprietà della comunicazione. In particolare, l’assioma 1 pone l’accento

sull'impossibilità di non comunicare. Tutte le diverse situazioni interpersonali diventano automaticamente comunicative, ogni forma di comportamento è un messaggio e, siccome è impossibile non comunicare, i due processi sono inscindibili; anche se in modo inconscio, non intenzionale, non verbale, si comunica. Lo si fa attraverso il silenzio, i gesti, i vestiti, ma l'effetto è lo stesso.

Il linguaggio e la parola vengono definiti importanti strumenti d'azione, su cui si fonda il rapporto interpersonale e ogni scambio dialettico tra persone.

Il valore e l'importanza della parola sono ben delineati nella seguente frase, tratta dall'opera di Gorgia, "Encomio di Elena": "La parola è un potente sovrano, perché con un corpo piccolissimo e del tutto invisibile conduce a compimento opere profondamente divine, infatti essa ha la capacità di cancellare la paura, di rimuovere il dolore, di infondere gioia, di intensificare la compassione" (Mastronardi, 2002).

2. La comunicazione ipnotica

La comunicazione ipnotica può essere definita una modalità comunicativa basata sulla potenzialità della parola di evocare, creare nel soggetto visualizzazioni, stati emozionali, e di arricchire il mondo interno del soggetto.

La comunicazione ipnotica non si avvale solo della parola, tant'è vero che solo una parte minimale è sostenuta da questa, il resto del messaggio, il 65% viene trasmesso non verbalmente, intendendo per non verbale tutta quella comunicazione emozionale che fa capo al cosiddetto carisma ed in definitiva, alla mimica, alla prossemica, ossia la gestione degli spazi interpersonali, alla cinesica, ossia i movimenti spaziali del corpo, delle braccia, delle gambe, durante l'atto del parlare o dell'ascoltare, alla paralinguistica, quest'ultima costituita dalle tonalità comunicazionali della musicalità del parlato (Mastronardi, 2002).

L'ipnosi è comunicazione e l'ipnotista agisce soprattutto sul contesto sociale dell'individuo, sia in maniera diretta, creando delle aspettative, sia in maniera indiretta, attraverso metafore e racconti.

L'ipnotismo è noto all'uomo da oltre quattromila anni, era già conosciuto dai Cinesi, dagli Egizi, dagli Indiani, dagli Ebrei, dai Greci, dai Romani. Tuttavia per trovare l'ipnotismo largamente applicato in Europa, bisogna arrivare al 1700, a Mesmer, filosofo e medico, a Gassner, di origine svedese, a Braid scozzese. Una vera rinascenza

dell'ipnotismo, avvenne in seguito in Francia dal 1842 al 1886 per opera di Charcot, in Italia per gli studi di Ellero, Lombroso, Tamburini. L'ipnotismo, oltre che in medicina, fu con successo sperimentato anche in chirurgia, Elliotson e Forbes, in Inghilterra, furono tra i primi a servirsi dell'ipnosi per l'analgesia chirurgica; Negli anni 1800-1870 circa, in tutta Europa furono compiute migliaia di operazioni indolore con l'ipnosi, Braid propose nel 1842 di tenere una conferenza sull'ipnotismo dinanzi alla British Medical Association, ma la sua proposta fu respinta e le sue comunicazioni sulle cure effettuate, definite ridicole. Non era allora facile dimostrare come l'ipnotismo avesse una base scientifica; un luminare della neurologia, il Broca, dovette abbandonare l'ipnosi per non compromettere la carriera, pur avendo in essa esordito con successo (Granone, 1962). La scuola di Nancy diede grande impulso alla terapia ipnotica e ne incoraggiò l'applicazione, a questa si contrappose la Scuola di Salpetriere in cui Charcot diventò il titolare della prima cattedra al mondo di Neurologia. Freud (1856/1939) frequenterà la scuola di Charcot nel 1886-1886, ma poi si recò alla scuola di Nancy da Bernheim, dove fu testimone di "sbalorditive esperienze" Nacque successivamente la psicoanalisi e Freud abbandonò l'ipnosi, negli USA l'ipnosi entrò con la Società del magnetismo, e in Russia con Pavlov. I suoi studi di neurofisiologia lo portarono a definire lo stato ipnotico come un processo di inibizione corticale diffusa con la persistenza di limitatissime zone attive sulle quali agisce la suggestione che non è altro che un riflesso condizionato assai semplice e tipico nell'uomo. In Italia gli studiosi sull'ipnotismo hanno avuto un periodo abbastanza florido all'inizio del secolo, ma hanno subito successivamente un lungo periodo di abbandono parallelamente a quanto avvenuto in altre nazioni europee, sia per lo sviluppo delle scuole psicoanalitiche, sia per quello di un indirizzo biologico-somatico; ricordiamo in odontoiatria i lavori di Pavesi e Mosconi (1974) per cui si portano contributi all'impiego dell'ipnotismo nelle stomatopirosi, nel bruxismo, nella sindrome dell'articolazione temporo-mandibolare. Nel 1956 venne fondato dal Prof. Granone, il primo Centro di Ipnosi clinica e sperimentale ospedaliero italiano annesso ad una divisione di neurologia, presso l'Ospedale Generale di Vercelli e nel marzo 1970, in questo centro fu organizzato un corso con l'ausilio di cattedratici delle Università di Cagliari, Modena, Pavia, Roma, Torino. Nel 1979 il "Centro di ipnosi clinica e sperimentale" del Prof. Granone si trasferisce a Torino per diventare il "il centro di ipnosi clinica e sperimentale italiano e dare vita alla scuola post-universitaria dal 1980.

Merita una trattazione a parte il grandissimo Milton Erickson (1901-1980) il fondatore dell'America Society for Clinical Hypnosis le cui personali capacità lo rendevano un terapeuta al di fuori del comune. Nato in Nevada, a 17 anni subì un attacco di poliomielite che lo immobilizzò a letto rendendolo insensibile a tutti i movimenti muscolari, così passava ore a cercare le sensazioni del proprio corpo e da questo trasse spunto nell'acuta osservazione dei movimenti corporei del paziente durante le pratiche ipnotiche (diceva: "So dirvi se uno è un buon pianista da come muove le dita sui tasti, più che dal suono"). Studiava le inflessioni della voce perché sosteneva che più del contenuto era importante come il paziente diceva le cose perché questo era una specie di riflesso spontaneo del comportamento. Era daltonico e fece degli esperimenti di allucinazioni positive e negative ai colori in ipnosi (l'unico colore che poteva apprezzare era il porpora). Costretto su una sedia a rotelle e poi bloccato anche da paralisi parziale delle braccia, del diaframma e della bocca diceva sempre che la sua infermità era stata la migliore maestra di vita e di comportamento.

I suoi studi erano sia psicologici che psichiatrici e considerava la terapia come una via per aiutare il paziente ad estendere i propri limiti, ma il suo modo di fare terapia era sia innovativo che informale.

Nel suo libro: "La mia voce ti accompagnerà, 1982", metafore, apologhi, aneddoti gustosi, divagazioni umoristiche o senza senso apparente, erano in realtà strumenti terapeutici raffinatissimi, intesi ad instillare nel paziente, nell'interlocutore, i semi di una nuova visione di sé e del mondo, in sostanza a determinare un vero e proprio cambiamento terapeutico (Erickson, 1982).

La metafora, come linguaggio figurato può non riferirsi ad una sola parola, ma può estendersi ad intere strutture narrative, come la parabola, la fiaba, i miti, le leggende, ecc.

Queste, in quanto suscitatrici di immagini mentali alle quali il soggetto stesso è uso ricorrere, sono un efficace modulo linguistico della comunicazione umana e ne rivestono un notevole aspetto psicodinamico (Granone, 1962).

Nella professione infermieristica, la comunicazione ipnotica si realizza attraverso le seguenti modalità comportamentali: l'osservazione attenta del paziente, che con il suo modo di porsi, il suo sguardo, le sue parole, invia un'immagine di se e del suo mondo; le parole dell'infermiere assertive, semplici e chiare che gli infondono fiducia, e possono alleggerire il suo stato di ansia e di preoccupazione; la gestione degli spazi comunicativi (comunicazione prossemica), con i quali l'operatore si avvicina o si

allontana dal paziente e che può avere un significato gratificante o frustrante, il semplice sguardo, senza parole, che può essere denso di comunicazione. E' risaputo, infatti, come può essere sufficiente un atteggiamento dello sguardo per scambiarsi messaggi di amore, di odio, di comprensione. Si parla di linguaggio e metalinguaggio, come di comunicazione e metacomunicazione; termini più estensivi con i quali si denotano tutti i procedimenti con cui una mente può influenzarne un'altra e stabilire una relazione(Granone, 1962). Nella comunicazione ipnotica non verbale, l'atteggiamento dell'infermiere durante la fase di accoglienza è molto importante: le braccia aperte e non conserte, il sorriso, lo sguardo attento al viso e all'espressione della persona trasmettono la buona disponibilità all'accoglienza e il desiderio ad entrare in relazione. E' molto importante usare parole affermative e non negazioni, ad esempio se il paziente deve eseguire un esame diagnostico doloroso come un semplice prelievo ematologico, è bene non usare la frase: "Non si preoccupi, sentirà solo un lieve dolore", perché il paziente concettualizzerà maggiormente il senso della preoccupazione e del dolore; gli si potrebbe dire ad esempio: "Si sieda su questa comoda poltrona, dopo il prelievo farà una piacevole colazione", e intanto, lo si invita ad aprire e chiudere la mano del braccio non interessato dal prelievo, sul quale si focalizzerà la sua attenzione, con la conseguenza che non sentirà alcun dolore oppure molto meno come intensità.

Il paziente deve avere inoltre la sicurezza che saranno sempre prese in considerazione le cose che lui dirà e che la sua personalità sarà rispettata; quando ci espone le sue problematiche circa il suo stato di salute oppure ci fa una specifica richiesta circa una prestazione sanitaria che dovrà ricevere oppure un esame che dovrà eseguire, attraverso le sue parole, il suo tono di voce, la sua postura, il suo sguardo, noi (operatori sanitari) possiamo percepire le sue emozioni, il suo grado di preoccupazione o ansia, il suo schema mentale circa la situazione fisica ed emotiva in cui si trova. La relazione d'aiuto può partire efficacemente dalla considerazione di queste caratteristiche della persona; in un tempo brevissimo e cioè di pochi secondi, noi possiamo "agganciare il paziente" per l'inizio di un percorso insieme, di livello paritario e non di sudditanza. Quando la persona che si rivolge a noi si presenta in modo aggressivo, i suoi muscoli sono contratti, il tono di voce è duro, metallico e con pochissime pause, la nostra accoglienza serena, il sorriso, la rilassatezza del nostro corpo, l'utilizzo di parole che evocano raffigurazioni mentali piacevoli crederanno in un tempo brevissimo stupore, piacevole senso di accoglimento, trasformazione dello schema mentale iniziale in uno diverso.

Nell'ambito di una comunicazione ipnotica efficace, verbale e non verbale, esistono dei segnali di accesso o chiavi di lettura che consentono agevolmente di incidere e fare accettare eventuali suggerimenti o prescrizioni nel setting operatore-paziente; gli autori Bandler e Grinder scrivono che nell'ambito di qualunque interazione è importante parlare la stessa lingua visiva, auditiva e cinestesica. I parametri d'osservazione sono i seguenti:

- movimenti oculari;
- movimenti gestuali;
- alterazione delle escursioni respiratorie;
- mutamenti di atteggiamento e di tono muscolare;
- mutamenti di tono, di voce e di cadenze;
- predicati verbali sensoriali (Mastronardi, 2002).

Trasferendo questi concetti teorici nella pratica quotidiana, può accadere che durante la comunicazione il paziente tocchi con il dito coscientemente o incoscientemente il canale rappresentazionale utilizzato in quel momento (auditivo- *non sento alcun dolore*); (visivo- *non vedo bene*); oppure (cinestesico, toccandosi il torace- *mi sento veramente male*). Altri segnali d'accesso gestuali per il sistema auditivo sono: tamburellare con le dita o mordicchiarsele, schiacciare la lingua.

E' impressionante come possano essere abbattuti i "muri di freddezza" se si impara ad ascoltare, osservare, sentire l'altro. Attraverso il rispecchiamento, rimandiamo all'interlocutore con il nostro atteggiamento, lo stesso comportamento che appartiene al suo modello del mondo. Si diventa lo specchio dell'altro, il tono di voce e la respirazione sono tra i rispecchiamenti più potenti. Basti pensare al neonato che si addormenta tra le braccia della mamma perché il suo respiro lo rassicura. Tutto ciò verrà percepito dal nostro interlocutore come somiglianza e affinità. Rispecchiare vuol dire entrare in sintonia con rispetto e delicatezza senza cadere nell'invadenza e infastidire. Questa tecnica ha il vantaggio di creare *rapport* senza necessariamente conoscere il vissuto dell'individuo né dividerlo. La padronanza di questa abilità può incidere positivamente durante il primo colloquio con il paziente.

Durante la relazione con il paziente è molto importante far emergere le risorse, ossia le potenzialità della persona. Nell'educazione alla salute, è centrale e importante la partecipazione del soggetto che deve avere nel processo un ruolo attivo. Gandhi

affermava che “costringere l’uomo a fare qualcosa che non può capire è più di un severo castigo”.

Nel rapporto IO-TU, si può diventare NOI: una buona comunicazione ipnotica parte dalla conoscenza di se stessi e dal riconoscere le nostre reazioni agli eventi e alle situazioni anche quelle acute che possiamo incontrare; l’infermiere nell’accogliere il paziente nella sua unicità e completezza, guida le risorse della persona come un regista consapevole della presenza di più corpi (fisico, emotivo e mentale) che interagiscono, favorisce la cooperazione del paziente attivando le sue potenzialità.(dalla formazione all’organizzazione, Collegio IPASVI-Gorizia, 2005).

La medicina non è una scienza, ma l’arte di lasciar interagire la nostra individualità con l’individualità del paziente (Albert Schwetizer).

3. La fase di accoglienza infermieristica

L’accoglienza infermieristica è definita nella letteratura assistenziale “ Admission Care”, letteralmente traducibile come “ assistenza all’ammissione-ricovero”, e rappresenta l’insieme di azioni che l’infermiere compie per facilitare l’ingresso del paziente nelle strutture sanitarie. Essa costituisce il primo momento, delicato e complesso, durante il quale si instaura e si costruisce la relazione biunivoca tra l’operatore di accoglienza, che rappresenta il servizio ospedaliero, e l’utente. L’infermiere dedicato all’accoglienza si propone di acquisire e dare informazioni alla persona che a lui si rivolge e di presentarsi in modo visibile come persona- risorsa; il paziente richiede ascolto, attenzione, accoglimento.

L’accoglienza dell’utente nel servizio sanitario è un fattore di qualità percepita la cui responsabilità è attribuita essenzialmente agli infermieri: si tratta di un fattore che ha una rilevanza nazionale oltre che amministrativa e clinica. I decreti legislativi 502/92 e 517/93 introducono per la prima volta in un testo di legge il concetto di “qualità delle prestazioni rese nell’ambito dei servizi sanitari nazionali”. Tali provvedimenti normativi adottano il concetto di accreditamento e l’adozione del sistema di verifica e revisione della qualità, con l’obiettivo di garantire un’assistenza qualitativamente elevata nei confronti di tutti i cittadini.

Anche i successivi provvedimenti legislativi, in particolar modo lo “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari”(D.P.C.M. 19 Maggio 1995),

identificano nella qualità delle strutture e delle prestazioni erogate il fulcro centrale del nuovo assetto del Sistema Sanitario nazionale. Gli ultimi P.S.N. da quello del 1998/2000 hanno introdotto nuove opportunità di gestire la qualità dell'assistenza sanitaria sia a livello di singolo servizio sia a livello aziendale.

Tra i fattori di qualità assistenziale, uno dei più rilevanti è certamente quello della "qualità percepita" conosciuta anche come "customer satisfaction". Essa è prevalentemente legata oltre che ad accessibilità intesa come vicinanza, comodità di orari, flessibilità, accettazione immediata, tempi di attesa accettabili, agli aspetti relazionali quali la disponibilità, l'accoglienza, la cortesia, il rispetto, la sensazione di essere "attore principale del processo assistenziale", (Bona, 1999).

I riferimenti legislativi della professione infermieristica quali il "Profilo professionale dell'infermiere" Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994 N.739 e il Codice Deontologico dell'infermiere 2009, sanciscono le competenze professionali.

Il primo, al capitolo 1 afferma: ".....l'infermiere e l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario e dell'iscrizione all'albo professionale.....è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". Il Codice Deontologico, al cap. 4°, art. 20, sottolinea: "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte".

L'infermiere ed il paziente sono i due attori principali del processo assistenziale che inizia con il loro incontro durante la fase di accoglienza. L'infermiere nell'instaurare una giusta vicinanza, si sintonizza con la persona e utilizzando una buona comunicazione ne riconosce i bisogni e promuove l'alleanza terapeutica.

4. La preoccupazione del paziente contingente l'erogazione di una prestazione sanitaria

L'ansia è considerata uno dei problemi più importanti del mondo di oggi. I decenni di mezzo del ventesimo secolo, rileva Endler, sono stati indicati da May (1977) come "l'epoca dell'ansia". Il tema dell'ansia appare nell'arte e nella letteratura, come nella stampa quotidiana.

La preoccupazione è una risposta cognitiva di un tipo di ansia e cioè di quella di stato, definita da Spielberger (1972) come una reazione consistente, "accompagnata da

sentimenti spiacevoli di tensione e apprensione, percepiti consciamente, a cui si associa arousal del sistema nervoso autonomo SNA. L'ansia di tratto si riferisce "ad una predisposizione stabile a provare ansia, legata a differenze individuali nel percepire un'ampia gamma di situazioni come minacciose e a rispondere a queste con aumenti nel livello dello stato di ansia"(Spielberger, 1975).

Le risposte di preoccupazione cognitiva riguardano la valutazione di sé, pensieri di fallimento, rimuginazioni e dubbi su di sé. Le risposte emozionali del SNA sono sintomi fisici quali tremore alle mani, battito cardiaco accelerato, sudore, tensione muscolare e secchezza alla bocca e alla gola(Endler e Edwards, 1978).

La preoccupazione del paziente è un frequente attributo della persona con cui l'infermiere ha a che fare quotidianamente; il ricovero e la degenza in ospedale, l'attesa e la preparazione per l'esecuzione di esami diagnostici e per l'erogazione di una prestazione sanitaria, la presenza del dolore fisico, la diminuzione dell'autonomia della persona contingente alla malattia, sono fattori scatenanti preoccupazione, ansia e stress. L'intervento dell'infermiere deve essere mirato ad un'ottima comprensione delle richieste che gli sono esposte dal paziente a cui spesso può seguire una corretta e semplice informazione sugli aspetti pratici circa le cure che riceverà in un primo momento e circa l'assetto e l'organizzazione del servizio o reparto in cui si trova e su quello che dovrà fare lui. E' fondamentale l'attenzione a come si esprime la persona circa il suo dolore, la sua preoccupazione perché dare parole a queste situazioni resta un imperativo a cui non possiamo sottrarci, dare parole al dolore fisico o emotivo è già intraprendere un percorso di cura; alle situazioni di inevitabile disagio della persona non si risponde con il silenzio.

Capitolo 2

Obiettivi e metodo

1. Obiettivi

Questa ricerca, che ha una finalità prevalentemente conoscitiva ed esplicativa, ha inteso studiare in quale misura la comunicazione ipnotica durante la fase di accoglienza infermieristica sia efficace nel ridurre la condizione di preoccupazione del paziente contingente all'erogazione di una prestazione sanitaria. Questo contributo di ricerca è stato realizzato nell'Azienda Sanitaria di Asti, presso l'ospedale Cardinal Massaia, all'interno dei Poliambulatori Specialistici Territoriali.

2. Strumenti

Per la mia ricerca mi sono avvalsa della scala VAS (scala analogica visiva), scala soggettiva di natura singola di tipo lineare, che come altre simili è stata formulata per la valutazione del dolore e per il monitoraggio durante il suo decorso. La scala VAS ha il vantaggio della semplicità, è indipendente dal linguaggio, è compresa facilmente dalla maggior parte dei pazienti e può essere facilmente ripetuta.

Il modello della scala VAS da me impiegato, che è utilizzato anche presso l'Azienda sanitaria in cui lavoro, è così composto: nella parte superiore, si trova una linea numerata da 0 a 10 e immediatamente sotto, sono presenti sei facce con differenti espressioni facciali. I numeri 0, 2, 4, 6, 8 e 10 abbinati alle facce con differenti espressioni, in ordine crescente identificano un preciso livello di dolore. I numeri 1, 3, 5, 7 e 9 individuano le fasi intermedie tra una faccia emotiva e la successiva. La scala

VAS del dolore è stata da me adattata per misurare la preoccupazione. Per indagare l'intensità della preoccupazione, i soggetti dovevano porre un segno in corrispondenza dell'espressione facciale o del numero che meglio descriveva la condizione di preoccupazione avvertita (0: “nessuna preoccupazione”; 10: “ tantissima preoccupazione”).

Questo strumento è stato somministrato come pre-test e post-test, prima e dopo l'esposizione del paziente alla comunicazione ipnotica avvenuta durante la fase di accoglienza e di erogazione della prestazione.

3. Partecipanti

Sono stati coinvolti 40 pazienti (32,5% maschi e 67,5% femmine) d'età compresa tra 21 e 82 anni, di cui 28 pazienti (20 di sesso femminile e 8 di sesso maschile) in ambulatorio di cardiologia, e 12 (7 di sesso femminile e 5 di sesso maschile) in quello di dermatologia. Le persone coinvolte erano utenti che giungevano per la prima volta in quel determinato ambulatorio situato all'interno della struttura ospedaliera

4. Procedura

La ricerca è stata effettuata nel periodo compreso tra maggio e luglio 2009, nell'Azienda Ospedaliera di Asti, ospedale Cardinal Massaia, in particolare presso gli ambulatori di Cardiologia e di Dermatologia, che fanno parte dei Poliambulatori Specialistici Territoriali.

L'ambulatorio di cardiologia da me scelto è caratterizzato dall' accesso “a tempo zero”, un servizio rivolto a pazienti con richiesta di elettrocardiogramma e visita cardiologica in “classe 1”, categoria che identifica le prestazioni da effettuarsi entro le 24-48 ore. Si tratta di un accesso diretto per cui la persona si presenta in mattinata e, dopo aver lasciato i suoi dati presso una apposita reception, attende in una sala d'attesa con altri pazienti e riceve durante la stessa mattinata, la prestazione richiesta. Questo tipo di prestazioni è erogato in un orario definito (h.8-12) ed il numero di pazienti non deve essere superiore indicativamente a 30. I pazienti che accedono all'ambulatorio con classe 1, possono essere portatori di svariate patologie cardiache la cui sintomatologia si può manifestare con tachicardia, dispnea, affaticamento generale; possono avere anche

crisi d'ansia con senso di oppressione retrosternale oppure avere frequenti extra-sistoli per cui è necessario escludere patologie cardiache. Questo servizio non prevede le visite urgenti, vale a dire quelle che devono essere eseguite immediatamente; è però possibile che giungano persone con sintomatologie apparentemente non urgenti e che, dopo all'esecuzione dell'ECG e della visita specialistica, siano inviate in pronto soccorso perché hanno un quadro clinico compromesso richiedente un approfondimento diagnostico e terapeutico. Per quanto riguarda l'età possono giungere all'ambulatorio cardiologico persone giovani con problemi di ansia o con crisi di panico, persone di età media che eseguono per la prima volta un ECG in quanto ipertese, ipertiroidie, diabetiche, etc. oppure persone anziane con difficoltà respiratorie, edemi agli arti inferiori, oppure con una condizione di salute compromessa per la presenza di altre patologie per le quali è importante effettuare anche un'indagine cardiologica.

L'ambulatorio di dermatologia si occupa di pazienti che necessitano di prime visite, e visite di controllo inerenti le patologie della pelle; eroga inoltre prestazioni ambulatoriali, come exeresi di piccole neoformazioni, verruche, etc. Ho scelto di circoscrivere il campione a persone che effettuavano la prima visita per controllo nei, utilizzando la comunicazione ipnotica esclusivamente nella sala d'attesa e non all'interno dello studio, presso cui viene effettuata la visita medica.

Dopo l'arrivo del paziente nelle sale d'attesa di entrambi gli ambulatori, (sempre molto affollati), mi avvicino al paziente e dopo essermi presentata come l'infermiera professionale che si occuperà di lui nella prima fase, lo informo sulle modalità di chiamata, di esecuzione delle visite e delle successive prestazioni. Le frequenti domande che mi vengono poste dal paziente riguardano la durata del tempo di attesa, il mio intervento è mirato alla rassicurazione sulla sua presa in carico e per esempio alla seguente spiegazione: "Anche gli altri pazienti hanno i suoi stessi bisogni, io e i miei colleghi utilizzeremo al meglio il tempo che abbiamo a nostra disposizione, ma se si presenta qualche necessità più urgente, la prenderemo in considerazione e con Lei faremo il possibile per risolverla". Chiedo poi al paziente la sua collaborazione nel rispondere ad un semplice test sulla sua preoccupazione; informo la persona che il test è anonimo e che mi serve per conoscere meglio lo stato di ansia dei pazienti. Dopo avergliela consegnata, gli chiedo di barrare con una crocetta o qualsiasi altro segno, la faccia o il numero che ritiene sia più appropriato per la sua condizione. Nell'ambulatorio di elettrocardiografia, dopo aver chiamato la persona nello studio mi trovo da sola con lei: la osservo come si appresta ad entrare nello studio, come mi

guarda com'è il suo abbigliamento e decido se rivolgermi a lei chiamandola per nome oppure per cognome. Spesso questi pochi e semplici parametri di riferimento ci indicano la vicinanza o la distanza migliore che si può impostare per una buona relazione. Chiedo alla persona che cosa si sente e per quale motivo il suo medico di base l'ha inviata in Ambulatorio Cardiologico, e poi la invito a sdraiarsi sul lettino a torace scoperto per sottoporsi all'esame elettrocardiografico; i sintomi più frequenti di grado spesso lieve e moderato, sono la dispnea, la tachicardia, una sensazione di oppressione toracica, un senso di soffocamento; altre volte il paziente riferisce di aver avuto alcuni di questi sintomi nei giorni precedenti e di aver paura che possa verificarsi qualche evento negativo di malattia sulla sua persona.

Prima dell'esecuzione dell'esame, informo il paziente che la durata è breve e che la sua collaborazione è importante. Invito poi la persona a sdraiarsi comodamente sul lettino, se serve utilizzo un cuscino in più affinché sia più comodo, poi lentamente, con qualche pausa gli dico di chiudere gli occhi, di fare dei "piacevoli respiri profondi", di appoggiare bene le spalle sul lettino (a volte appoggio due dita sulla spalla ed esercito una lieve pressione), di rilassare bene le gambe e lo invito ad immaginare di trovarsi piacevolmente sdraiato in un luogo altrettanto piacevole (nel suo letto, nel suo giardino, al mare oppure in montagna). Con questa tecnica comunicativa tento di spostare la sua attenzione dalla zona del torace alle restanti parti del corpo, cerco di indurre un buon rilassamento, e lo aiuto a visualizzare qualche immagine positiva legata alle sue esperienze precedenti. Dopo aver collocato gli elettrodi sul torace e le periferiche alle estremità degli arti, la frequenza cardiaca che in un primo momento era più alta, con il rilassamento del paziente si abbassa sempre di circa una decina di battiti.

Dopo l'esecuzione dell'ECG che dura pochi secondi, informo il paziente circa la sua frequenza cardiaca e sulla visita che sarà effettuata poco dopo con un medico che si prenderà cura di lui. Mentre la persona si riveste, cerco di non dargli altre istruzioni, sto in silenzio lasciando la possibilità al paziente di parlarmi di sé.

Al termine, quando la persona ritorna in sala d'attesa, gli riconsegno la scala di VAS e gli dico di utilizzare le stesse modalità di prima per la compilazione.

Per quanto riguarda l'ambulatorio di Dermatologia, la comunicazione avviene quasi esclusivamente nella sala d'attesa e la sua durata varia da pochi secondi a pochi minuti e si realizza, modulando al meglio gli spazi comunicazionali secondo come si pone il soggetto. Attraverso una comunicazione non verbale assertiva consistente in uno sguardo attento e premuroso e una postura di apertura e di accoglimento, gli spiego

come si svolgerà la visita e sottolineo l'importanza di questa dal punto di vista preventivo e diagnostico.

5. Risultati e osservazioni conclusive

L'analisi dei dati ha messo in evidenza variazioni moderatamente significative; la preoccupazione rilevata attraverso la scala VAS riadattata a tale oggetto di ricerca, è diminuita fra il pre e il post test: la differenza fra la preoccupazione media del pre-test (M= 2,5) e quella del post-test (M= 1,11), coincide con 1,38 (cfr. tab. 1). In generale, si può concludere che la comunicazione ipnotica da me effettuata sia stata efficace nel ridurre la condizione di preoccupazione mostrata dal paziente al momento dell'accoglienza prima di ricevere la prestazione sanitaria.

Tra i punti di forza e i vantaggi presentati da questa ricerca, vorrei annoverare la fedeltà del contesto di ricerca a quello reale, ossia il contesto logistico, rappresentato dalle sale d'attesa degli ambulatori e dagli ambulatori stessi, e il contesto umano, costituito dalle svariate tipologie di pazienti che possono giungere al servizio poliambulatoriale e dalla figura infermieristica deputata all'accoglienza e alla presa in carico dell'utenza. A mio avviso, l'effetto causale della comunicazione ipnotica sulla preoccupazione, che si esprime con il valore di 1,38, può essere interpretato come un risultato piuttosto positivo, in quanto i valori di partenza della preoccupazione non erano elevati, trattandosi di condizioni personali di salute non acute e non legate ad un ricovero.

Durante la mia indagine di ricerca, si è presentata in modo ricorrente una tendenza dei soggetti a sottostimare la propria preoccupazione, ossia alcuni di essi sono stati riluttanti a rivelare la propria condizione, affinché potesse emergere la migliore immagine possibile anche se poco veritiera; tale fenomeno da me riscontrato si collega alla cosiddetta "desiderabilità sociale delle risposte", la valutazione socialmente condivisa che in una certa cultura viene data ad un certo atteggiamento o comportamento individuale (Corbetta, 1999).

In conclusione, vorrei esprimere la mia profonda fiducia nelle potenzialità terapeutiche della comunicazione ipnotica in ambito sanitario, strettamente legate al carisma e alle competenze del comunicatore affinate giorno dopo giorno, ed anche ad una spiccata curiosità verso l'interlocutore unite al piacere di poter dare maggior benessere alla persona che soffre.

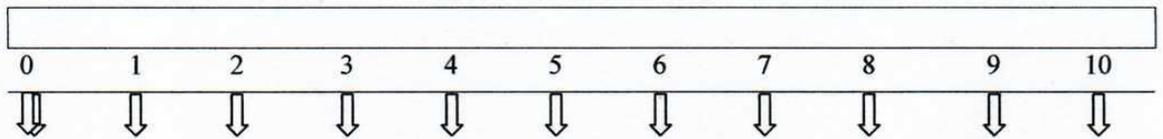
Tabella 1

CASI	PRE TEST	POST TEST	DIFF.
1° P.TE	4	2	
2° P.TE	2	0	
3° P.TE	4	2	
4° P.TE	2	0	
5° P.TE	2	0	
6° P.TE	0	0	
7° P.TE	0	0	
8° P.TE	0	0	
9° P.TE	0	0	
10° P.TE	6	0	
11° P.TE	4	2	
12° P.TE	0	0	
13° P.TE	2	2	
14° P.TE	4	2	
15° P.TE	4	0	
16° P.TE	3	2	
17° P.TE	0	0	
18° P.TE	1	0	
19° P.TE	4	4	
20° P.TE	0	2	
21° P.TE	4	2	
22° P.TE	6	4	
23° P.TE	4	3,5	
24° P.TE	5	4	
25° P.TE	4	4	
26° P.TE	0	0	
27° P.TE	0	2	
28° P.TE	4	2	
29° P.TE	0	0	
30° P.TE	0	0	
31° P.TE	4	0	
32° P.TE	2	2	
33° P.TE	0	0	
34° P.TE	4	0	
35° P.TE	3	0	
36° P.TE	5	3	
37° P.TE	2	0	
38° P.TE	1	0	
39° P.TE	4	0	
40° P.TE	6	0	
MEDIE	2,5	1,1125	1,3875

Appendice



SCALA VAS



0 NO HURT	2 HURTS LITTLE BIT	4 HURTS LITTLE MORE	6 HURTS EVEN MORE	8 HURTS WHOLE LOT	10 HURTS WORST

Nessuna
Preoccupazione

Poca
preoccupazione

Un po' di
preoccupazione

Più
preoccupazione

Molta
preoccupazione

Tantissima
preoccupazione

Bibliografia.

Bona, M.(1999): “L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori ed utenti”, *Managment infermieristico*, 4.

Collegio IPASVI, Gorizia: *Dalla formazione all'organizzazione. Dalla teoria alla prassi*, <<http://www.ipasvigorizia.it/allegatiCorsi/organizzazioneGO.pdf>>, 2005.

Corbetta, P.(1999): *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.

Endler, N.S., Edwards, J.M., Vitelli, R.(1991): *EMAS. Eandler Multidimensional Anxiety Scales*, Firenze, O.S.

Erickson, M.H.(1982): *La mia voce ti accompagnerà*, Roma, Astrolabio.

Granone, F.(1962): *Trattato di ipnosi*, Torino, Utet.

Mastronardi, V.(2002): *Le strategie della comunicazione umana*, Milano, Franco Angeli.

Rosengren, K.E.(2000): *Introduzione allo studio della comunicazione*, Bologna, Mulino.

Spielberger, C.D.(1980): *Test Anxiety Inventory*, Firenze, O.S.

Ringraziamenti.

Un ringraziamento speciale va al mio relatore, Dr. Somma, alla Dr.ssa Pregno, laureata in Psicologia Clinica, ai medici cardiologi, Dr. Magnotta, Dr. Gentile, Dr. Alfani, Dr. Buscemi, alla Dr.ssa Rissone, dermatologa e alla Sig.ra Manuela della Segreteria Organizzativa.