



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2025**

**Empowerment del paziente chirurgico,
attraverso la comunicazione ipnotica**

**Candidato
Cristina Bizzocchi**

**Relatore
Maicol Carvello**

**Correlatore
Ludovica Nocilli**

INDICE

PREMESSA	3
INTRODUZIONE	4
Rilevanza dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica per la professione infermieristica	5
Evidenze sulla Comunicazione Ipnotica in ambito chirurgico	7
Riferimenti normativi	9
IL CONTESTO LAVORATIVO CHIRURGICO PERIOPERATORIO.....	10
L'assistenza chirurgica perioperatoria	10
La fase preoperatoria	10
La fase intraoperatoria	12
La fase postoperatoria	12
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA E L'IPNOSI IN AMBITO PERIOPERATORIO.....	14
L'ascolto attivo secondo la teoria di Carl Rogers.....	14
Comunicazione Ipnotica e Ipnosi	15
Struttura dell'Ipnosi	18
METODI	21
CASI CLINICI.....	22
CONCLUSIONI.....	38
RINGRAZIAMENTI.....	39
BIBLIOGRAFIA	40

PREMESSA

Curare e prendersi cura: il cuore della professione infermieristica.

Nel mondo dell'assistenza sanitaria, "curare" e "prendersi cura" sono due concetti fondamentali, entrambi essenziali nella pratica infermieristica. Sebbene spesso usati come sinonimi, rappresentano due aspetti distinti ma complementari del lavoro dell'infermiere.

Curare significa intervenire per trattare una malattia, somministrare una terapia, monitorare parametri clinici. È un'attività tecnica, basata su conoscenze scientifiche, protocolli precisi e competenze professionali. È l'atto che mira a ripristinare la salute fisica del paziente.

Ma la vera essenza dell'essere infermiere si manifesta nel "prendersi cura". Questo significa essere presenti con empatia, ascoltare con attenzione, comunicare in modo rispettoso, riconoscere la persona nella sua globalità — non solo come portatrice di una patologia, ma come individuo con bisogni emotivi, psicologici, culturali e relazionali. Prendersi cura è accompagnare il paziente in un percorso spesso difficile, offrendo non solo assistenza tecnica, ma anche conforto, dignità e umanità.

Nel contesto infermieristico, curare senza prendersi cura rischia di ridurre l'assistenza a un insieme di atti meccanici. Al contrario, prendersi cura senza una solida base clinica rischia di diventare inefficace. È nell'equilibrio tra competenza professionale e attenzione umana che si realizza pienamente la missione infermieristica.

Essere infermieri significa, ogni giorno, unire mente e cuore, tecnica e compassione, per fare la differenza nella vita degli altri.

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo documento è analizzare l'implementazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica con particolare riferimento al percorso del paziente, nell'ambito della U.O. Chirurgia e Senologia di Santarcangelo di Romagna.

L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica (C.I.) - intesa come sua applicazione relazionale - è una tecnica che utilizza l'applicazione consapevole del linguaggio e dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente, per indurre nel paziente uno stato mentale naturale e diverso dagli stati di veglia e di sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione. Lo stato mentale d'ipnosi è quindi uno stato fisiologico e dinamico, che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l'espressione della potenza di una immagine (monoideismo plastico), inducendo rassicurazione e tranquillità nel paziente in difficoltà, favorendo la collaborazione e la cura, riducendo l'ansia e la percezione del dolore⁽¹⁾.

La C.I. è composta da fasi che hanno la loro origine nell'ipnosi e devono essere seguite ordinatamente da coloro che ne fanno utilizzo, per far sì che attraverso le parole si arrivi al risultato che si vuole ottenere.

Tuttavia, non necessariamente attraverso la C.I. si arriva allo stato di ipnosi: questa è una delle differenze che distingue l'ipnosi dalla comunicazione ipnotica, la quale utilizza la persuasione (atto di convincimento che fa appello alla ragione) al posto della suggestione (atto di convincimento che elude la coscienza e la ragione) per ottenere una risposta positiva a quanto viene proposto. Quindi, se l'ipnotizzatore (ovvero colui che utilizza tecniche per far entrare una persona in ipnosi) utilizza una suggestione estesa per condurre il paziente in ipnosi, l'ipnotista (esperto in comunicazione ipnotica) fa uso della forza delle parole e della loro azione a livello neurofisiologico⁽²⁾.

Durante questo corso ho avuto modo di rinforzare quanto appreso, nei lunghi anni della mia professione come infermiera, sul valore della relazione terapeutica all'interno della quale si colloca ogni tipo di comunicazione col paziente. La comunicazione che viene utilizzata abitualmente nella normale relazione interpersonale e terapeutica con i pazienti, può essere gestita meglio se si è consapevoli della potenza della comunicazione ipnotica. L'accurata scelta della terminologia, l'approccio non verbale coerente e l'attenzione ai segnali inconsci, consentono di raggiungere risultati efficaci ed a volte sorprendenti.

Obiettivo di questo elaborato è di portare ulteriori evidenze di come sia possibile, attraverso l'ipnosi e la C.I., aiutare il paziente a raggiungere una dimensione personale nell'attribuzione degli eventi a

sé stesso, agli altri e al destino in modo tale da raggiungere un equilibrio tra la responsabilità personale, nei confronti della malattia e della cura. Per fare questo si deve favorire nel paziente lo sviluppo delle abilità di coping, intese come tutte quelle strategie messe in atto per far fronte alla malattia, alle situazioni stressanti e al disagio che la patologia comporta negli ambiti del quotidiano, nella vita affettiva, relazione sociale ed emotiva. Il paziente può essere aiutato da una maggior conoscenza della malattia, da una acquisizione della padronanza nella sua gestione, dall'uso di meccanismi di difesa che lo aiutino a dare significato ai propri vissuti e ancora da tecniche che favoriscano l'autostima e la fiducia in sé stessi.

Rilevanza dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica per la professione infermieristica

L'infermiere è la figura sanitaria che passa più tempo con il paziente, dunque ha più possibilità d'interagire con esso. Il paziente entrando in ospedale si trova già in uno stato alterato che lo rende più suscettibile alle suggestioni, allora proprio per questo motivo l'Infermieristica e l'ipnosi possono essere un binomio perfetto.

Gli infermieri formati in ipnosi migliorano notevolmente i risultati clinici e la soddisfazione dei pazienti, perché sono in grado di utilizzare un linguaggio terapeutico, essendo a conoscenza della differenza tra una comunicazione negativa e una comunicazione positiva e costruttiva.

L'ipnosi può essere considerata come un'estensione dell'assistenza infermieristica poiché l'infermiere, creando una relazione di fiducia con il paziente, è in grado d'attuare una strategia terapeutica che permette all'individuo di sperimentare un particolare stato di coscienza in cui è possibile sviluppare ed incrementare le capacità di empowerment. Come disse Florence Nightingale: gli infermieri devono usare le parole per aiutare i pazienti a cambiare i loro pensieri poiché sono ancora lo strumento più potente di cui dispongono⁽³⁾. La differenza con le altre modalità comunicative è nella capacità del professionista di sfruttare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici che coinvolgono alcune funzioni mentali. L'assistenza infermieristica si pone l'obiettivo di sviluppare nel paziente l'autoefficacia, l'autodeterminazione, la stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi consapevolmente del suo potenziale. La comunicazione ipnotica come applicazione relazionale dell'ipnosi clinica rientra tra gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare durante l'assistenza per far sì che l'individuo viva un'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psico-fisico che potrà poi prolungarsi a domicilio e nella vita quotidiana.

In ambito sanitario l'ipnosi viene introdotta dapprima come metodo per la gestione di ansia e dolore procedurale, estendendosi successivamente ad altri ambiti assistenziali per procedure diagnostiche (prelievi, biopsie, TAC), travaglio o parto, ustioni, dolore acuto o cronico, crisi respiratorie o interventi chirurgici.

Evidenze sulla comunicazione ipnotica in ambito infermieristico

Articolo 1 - ***“Conoscenze e percezioni dell'infermiere sull'ipnosi comunicativa: uno studio osservazionale”***⁽⁴⁾

Molte prove mostrano che la ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica come sua applicazione relazionale può avere un effetto antidolorifico e ridurre complicazioni come ansia, insonnia e depressione. Ogni volta che questa tecnica è stata applicata, l'uso di prodotti farmaceutici è stato ridotto, c'erano meno effetti collaterali, tempi di ricovero più brevi e costi di trattamento inferiori. Lo scopo di questo studio è valutare le conoscenze e le percezioni degli infermieri sulla comunicazione ipnotica e le cause per cui questa tecnica non viene utilizzata frequentemente. Un obiettivo secondario è misurare l'efficacia di un evento educativo sull'ipnosi.

La valutazione è stata effettuata somministrando direttamente un sondaggio anonimo e volontario creato ad hoc, in una modalità pre-test e post-test, agli infermieri iscritti a un evento formativo di quattro ore sulla comunicazione ipnotica organizzato nel 2019 dall'Ordine infermieristico della Provincia di Ravenna. 78 infermieri (85,7%) hanno partecipato allo studio. L'analisi dei risultati del pre-test mostra una lacuna di conoscenza per quanto riguarda la comunicazione ipnotica: la variazione delle risposte tra il pre-test e il post-test (T-Student) ha mostrato una differenza radicale nelle conoscenze (95%-100% risposte corrette). Le cause principali della mancanza di uso della comunicazione ipnotica sono state trovate in stereotipi e pregiudizi legati a questa tecnica e insufficiente istruzione universitaria. In conclusione, l'implementazione della comunicazione ipnotica richiede una creazione preliminare di cultura riguardo a questo tema, in grado di superare gli stereotipi e le resistenze portate dalla mancanza di elementi teorici.

Evidenze sulla Comunicazione Ipnotica in ambito chirurgico

Articolo 2 - ***“Ipnosi per la preparazione preoperatoria”***⁽⁵⁾

L'uso dell'ipnosi per l'anestesia durante l'intervento chirurgico è già stato menzionato. L'ipnosi ha dimostrato di essere uno degli strumenti più potenti per migliorare il recupero chirurgico. Montgomery et al. hanno esaminato le prove sull'ipnosi come approccio aggiuntivo per i pazienti sottoposti a intervento chirurgico: "I pazienti ricevono cure chirurgiche e anestesologiche standard secondo il protocollo ma con l'ipnosi aggiunta al pacchetto di trattamento". Montgomery et al. hanno esaminato 20 studi di ricerca ben controllati, utilizzando tecniche meta-analitiche, e hanno concluso che l'ipnosi è un efficace trattamento aggiuntivo per i pazienti sottoposti a intervento chirurgico. La meta-analisi ha mostrato un ampio impatto benefico dell'ipnosi sui pazienti chirurgici, in tutte le categorie di risultati. Misure soggettive come ansia e dolore, misure oggettive come uso di analgesici, misure fisiologiche, tempo di recupero e tempo di trattamento, hanno tutte mostrato risultati benefici comparabili per i pazienti nei gruppi sottoposti a ipnosi. I pazienti nei gruppi sottoposti a ipnosi hanno mostrato risultati medici e psicologici migliori rispetto all'89% dei pazienti che non hanno ricevuto ipnosi. Una ricerca successiva di Montgomery et al. ha mostrato che non solo l'ipnosi poteva ridurre la sofferenza dei pazienti, migliorare la guarigione e ottimizzare il tempo di recupero, ma che i risparmi per l'ospedale erano sostanziali, principalmente nella riduzione del tempo in sala operatoria.

Articolo 3 - ***“Ipnosi nella gestione perioperatoria della chirurgia del cancro al seno: benefici clinici e potenziali implicazioni”***⁽⁶⁾

Studi condotti da Faymonville et al. hanno mostrato una significativa riduzione dei punteggi del dolore, del consumo di analgesici e della nausea postoperatoria quando i pazienti sono stati sottoposti a intervento chirurgico con anestesia locale e ipnosi (ipnosedazione) rispetto all'anestesia generale

Allo stesso modo, in uno studio prospettico randomizzato, Defechereux et al. hanno riscontrato livelli di dolore più bassi, meno affaticamento, migliori tassi di recupero e una ridotta risposta infiammatoria un giorno dopo l'intervento chirurgico con l'uso di ipnoanalgesia rispetto all'anestesia generale

Le tecniche di ipnosi migliorano il comfort intraoperatorio e riducono l'ansia, il dolore e i requisiti intraoperatori di farmaci ansiolitici e analgesici, garantendo al contempo condizioni chirurgiche ottimali e tassi di recupero più rapidi.

In uno studio prospettico randomizzato, Lang et al. hanno dimostrato che l'ipnosi è benefica durante le procedure mediche invasive riducendo i sintomi del dolore e dell'ansia, migliorando la stabilità emodinamica e riducendo i tempi operatori.

Durante l'intervento chirurgico, l'anestesista-ipnoterapeuta offre "suggerimenti", con effetti favorevoli immediati che possono persistere nel tempo. Alla fine dell'intervento chirurgico, i suggerimenti postipnotici assicurano un comfort continuo, comprese emozioni positive e strategie antistress, che servono a migliorare la gestione nel periodo postoperatorio. Questi suggerimenti sono molto potenti e possono agire per periodi di tempo prolungati. Tali fattori biocomportamentali possono influenzare significativamente i processi cellulari e molecolari sottostanti delle cellule maligne e possono eventualmente avere un impatto sugli esiti oncologici.

I principali effetti avversi della gestione chirurgica postoperatoria del cancro al seno sono nausea, vomito, dolore e affaticamento, tutti attenuabili mediante l'uso dell'ipnosi e dell'anestesia locale.

L'ipnosi può anche avere effetti benefici sulla guarigione delle ferite postoperatorie. In un piccolo studio clinico randomizzato, Ginandes et al. hanno dimostrato gli effetti positivi dell'ipnosi dopo la mastoplastica: la guarigione delle ferite sia a 1 che a 7 settimane dall'intervento è stata significativamente migliorata nel gruppo sottoposto a ipnosi.

Riferimenti normativi

- *art. 1 del profilo professionale dell'infermiere, comma 1/2/3 (legge 44/99, fonte normativa DM del 14 settembre 1994, n. 739)*

Attribuisce alla figura professionale dell'infermiere la piena responsabilità per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica, con assunzione quindi della responsabilità dell'intero processo assistenziale, dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico.

- *art 4 del codice deontologico delle professioni infermieristiche - Relazione di cura*

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali: il tempo di relazione è tempo di cura.

- *art 17 del codice deontologico delle professioni infermieristiche - Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura*

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni, e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e, con il suo libero consenso, coinvolge anche le persone di riferimento del paziente, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

- *art 21 del codice deontologico delle professioni infermieristiche - Strategie e modalità comunicative*

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci⁽⁷⁾.

IL CONTESTO LAVORATIVO CHIRURGICO PERIOPERATORIO

L'assistenza chirurgica perioperatoria

L'assistenza chirurgica perioperatoria comprende le cure infermieristiche preoperatorie (prestate prima), intraoperatorie (durante) e post operatorie (decorso fino alla dimissione).

L'intervento chirurgico può essere effettuato per motivi diagnostici, terapeutici, ricostruttivi, palliativi o estetici. Qualsiasi intervento chirurgico, indipendente dalla sua complessità, costituisce un evento importante per il paziente e la sua famiglia e può generare risposte fisiche e psicologiche.

La fase preoperatoria

La fase preoperatoria inizia nel momento in cui viene presa la decisione di eseguire un intervento chirurgico, termina con il trasferimento della persona in sala operatoria e comprende tutte le misure assistenziali che permettono alla persona di affrontare l'evento chirurgico nelle migliori condizioni fisiche e psicologiche.

Diversi anni fa chi doveva essere operato veniva ricoverato da uno a tre giorni prima dell'intervento per la valutazione e la preparazione e veniva dimesso in genere dopo la rimozione dei punti di sutura. Oggi la durata della degenza ospedaliera è limitata, e diverse attività vengono eseguite al di fuori del ricovero. In base alla complessità dell'intervento chirurgico, il paziente viene ricoverato al mattino dell'intervento e può essere dimesso il giorno stesso o pochi giorni dopo.

L'obiettivo dell'assistenza infermieristica è quello di prendersi cura dei pazienti che affrontano l'intervento chirurgico, eseguendo i seguenti interventi standard, che vanno però adattati alle condizioni del singolo paziente:

- raccogliere i dati utili per conoscere la storia del paziente;
- eseguire l'esame fisico e interpretare gli esami;
- valutare lo stato psicologico ed emotivo del paziente;
- dare informazioni per la preparazione fisica preoperatoria;
- insegnare esercizi utili a prevenire le complicanze postoperatorie;
- fornire sostegno emotivo per ridurre la paura e l'ansia.

Nella fase preoperatoria si persegue soprattutto un obiettivo informativo, fornendo al paziente le informazioni relative alle attività via via messe in atto, e rispondendo alle sue domande e indentificando i suoi bisogni.

L'intervento chirurgico costituisce un fattore di stress fisico e psicologico. Le risposte psicologiche allo stress sono ansia, paura e sentimento di inadeguatezza e di impotenza, che possono determinare nella persona una difficoltà di adattamento alla situazione ignota.

L'ansia preoperatoria è un fattore che viene rilevato, seppur con livelli diversi, in circa 2/3 dei pazienti in attesa di intervento chirurgico, ma per gli interventi di chirurgia maggiore la percentuale aumenta fino dell'80%. Un certo livello di ansia è fisiologico e può essere condizionato da fattori quali l'età il sesso e l'esperienza. I pazienti giovani e le donne e le persone che hanno avuto esperienze chirurgiche pregresse sono più ansiose, mentre le persone che hanno avuto esperienze di ospedalizzazione positive, che si sentono prese in carico, informate e fiduciose sono più calme⁽⁸⁾. L'ansia provata dal paziente nella fase preoperatoria è tipicamente associata alla paura dell'intervento e dell'anestesia; in particolare i pazienti hanno paura di non svegliarsi o svegliarsi durante l'intervento, e di provare sensazioni sgradevoli come nausea e dolore (es. durante l'inserzione dell'ago cannula), di aver problemi cerebrali e di perdere la memoria⁽⁹⁾.

Gli interventi di riduzione dell'ansia dipendono dai meccanismi di adattamento e coping del paziente, quindi possono variare da persona a persona. Alcuni pazienti desiderano conoscere ogni particolare dell'intervento cui devono essere sottoposti e cosa potranno sentire, quindi dare loro poche informazioni potrebbe aggravare lo stress. Altri invece preferiscono avere poche informazioni, solo quelle necessarie, o non averne affatto: in questo caso fornire informazioni dettagliate potrebbe aumentare lo stato di ansia e paura. Si può ridurre l'ansia riducendo l'incertezza e la paura attraverso la comunicazione e l'ascolto, rassicurando con messaggi positivi e favorendo la capacità di autocontrollo, ad esempio facendo fare esercizi di rilassamento muscolare, promuovendo la fiducia nell'équipe di cura.

Quando i pazienti affrontano l'intervento chirurgico con livelli di ansia e paura contenuti presentano un recupero migliore, provano meno dolore, richiedono meno analgesici e sviluppano meno complicanze⁽¹⁰⁾.

La fase intraoperatoria

Quando il paziente entra in sala operatoria può provare sentimenti collegati alla paura dell'intervento chirurgico e dell'anestesia, come la paura di non svegliarsi, o il timore di perdere il controllo e l'autonomia. Inoltre l'ambiente della sala operatoria può sembrare freddo e spaventare il malato, che nota un ambiente altamente tecnologico, con luci intense e personale "mascherato", che indossa mascherine copricapo, mascherine chirurgiche e camici lunghi. Presentarsi, rimuovere la maschera, chiamare per nome la persona, offrire spiegazioni, incoraggiare le domande e l'esplicitazione delle preoccupazioni, garantire la vicinanza... possono essere azioni di caring che aiutano l'operando a sentirsi più sicuro e a percepire una maggior vicinanza emotiva dell'operatore. È importante inoltre che l'infermiere racconti all'operando cosa troverà in sala operatoria, quanto durerà l'intervento e come avverrà la prima fase dell'anestesia, in modo che esso possa avere una sensazione di controllo sull'esperienza che sta vivendo e sulla situazione⁽¹⁰⁾.

La fase postoperatoria

La fase postoperatoria riguarda il periodo in cui il paziente è trasferito nel reparto di degenza: la permanenza può essere breve, meno di un giorno, oppure lunga a seconda delle condizioni di salute, del tipo di intervento o della anestesia praticata, e dei rischi del paziente.

La fase postoperatoria include il monitoraggio delle complicanze, la riattivazione dell'autonomia della persona sulle attività quotidiane, il riadattamento a una nuova situazione e, in alcuni casi, l'educazione all'autogestione delle limitazioni funzionali conseguenti agli esiti chirurgici.

La IASP (International Association for the Study of Pain) definisce il dolore, nella versione aggiornata del 2020, come *"un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata o che sembra associata, ad un danno tissutale potenziale o in atto"*. Questa definizione sottolinea che il dolore non è semplicemente una sensazione fisica, ma anche un'esperienza emotiva e psicologica, che può essere influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali. La IASP ha anche introdotto sei note che ampliano la comprensione del dolore, evidenziando che il dolore è sempre un'esperienza personale e che può essere influenzato dai fattori individuali e sociali.

Il dolore postoperatorio è una risposta fisiopatologica, negativa per il paziente, a un trauma subito dopo un intervento di chirurgia maggiore o minore. Nonostante i continui progressi nella gestione del dolore post operatorio, la percentuale dei pazienti operati con dolore da moderato a severo è ancora elevata all'interno di un range del 20-80% durante l'immediato periodo post operatorio,

mentre circa il 60-70% presenta dolore al momento della dimissione, in particolare alcune specifiche popolazioni, come le persone operate in day surgery, i pazienti ortopedici e gli anziani⁽¹¹⁾. Oltre ad essere un indicatore di qualità dell'assistenza e della soddisfazione del paziente, il controllo del dolore migliora la percezione dell'esperienza perioperatoria e riduce i rischi di complicanze respiratorie e cardiovascolari, cronicizzazione del dolore stesso e delirium (stato confusionale negli anziani).

Determinanti del dolore post operatorio: varie componenti intervengono nella percezione del dolore postoperatorio: psico-affettive (es. ansia del paziente), esperienze precedenti e aspettative personali, età, sesso, peso corporeo, sede e durata dell'intervento e la tecnica chirurgica e anestesiológica, complicanze personali⁽¹²⁾.

Effetti sistemici del dolore acuto post operatorio: dopo una lesione tissutale si manifestano profonde alterazioni neuroendocrine dovute alla stimolazione dell'ipotalamo che è direttamente collegato alle vie del dolore. Le risposte della persona al dolore si manifestano con effetti negativi sulla funzionalità polmonare cardiovascolare, gastrointestinale ed endocrino-metabolica, nonché sulla sfera psicosociale.

Nella fase postoperatoria è inclusa anche la dimissione del paziente e l'educazione terapeutica.

Il momento della **dimissione** del paziente è un momento cruciale del suo percorso clinico. Mentre per occhi inesperti può sembrare che sia terminato il suo iter, in realtà spesso e volentieri è il momento in cui necessita di essere maggiormente preso in carico⁽¹⁰⁾.

Un ruolo cruciale è giocato dalla relazione **educativa** fra infermiere e paziente: per **educazione** del paziente si intende un processo intenzionale e consapevole che come tale, deve essere ricondotto all'interno di specifici programmi e sostenuto da una metodologia pedagogica rigorosa che si propone di attivare la persona per portarla ad acquisire modi di pensare ed agire nuovi. Mentre i concetti di **istruzione, informazione e addestramento** sottendono un **ruolo** più **passivo** da parte del paziente e un processo di insegnamento guidato dal professionista sanitario l'educazione del paziente contempla invece la sua partecipazione attiva. Spesso gli operatori della salute durante le normali attività assistenziali al letto del paziente "insegnano" in modo informale e inconsapevole: si tratta soprattutto di informazioni o istruzioni orientate a motivare gli interventi, e i sintomi, durante la fase acuta della malattia. Un progetto educativo invece presuppone che gli operatori abbiano l'**intenzionalità** di attivare una relazione educativa con il paziente e i familiari, orientata non solo al 'qui e ora', ma anche al futuro, al ritorno a casa, alla fase di compenso, a partire da un'alleanza soggettiva ed emotiva con il paziente, che passa attraverso un'educazione finalizzata al cambiamento⁽¹³⁾.

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA E L'IPNOSI IN AMBITO PERIOPERATORIO

In qualità di infermiera, ho sempre nutrito un profondo interesse per la formazione nell'ambito della comunicazione e dell'ascolto, riconoscendoli come strumenti fondamentali per una relazione di cura efficace.

L'ascolto attivo secondo la teoria di Carl Rogers

Carl Ramson Rogers, psicologo e psicoterapeuta americano, viene considerato il padre della terapia non direttiva e del Counseling relazionale tra gli anni '50 e '60 del '900. La sua filosofia parte dal presupposto che ciascun individuo abbia dentro di sé la forza o l'energia finalizzata a trovare lui stesso le soluzioni ai problemi. Questa capacità emerge se si aiuta il soggetto in questione a prendere coscienza della situazione da affrontare e di sé stesso.

L'ascolto attivo, da lui proposto, è un metodo particolare di ascoltare quanto viene detto e sentito da una persona, è una forma strutturata di ascolto e di risposta che concentra l'attenzione su chi parla. Parlare delle proprie emozioni, dare un nome ai sentimenti provati riduce l'ansia connessa all'operazione e può avvicinare così il paziente al momento dell'intervento con una sorta di tranquillità psicologica. Con questa modalità di ascolto si cerca di catturare e ripetere i sentimenti e i significati più profondi di colui che parla per aiutarlo a sentirsi compreso. In questa fase non si analizza, non si interpreta, non si giudica e non si danno consigli⁽¹⁴⁾.

Come afferma Rogers, bisogna ascoltare i pazienti operandi parlare delle loro preoccupazioni e dei loro ricordi, non rispondere direttamente all'utente ma riformulare il suo pensiero, mandare un feedback di quanto compreso piuttosto che dare delle risposte dirette. L'infermiere deve tenere in considerazione che l'ascolto attivo richiede tempo ed attenzione affinché il paziente possa esprimere le sue preoccupazioni, i suoi desideri e le sue idee⁽¹⁵⁾. Bisogna prestare attenzione per recepire la parte dei sentimenti composta da emozioni e da sensazioni che possono essere descritte verbalmente o essere inviate tramite significati non verbali come l'espressione del volto, la posizione del corpo e i gesti⁽¹⁶⁾.

Chi applica l'ascolto attivo deve avere delle caratteristiche fondamentali, considerate da Rogers come prerequisiti necessari per aiutare l'individuo. Queste fanno riferimento alla corrente del counseling che si sviluppa sulla originaria intuizione rogersiana secondo la quale "se una persona si trova in difficoltà, il miglior modo di venirle in aiuto non è quello di dirle cosa fare, quanto piuttosto quello di aiutarla a comprendere la situazione e a gestire il problema prendendo autonomamente e pienamente la responsabilità delle scelte eventuali"⁽¹⁷⁾.

Comunicazione Ipnotica e Ipnosi

Il linguaggio verbale e la comunicazione non verbale hanno, comunque vengano più o meno consapevolmente utilizzati, un grande potere sia in senso negativo sia in senso positivo.

E' fondamentale che gli operatori siano addestrati a utilizzare in maniera consapevole frasi e gesti che sono determinanti nella gestione del percorso di cura del paziente e delle criticità che si devono affrontare.

Esistono delle particelle del periodo che assumono una particolare importanza, perché riescono a "cancellare" ciò che viene detto prima e pongono l'accento sulla frase che introducono: queste sono chiamate "cancellatori" e sono "ma", "però", "tuttavia", "invece". Ad esempio, nel seguente periodo: "capisco che lei in questo momento sia ansiosa per l'intervento MA l'equipe che si occuperà di lei è molto preparata", grazie al "ma avversativo" si accentua la seconda parte della frase, e l'inconscio di chi ascolta trascurerà tutto ciò che c'è prima.

Dal momento che la mente è incapace di creare concetti negativi, devono essere evitate le frasi introdotte dal "non"; il NON conferma il *frame*, infatti se qualcuno dicesse "non ti preoccupare", inevitabilmente la preoccupazione di chi ascolta aumenterebbe. Questo perché inconsciamente "non" viene cancellato, non essendo possibile rappresentarlo con un'immagine.

Importante ruolo svolgono anche le congiunzioni "E" e "PERCHE' ", le quali connettono le parti del discorso in modo logico. Un esempio del loro utilizzo è il seguente: "mettiti seduto e chiudi gli occhi perché così riuscirai a concentrarti meglio sulla mia voce.

La Comunicazione Ipnotica (C. I.) è una tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente. Il principio della Comunicazione Ipnotica è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali, che riverberino nel corpo modificandolo.

Con la C. I. si guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo.

La C. I. si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente.

Può essere utilizzata anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza ma la relazione di fiducia che si instaura può portare alla realizzazione di uno stato di coscienza particolare, fisiologico e dinamico che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l'espressione della potenza di una immagine⁽¹⁸⁾.

- **Movimenti automatici** – dalla catalessi al movimento
 - gestione indipendente dal mio controllo cosciente
- **Inibizione dei movimenti volontari** – impossibilità di compiere certi movimenti come alzarsi o parlare
 - possibilità di inibire l'automatismo
- **Analgesia** – riduzione o eliminazione delle sensazioni dolorose
 - possibilità di azione sulla percezione
- **Sanguinamento** – vasocostrizione e inibizione
 - possibilità di gestione somato-viscerale
- **Condizionamento** – richiamo a rientrare in trance rapidamente
 - possibilità di richiamare ciò che abbiamo imparato quando ci serve

SCHEMA
CORPOREO

SCHEMA
CORPOREO

APPARATO
SENSITIVO

APPARATO
VASCOL.

RECETTIV.
IPNOTICA

Struttura dell'Ipnosi

La comunicazione ipnotica, come applicazione relazionale dell'ipnosi clinica, segue alcune fasi importanti per far sì che avvenga una comunicazione efficace e si arrivi alla condizione ipnotica.

1. "Creare fiducia": la fiducia è un fattore indispensabile affinché si abbassi la critica del paziente e si crei un rapporto di connessione con il paziente che si ottiene coll'accoglienza, lo *Yes set* e il ricalco.

L'accoglienza significa ascoltare l'altro senza giudizi, ricercando il canale comunicativo preferenziale del soggetto (ad es. visivo, uditivo e cinestetico).

Lo *Yes set* serve per ridurre la critica dell'inconscio e facilitare l'induzione, e consiste nella formulazione di tre domande chiuse o affermazioni alle quali il soggetto risponde necessariamente "sì" e che possono essere espresse come:

- *Vere e immediatamente verificabili* (solitamente vengono enunciate almeno due frasi di questo tipo),

- *Non immediatamente verificabili*

Tipicamente, una serie di risposte affermative porta il paziente a rispondere affermativamente anche a ciò che viene detto successivamente.

Esempi:

- *Lei è il signor/ la signora...? (Sì)*

- *Lei è qui per un intervento a... (Sì)*

- *Lei è stato operato dal dottor ... (Sì)*

Il ricalco è un meccanismo di retroazione ed avviene quando l'ipnotista imita il paziente e permette al paziente di rispecchiarsi. Si può accordare con parti del comportamento verbale e non verbale dell'interlocutore, in una sorta di danza tra terapeuta e paziente. E' possibile ricalcare l'esperienza che vive internamente al suo corpo oppure esperienze esterne:

Esempi:

- *puoi sentire l'aria che entra ed esce dalle tue narici...*

- *puoi sentire i suoni che provengono da fuori...*

2. "Contratto terapeutico": E' importante stabilire un contratto terapeutico identificando il bisogno del paziente e l'obiettivo che si vuole raggiungere. In questo modo creiamo un legame preferenziale, stimolando la fiducia e definendo un obiettivo condiviso.

Esempio: *Lei ha bisogno di una buona cura, e per avere una buona cura è necessaria la sua collaborazione...*

3. **“Ordine motivato”**: si tratta dell’enunciazione di un ordine che deve essere in linea con l’obiettivo, semplice, attuabile e possibile. Motivando con l’utilizzo del “perché”, l’inconscio del paziente accetta più facilmente ciò che si chiede di fare, dal momento che viene fatta leva sulla sua parte razionale.

Esempio: *Si metta comodo perché così sarà più semplice rilassare i muscoli.*

4. **“Descrizione”**: l’operatore descrive attraverso i cinque sensi ciò che il paziente può sentire, percepire, ascoltare; devono essere affermazioni inconfutabili, con astensione del giudizio dell’operatore.

Esempio: *Vedo che sei seduto sulla sedia, vedo che hai i piedi appoggiati per terra*

5. **“Ricalco”**: è una descrizione attraverso l’esperienza dell’altra persona sempre attraverso la percezione dei cinque sensi.

Esempio: *Puoi renderti conto della temperatura di questa stanza, e dei colori delle pareti di questa stanza. Puoi anche accorgerti dei rumori che provengono dall’esterno.*

6. **“Suggestione”**: Sequenzialmente si passa a collegare i ricalchi fisici alla suggestione. Si suggerisce un monoideismo plastico. Per suggerire il cambiamento si utilizza il tempo futuro stimolando tutti i sensi del soggetto e utilizzando immagini.

L’attivazione dell’immagine mentale è fondamentale per creare il cambiamento, questa può essere guidata associandola a ricordi, all’uso di metafore per aiutare il paziente ad accogliere e a realizzare quanto suggerito.

Esempio: *E mentre espira si può accorgere di come le sue spalle si abbassano e il suo rilassamento si farà sempre più profondo...*

7. **“Ratifica”**:_Una volta che si è realizzato quanto suggerito si deve sottolineare il cambiamento avvenuto. L’operatore verifica ma soprattutto rende consapevole il soggetto del cambiamento avvenuto, con la consapevolezza della modifica dello stato di coscienza, dell’esperienza e della sua potenza.

Si utilizza il tempo presente e si gratifica il paziente e lo si rende consapevole di esser capace di cambiare una situazione.

Una volta sottolineata questa capacità, sarà possibile agganciare altre suggestioni e introdurre la fase terapeutica.

Esempio: *e adesso che il tuo braccio è completamente abbandonato (si solleva il braccio e si fa ricadere il braccio) ... molto bene ... ed ora che sei riuscito a distendere completamente i muscoli del braccio puoi fare lo stesso con...*

In questo modo collegando una suggestione a una ratifica si facilita il paziente e si aumenta la potenza della suggestione.

8. “Ancoraggio”: è il modo con cui si dà la possibilità al paziente di rientrare in autonomia nello stato ipnotico. Si associa quindi quella condizione ad un gesto (o un’immagine, un suono, un tocco) convenzionale stabilito precedentemente con il paziente. Quel gesto genera una risposta automatica, come un interruttore che “attiva” o “disattiva” lo stato ipnotico.

Esempio: *Per ritornare in questo luogo dove ti senti a tuo agio, al sicuro, ogni volta che vorrai e solo se lo vorrai ti basterà unire il pollice e l’indice e chiudere gli occhi.*

9. “Riorientamento tempo-spazio”: è il momento in cui il paziente viene fatto uscire dallo stato di ipnosi e ritorna ad avere il contatto con la realtà circostante.

Esempio: *Per uscire da questa condizione, ti basta contare fino a tre, fare un respiro profondo e aprire gli occhi*

10. “Verifica”: viene chiesto al paziente di rientrare in autonomia nello stato ipnotico per verificare l’apprendimento e la giusta esecuzione.

11. “Racconto”: Nell’ultima fase, se il paziente ne ha voglia, possiamo lasciare che ci racconti la sua esperienza, darci indicazioni di come ha vissuto il cambiamento e verificare la concordanza/distorsione temporale.

Esempio: *com’è andata? secondo lei quanto tempo è passato?*

METODI

Dopo aver partecipato al corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica, tenutosi a Rimini, dall'Istituto Franco Granone CIICS di Torino, ho organizzato un incontro con il direttore e il coordinatore dell'U.O. Chirurgia e Senologia di Santarcangelo di Romagna per impostare l'attività descritta in questo documento.

Si è deciso di svolgere dapprima una ricerca bibliografica utilizzando la banca Pub Med, impostando i seguenti termini chiave: hypnosis, surgery, anxiety, pain.

La ricerca è stata condotta tenendo conto dei seguenti criteri di inclusione: articoli in lingua inglese ed italiana; periodo di pubblicazione entro gli ultimi 10 anni; reperibilità dell'articolo intero.

Dopo queste ricerche è stata avviata l'attività con i pazienti, includendo nello studio i pazienti ricoverati con età maggiore di 18 anni che dovevano sottoporsi ad intervento di chirurgia maggiore o minore, nelle tre fasi perioperatorie, con l'obiettivo di ridurre ansia, stress, paura e dolore.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con anamnesi positiva per disturbi psichiatrici, demenze senili, ritardo mentale, disturbi da abuso di sostanze, e pazienti con presenza di barriera linguistica.

CASI CLINICI

Caso 1 - Floriana: è una donna di 92 anni operata di Mastectomia semplice più dissezione ascellare fino al terzo livello. La mattina dell'intervento viene accompagnata in reparto dalla figlia e da Edvige, una persona di fiducia che l'aiuta nelle attività domestiche. Floriana è ipovedente e vive sola, in un appartamento sotto quello di sua figlia. E' seguita dall'assistenza domiciliare per supporto alle ADL/IADL, all'ingresso in reparto BRASS 19. Il giorno dopo l'intervento la figlia e la paziente manifestano entrambe il desiderio che Floriana rimanga in una struttura ospedaliera fino a quando non le verranno rimossi i drenaggi, perché anche la figlia ha qualche problema di salute; non guida più e non riesce più ad occuparsi della madre, e avrebbe difficoltà a portarla ai controlli post operatori. Viene così attivata dal medico e l'infermiere referente la COT per il reparto post acuti. Nei giorni seguenti Floriana non riesce ad essere trasferita nella struttura intermedia per mancanza di posti letto; farà tutto il decorso post operatorio nel nostro reparto, per 18 giorni, fino alla rimozione di entrambi i drenaggi.

Il giorno prima della dimissione

INF = infermiera/e

PAZ = paziente

INF: Buongiorno Floriana, ho saputo che domani si torna a casa! Potrai rivedere la tua gattina e ascoltare la tua musica classica!

PAZ: In realtà non sono felice, sono preoccupata di tornare a casa in queste condizioni.

INF: Quali condizioni, Floriana?

PAZ: Ma vedi, ho paura a casa di non farcela, perché sono sola e ci vedo poco, qui ci siete voi che siete tanto carine e gentili.

INF: Capisco la tua paura, Floriana, nel rientrare a casa dopo un lungo ricovero, però negli ultimi giorni tu sei riuscita a muoverti autonomamente in stanza da sola, senza il nostro aiuto, e sei riuscita a raggiungere il bagno. Inoltre ieri hai tolto il drenaggio, e oggi sei riuscita a farti la doccia da sola in un ambiente tutto sommato nuovo per te.

PAZ: Sì, è vero, però sento un po' di angoscia dentro perché per me la mia casa non è a Rimini, ma in Toscana. Vedi, Cristina, io 4 anni fa mi sono trasferita per avvicinarmi a mia figlia, ma con lei e il suo compagno non ho un bellissimo rapporto, un po' anche per colpa forse del mio carattere; spesso ci sono delle incomprensioni. Mi mancano tanto la Toscana e le mie amicizie. Per fortuna però ho la musica classica che mi aiuta tanto.

INF: Capisco, Floriana, posso immaginare la tua preoccupazione, però oggi forse è il tuo giorno fortunato. Qualche mese fa ho iniziato un corso dove mi stanno insegnando un metodo nuovo che può aiutarti a controllare queste sensazioni spiacevoli, come l'ansia e la paura; mi piacerebbe molto. se sei d'accordo, insegnarti questo metodo. **(contratto terapeutico)**

PAZ: Sì, grazie! E tu faresti questo per me?

INF: Certo, molto volentieri! Floriana... detta "Flo", giusto?

PAZ: Sì. **(yes set)**

INF: E ti piace la musica classica, vero?

PAZ: Sì. **(yes set)**

INF: E... ti piacciono i fiori?

PAZ: Sì. **(yes set)**

INF: In casa con te vive una gattina?

PAZ: Sì. **(yes set)**

INF: Bene Floriana, possiamo iniziare. Ti chiedo di metterti seduta su questa poltrona, così starai più comoda. Chiudi gli occhi, così potrai ascoltare meglio la mia voce e la musica classica (ero a conoscenza che Mozart le piace tanto, e avevo fatto partire dal mio cellulare una playlist). Per te sarà più facile concentrarti sulle tue sensazioni e su ciò che sta avvenendo dentro di te. **(ordine motivato)**

INF: Bene, vedo che hai gli occhi chiusi, tieni gli avambracci appoggiati sui braccioli e le dita delle due mani e muovile a ritmo della musica. **(descrizione)**

INF: E mentre ascolti la mia voce e questa musica, puoi accorgerti che la tua schiena e la tua testa sono appoggiate alla poltrona, mentre le tue mani si stanno staccando dalla sedia e si stanno muovendo. **(ricalco)**

INF: Brava Floriana. E mentre le tue mani si muovono libere a ritmo di musica tu puoi concentrarti sul tuo respiro e sentire l'aria che entra: è diversa da quella che esce, puoi accorgerti che l'aria che entra è fresca, mentre quella che esce è calda, e tutte le volte che inspiri le tue spalle si alzano per far sì che la tua gabbia toracica si espanda per fare entrare dell'aria nuova fresca. E poi si rilasciano per buttare fuori l'aria vecchia, l'anidride carbonica che non ci serve più. Brava Floriana.

INF: Vedo che il tuo respiro sta cambiando, sta diventando più lento e profondo, e puoi accorgerti che i tuoi avambracci ora sono staccati dalla poltrona e come le tue mani sono sempre più leggere e libere nell'aria, e danzano a ritmo di questa musica. **(suggerimento)**

INF: Ti puoi rendere conto che è impossibile fermarle, perché loro stanno seguendo la musica. **(ratifica)**

INF: Brava Floriana. Ed ora che le tue mani sono così libere e leggere puoi immaginare che tutte le volte che ispiri la musica entra dentro di te e ti regala questa sensazione piacevole, di calma, sollievo, fiducia che si diffonde in tutto il tuo corpo, e ti permette ad ogni espirazione di buttare fuori tutti quei pensieri che in questo momento non ti servono. Brava Floriana, continua respirare e a fare spazio alla musica. **(suggerione)**

INF: La senti Floriana la musica che è entrata dentro di te?

PAZ: Sì. **(ratifica)**

INF: Brava Floriana, ed ora che la musica è entrata dentro di te puoi immaginarti di essere in un luogo o in una situazione piacevole per te, dove puoi attivare tutti i tuoi sensi e vedere colori, cose e persone che ti piacciono, sentire i profumi gradevoli, ascoltare suoni incantevoli e fare il pieno di energia **(suggerione)**.

INF: BRAVISSIMA! Ed ora Floriana ogni volta che vorrai ritornare in questo luogo dove ti senti al sicuro, a tuo agio, solo se lo vorrai, ti basterà fare questo gesto, unire il pollice e l'indice, e chiudere gli occhi. **(ancoraggio)**

INF: Ora Floriana puoi sciogliere l'indice e il pollice, fare un lungo respiro e riaprire gli occhi, ritornando nel qui ed ora mantenendo tutte quelle sensazioni piacevoli. **(riorientamento)**

(Racconto) Chiedo a Floriana di raccontarmi come è andata. Lei mi dice di essere stata benissimo, è veramente entusiasta, racconta di essere stata distesa in un campo verde pieno di fiori bianchi e di aver ascoltato questa bella musica. Mi ha ringraziato tanto, mi dice che ora è felice al pensiero di rientrare a casa.

INF: Bene, ora Floriana puoi unire indice e pollice, chiudere gli occhi e ritornare il quel luogo così piacevole per te. **(verifica)**

Caso 2 - Agnese: è una ragazza di 27 anni ed entra nel nostro reparto per fare un intervento di Nodulesctomia. Ricovero la paziente e l'accompagno in camera dove può sistemarsi ed iniziare la doccia preoperatoria. Al termine della doccia entro in camera della paziente per il posizionamento del catetere venoso periferico.

INF: Bene Agnese, vedo che hai finito di fare la doccia e ti sei vestita con il camice che ti ho dato; adesso puoi metterti sdraiata nel letto sotto le coperte, così non sentirai freddo, perché il camice è un po' leggerino. Bene, brava. Sono qui per posizionarti un catetere venoso che sarà utilizzato per farti la terapia antibiotica e antidolorifica.

PAZ: Ok va bene, se non ti dispiace rimango girata dall'altra parte, perché gli aghi non mi piacciono troppo. Preferisco non vedere.

INF: Posso immaginare, Agnese, gli aghi non sono bellissimi, ma ti è successo qualcosa in passato che vuoi raccontarmi?

PAZ: No, nulla di particolare, ma penso di essere ago-fobica fin da piccola: l'immagine dell'ago che entra dentro mi fa paura.

INF: Bene Agnese, se vuoi possiamo sperimentare una nuova tecnica che ho imparato ad un corso, ti può aiutare.

PAZ: Sì certo.

INF: Agnese... giusto? Nata il...

PAZ: Sì, sì (yes set)

INF: Bene Agnese, puoi rimanere con la testa girata verso sinistra. Ora ti chiedo di aprire e chiudere la mano sinistra, perché questo movimento aiuta la circolazione sanguigna e il riempimento delle vene. Brava Agnese, continua così: apri e chiudi. Ed ora Agnese mentre chiudi il pugno inspira, e mentre lo apri espira... brava Agnese, continua così, stai andando benissimo. Ok! Io a destra ho finito, come è andata?

PAZ: Grazie, questa volta è andata molto meglio, mi sono concentrata sulla tua voce e gli ordini che mi davi, mi sono distratta e non ho più pensato al brutto ago.

Caso 3 - F. J.: è una donna di 60 anni con epiteloma in regione palpebro malare sinistra, deve eseguire un intervento in anestesia locale con sedazione per asportazione epiteloma, con innesto di cute retro auricolare. La paziente entra nel blocco operatorio, mi presento e propongo alla paziente una tecnica, nuova e diversa per potenziare l'effetto dell'anestesia locale durante l'intervento. F. J. accetta.

Accoglienza nella presala

INF: Buongiorno, lei è la signora F. J.?

PAZ: Sì.

INF: Piacere, io mi chiamo Cristina, sono un'infermiera di reparto e oggi sarò con lei durante l'intervento. Ho visto che deve rimuovere un epiteloma sulla guancia sinistra.

PAZ: Sì.

INF: Qualche mese fa ho terminato un corso dove mi hanno insegnato un metodo nuovo che aiuta a potenziare l'effetto dell'anestesia locale e controllare meglio le sensazioni spiacevoli; sono qui oggi per insegnare anche a lei questo metodo se è d'accordo.

PAZ: Sì, con piacere. (contratto)

INF: Bene, possiamo darci del tu?

PAZ: Sì, certo.

INF: Allora mi siedo qui di fianco al tuo letto, così potrai sentire meglio la mia voce, mentre tu puoi rimanere sdraiata sul tuo letto e puoi chiudere gli occhi: sarà più facile per te concentrarti sulla mia voce e sulle tue sensazioni. (ordine motivato)

...

INF: Bene J., vedo che hai gli occhi chiusi, le tue braccia sono allineate lungo il tuo corpo e le tue mani sono aperte con il palmo rivolto verso il letto. (descrizione)

...

INF: E mentre ascolti la mia voce puoi renderti conto che il tuo corpo è disteso ed appoggiato sul materasso, e la tua testa è leggermente più in alto rispetto al resto del corpo, perché appoggiata su un cuscino... ed ora puoi iniziare a renderti conto del tuo respiro, dell'aria che entra e che esce ogni volta che respiri. (ricalco)

...

INF: E se ti concentri sul tuo respiro puoi accorgerti che è fatto di 4 tempi: 1) inspiri, 2) piccola pausa, 3) espiri, 4) piccola pausa, poi il ciclo ricomincia: uno, due, tre e quattro...bene, molto bene e puoi

accorgerti che ad ogni espirazione le tue spalle si abbassano, bene ed ogni volta che si abbassano le tue braccia diventano sempre più pesanti, molto bene... (suggerimento)

...

INF: Vedo che la tua testa ora è leggermente girata e abbandonata sul cuscino (descrizione), e i tuoi muscoli sono diventati sempre più pesanti e rilassati: potresti accorgerti che qualcosa dentro di te sta cambiando... (suggerimento)

...

INF: Infatti i tuoi muscoli ora sono così rilassati e pesanti che se provassi ad alzare le braccia faresti fatica a farlo. (ratifica-sfida)

...

INF: Bravissima J., ed ora che sei così rilassata puoi portare la tua mente ad immaginare una situazione dove tu ti senti a tuo agio, libera e spensierata (suggerimento), e quando hai raggiunto con la mente questa situazione ti chiedo di farmelo capire, semplicemente anche alzando un dito.

...

P. J. alza il dito. (ratifica)

INF: Bravissima! E ora cerca da questa situazione di vedere tutti i colori, di sentire i suoni e i profumi che ti circondano e fare il pieno di energia. E ogni volta che vorrai ritornare in questa situazione per te così piacevole potrai farlo da sola, se lo vorrai, unendo indice e pollice. (ancoraggio)

...

INF: Bene, adesso io conterò fino a quattro, al ritmo del tuo respiro, e tu riaprirai gli occhi, mantenendo la sensazione di benessere. (riorientamento)

P. J. apre gli occhi ed è commossa.

INF: Bene, come è andata?

PAZ: Sono stata benissimo, ero con mio nipote di 8 mesi, il figlio di mia figlia che vive in Australia, e spero di raggiungerli presto dopo questo intervento. Ero andata da loro quando era appena nato e sono rimasta là per 6 mesi. (verifica)

...

INF: Bene J., allora fra cinque minuti entreremo in sala operatoria; mentre i colleghi ti posizionano il monitoraggio tu puoi con il tuo gesto ritornare da tuo nipote. Chi ti viene a prendere in aeroporto?

PAZ: Mia figlia con mio nipote Oliver.

Entriamo in sala.

Mi avvicino alla paziente e mentre i colleghi montano il monitoraggio chiedo a J. di unire pollice ed indice e chiudere gli occhi.

INF: Bene, J., ora prendiamo l'aereo per raggiungere Melbourne, dove potrai rivedere tuo nipote che ti da tanta gioia e ti fa sentire una persona utile ed importante, perché la tua presenza è di grande aiuto anche per tua figlia.

...

INF: Ora sei atterrata, J., puoi finalmente abbracciare tuo nipote e sentire il profumo e la freschezza della sua pelle, e puoi vedere i suoi sorrisi...

...

Mi allontano dalla paziente, viene preparato il campo sterile e l'equipe chirurgica si avvicina alla paziente. Rimango in sala operatoria ad osservare la paziente, e noto il volto disteso, il respiro rallentato e regolare; ad un certo punto J. inizia a raccontare la bellissima esperienza che ha vissuto in sala parto in Australia quando è nato suo nipote.

Conclusione: durante l'intervento, vista la posizione del melanoma, non è stato possibile interagire con la paziente, ma lei è stata veramente brava ad entrare nella sua situazione di comfort, ha affrontato l'intero intervento in anestesia locale, senza bisogno di alcuna sedazione (in genere vengono usati: propofol in infusione continua, midazolam , fentanil). Al termine dell'intervento la paziente era sorridente e di ottimo umore, e ha ringraziato dicendo di avere vissuto una bellissima esperienza.

Caso 4 - S. S.: è un uomo di 65 anni con anamnesi di melanoma maligno della pelle. Deve eseguire intervento in anestesia locale con sedazione, per asportazione di pregresso melanoma in regione lombare fino alla fascia muscolare, e asportazione di linfonodi sentinella inguinali.

Accoglienza nella presala

INF: Buongiorno, lei è il signor S. S.?

PAZ: Sì. (yes set)

INF: Piacere, io mi chiamo Cristina e sono un'infermiera di reparto: oggi sarò con lei durante l'intervento. So che è appena rientrato dalla medicina nucleare di Cesena per marcare i linfonodi.

PAZ: Sì (yes set), è stata molto lunga e sono molto stanco. Ho molto male alle spalle perché mi hanno fatto stare con le braccia alzate per molto tempo, e io che ho l'artrosi ora ho abbastanza male.

INF: Capisco, ha fatto molto bene a dirmi questo, così quando andremo in sala operatoria troveremo la posizione più comoda per le sue spalle. In sala operatoria l'intervento sarà diviso in due tempi: all'inizio dovrà stare in posizione prona per asportare il melanoma che ha sulla schiena. Poi una volta terminato ci metteremo in posizione supina, per asportare i due linfonodi sentinella inguinali, che sono stati marcati a Cesena. Visto che i linfonodi non sono a livello ascellare, potremmo scegliere la posizione più comoda per le sue braccia e le sue spalle.

...

INF: Qualche mese fa ho terminato un corso dove mi hanno insegnato un metodo nuovo, che aiuta a potenziare l'effetto dell'anestesia locale e a controllare meglio le sensazioni spiacevoli. Potremmo sperimentarlo anche per alleviare il suo dolore alle spalle. Io sono qui oggi per insegnare anche a lei questo metodo se è d' accordo.

PAZ: Bene, allora oggi proviamo un'esperienza diversa.

INF: Bravissimo, S. (ricalco), è proprio così: un'esperienza diversa (contratto terapeutico).

Inizio a fare qualche domanda per conoscere meglio S. S. e avere elementi da utilizzare durante la suggestione.

INF: Bene S., provi a descrivermi come è fatto questo dolore alle spalle.

PAZ: Le sento contratte come se fossero bloccate.

INF: Se ho capito bene sente come una rigidità articolare (ricalco quello che il paziente mi ha detto per aumentare la fiducia).

PAZ: Sì (yes set e aumento della fiducia)

INF: Bene, potremmo provare a sciogliere questa rigidità quando ci posizioniamo sul lettino operatorio (contratto). Lei S. che lavoro fa?

PAZ: Da un anno sono in pensione.

INF: Benissimo, e ha qualche passione che sta coltivando?

PAZ: Sì, mi piace molto andare a raccogliere funghi e asparagi nel bosco.

INF: Bene, che bello! E quando va è con degli amici?

PAZ: No, vado solo, a me piace molto anche camminare e il contatto con la natura.

INF: Bene. C'è un'immagine di freschezza che le viene in mente quando va nel bosco?

PAZ: Sì, la cascata sul monte Carpegna dove c'è la sorgente del fiume Conca.

INF: Benissimo S., ora l'accompagno in sala operatoria, se lei è d'accordo potremmo darci del tu.

PAZ: Certamente.

(entriamo in sala)

INF: Bene S., questo è il lettino dove ti puoi stendere. Per la prima parte dell'intervento ti puoi mettere a pancia sotto.

INF: Ora posiziona le braccia: mettile lungo i fianchi, leggermente aperte. Ora dimmi come ti senti.

PAZ: In questa posizione le sento bene, il mio problema è se le devo tenere per lungo tempo verso l'alto.

INF: Benissimo! Le manterremo così per tutto l'intervento. Ora se vuoi possiamo iniziare a sciogliere le tue spalle.

PAZ: Ok.

INF: Bene S., ti chiedo di chiudere gli occhi, così potrai ascoltare meglio la mia voce che ti guida, e concentrarti di più sulle tue sensazioni (**ordine motivato**).

INF: Bene, vedo che hai gli occhi chiusi, la testa leggermente girata verso sinistra, e le braccia leggermente distanziate dal busto (**descrizione**).

INF: E puoi accorgerti del tuo corpo che è appoggiato sul lettino, sentire l'apparecchio della pressione, che si sta gonfiando sul braccio destro, mentre le tue braccia sono distese ed appoggiate (**ricalco**).

INF: E mentre sei in questa posizione ora puoi concentrarti sul tuo respiro e sentire l'aria che entra e che esce ogni volta che respiri (**ricalco**).

INF: E l'aria che entra è diversa rispetto a quella che esce; l'aria che entra è fresca, poi passando dentro il nostro corpo si trasforma e quando esce è calda... e ad ogni espirazione che fai puoi accorgerti che le tue spalle si abbassano e i tuoi muscoli diventano sempre più pesanti e più caldi come l'aria che esce (**suggestione**).

....

INF: Vedo che il ritmo del tuo respiro è cambiato: è diventato più calmo (**descrizione**).

INF: E mentre sei così rilassato puoi accorgerti che per te ora è difficile aprire gli occhi o alzare un braccio **(ratifica-sfida)**.

...

INF: Bravissimo, puoi rimanere in questa posizione con gli occhi chiusi, completamente rilassato; ed iniziare a concentrarti sulle tue spalle, e immaginare come quando hai tra le mani un impasto e più lo lavori con le mani, più lui diventa disteso e morbido: ad ogni respiro che fai l'impasto diventa sempre più morbido... sempre di più **(suggestione)**.

....

INF: S riesci ad immaginare l'impasto?

PAZ: Sì **(ratifica)**.

INF: Bravissimo, hai un grande potere! Vanno meglio le tue spalle ora?

PAZ: Sì.

INF: Bene, ora che sei completamente rilassato puoi immaginare di entrare nel bosco, in quel luogo che mi hai descritto prima, puoi vedere la stagione che vuoi tu, quella che preferisci... **(suggestione)**

INF: E quando sei arrivato fammelo capire con un gesto, alzando un dito, o con un cenno del capo.

S.S. annuisce con il capo **(ratifica)**.

INF: Bravissimo S., ed ora che sei dentro questo bosco in mezzo alla natura che ti piace tanto e ti ricarica, fai il pieno di energia: ascolta i suoni, guarda i colori che ti circondano... perché anche se il luogo è lo stesso ogni volta la natura ci regala uno scenario diverso.

Osservo il paziente, noto il viso disteso, il respiro e la frequenza cardiaca rallentate.

Ad un certo punto vedo la smorfia sul viso del paziente mentre lo stanno pungendo con l'anestetico locale.

INF: Come va? Vedo una smorfia sul tuo viso: cosa senti?

PAZ: Sento pizzicare e bruciare.

INF: Capisco, ora con la mente puoi spostarti in Carpegna e andare sotto la cascata del fiume Conca e puoi far cadere l'acqua fresca proprio in quel punto dove avverti la sensazione spiacevole **(suggestione)**.

Il volto ritorna disteso...

Terminato l'intervento nella parte lombare, bisogna chiedere al paziente di girarsi.

INF: Bravissimo S.! La prima parte dell'intervento è conclusa; tu potrai ritornare in questa situazione di completo benessere tutte le volte che vorrai, chiudendo il palmo della mano sinistra **(ancoraggio)**.

*E ora puoi fare un respiro profondo e al mio tre riorientarti qui (**riorientamento**).*

Il paziente apre gli occhi.

INF: Come va?

PAZ: Bene.

INF : Ora ci mettiamo supini per fare la seconda parte dell'intervento.

PAZ: Ok.

Con i colleghi posiziono il paziente e mi assicuro che stia comodo.

*INF: Bene S., ora puoi chiudere il palmo della mano sinistra (**verifica**) chiudi anche gli occhi ed inizia a immaginare di ritornare nel bosco. Tutte le volte che avverti una sensazione spiacevole puoi raggiungere la cascata per avere sollievo.*

...

Durante la seconda parte dell'intervento sono rimasta vicino al paziente; quando notavo delle modifiche del volto chiedevo al paziente cosa sentisse, e quando sentiva bruciare (nel momento dell'anestesia locale ed incisione) suggerivo la cascata. Al termine dell'intervento ho riorientato il paziente.

Racconto

Il paziente ha raccontato di essere stato bene: pensava che l'intervento fosse durato meno (la sua percezione è stata di 20-30 minuti).

Conclusione: durante l'intervento sono riuscita a rimanere sempre vicina alla testa del paziente, dove osservavo i suoi cambiamenti ed in base a quello che lui mi raccontava davo delle suggestioni. È stato per me fondamentale il rapporto che si è instaurato nella presala: le informazioni raccolte sono state molto utili per dare le suggestioni al paziente. L'intervento è durato un'ora e 15 minuti, suddiviso in due tempi. Non è stato necessario l'uso di sedazione durante la procedura, ma è stata utilizzata solo anestesia locale.

CASO 5 – Roberta: ha 49 anni ed è stata operata di nodulectomia alla mammella sinistra in anestesia generale. All'ingresso in reparto la paziente in lacrime riferisce dolore alla mammella sinistra (era stato eseguito del paracetamolo prima della uscita dalla sala operatoria).

INF: Bentornata Roberta, come ti senti?

PAZ: Ho molto male alla mammella sinistra.

INF: Capisco, riesci a descrivermi come lo senti?

PAZ: Sento bruciare tantissimo.

*INF: Immagino, è un po' come quando da bambini si cade in bicicletta, oppure mentre si sta correndo e ci si fa un'abrasione; nel momento dell'impatto il bruciore è fortissimo, poi piano piano smettiamo di sanguinare e la ferita inizia a rimarginare, e il bruciore da fortissimo pian piano si attenua sempre di più fino a scomparire (**ricalco** quello che mi dice e lo proietto su un'immagine diversa... **aumento della fiducia**).*

INF: Ti è mai successo da bambina di cadere e farti una bella sbucciatura?

*PAZ: Sì (**yes set**).*

INF: E ricordi che bruciava?

*PAZ: Sì (**yes set**).*

INF: Se vuoi conosco una tecnica di rilassamento che può aiutarti ad attenuare questa sensazione.

*PAZ: Sì (**contratto terapeutico**).*

*INF: Bene Roberta, ora puoi chiudere gli occhi, così potrai seguire meglio la mia voce (**ordine motivato**).*

*INF: Vedo che ora hai le palpebre chiuse e il tuo viso è bagnato dalle tue lacrime (**descrizione**).*

*INF: Tu puoi accorgerti che mentre i tuoi occhi sono chiusi il tuo corpo è completamente disteso sul letto: puoi sentire il tuo viso bagnato dalle lacrime (**ricalco**).*

*INF: E mentre tieni gli occhi chiusi, ti chiedo di iniziare ad inspirare ed espirare... brava Roberta. E mentre inspiri puoi accorgerti che il tuo torace si espande, ed ora che espiri il tuo torace si rilascia. Brava Roberta (**ricalco**).*

INF: E puoi accorgerti che l'aria che entra è più fresca dell'aria che esce. La senti l'aria fresca che entra?

PAZ: Sì.

INF: Bene, ora prova a immaginare che tutte volte che inspiri fai il pieno di freschezza, trova un'immagine nella tua mente che ti ricorda qualcosa di fresco, magari tu che sei distesa su un prato e senti un venticello fresco, oppure quando d'estate sei al mare e fa tanto caldo e decidi di buttarti in

acqua per rinfrescarti, o tutte le volte che ti senti accaldata e ti fai una doccia per rinfrescarti (**suggestione**).

INF: Sei riuscita a trovare questa immagine?

PAZ: Sì, vedo il mare (**ratifica**).

INF: Bravissima Roberta! Ed ora che tu sei al mare immagina di trasferire la freschezza dell'acqua sulla mammella sinistra, e più ti immergi nell'acqua più quella sensazione spiacevole si attenua. Bene, brava, continua così, ed ogni inspiro che fai senti che la freschezza aumenta sempre di più. Brava Roberta, continua così (**suggestione**).

INF: Mi sai dire se va un po' meglio?

PAZ: Il bruciore va molto meglio, è solo rimasto un piccolo chiodo che mi da un po' fastidio (**ratifica**).

INF: Bene, allora se vuoi puoi immaginare che arrivino delle onde che iniziano ad infrangersi in quel punto dove è infilato quel chiodo, e piano piano le onde fanno in modo che il chiodo si sollevi sempre di più fino a staccarsi, e magari essere portato via dalle correnti del mare.

INF: Brava, e ogni volta che espiro arriva un'onda che sbatte su quel punto (**suggestione**).

INF: Come sta andando?

PAZ: Molto meglio (**ratifica**).

INF: Bene, ed ora che sei in questo mare che hai scelto, che ti piace, puoi attivare tutti i tuoi sensi e vedere i colori, sentire i rumori delle onde, il profumo del mare, e fare il pieno di energia e puoi accorgerti di quanto sei stata coraggiosa e paziente questa mattina durante l'attesa, quanto sei stata forte nel momento in cui ti hanno portato in sala operatoria, e come è stato facile per te in questo momento raggiungere questa sensazione piacevole.

INF: Da adesso ogni volta che vorrai ritornare in questo luogo sarai in grado di farlo da sola, se lo vorrai basterà metterti distesa e incrociare le mani (**ancoraggio**).

INF: E ora quando vuoi puoi sciogliere le mani, fare un bel respiro profondo, riaprire gli occhi e ritornare nel qui e ora, mantenendo tutte le sensazioni di benessere (**riorientamento tempo-spazio**).

INF: Bene Roberta, vedo che hai aperto gli occhi, e che hai il viso più sereno. Io ora vado, ritornerò da te fra un'oretta se non mi chiami, ora se vuoi in autonomia puoi rientrare in quella condizione così piacevole. Bene Roberta, ora puoi incrociare le mani e chiudere gli occhi (**verifica**).

Ritorno dalla paziente dopo un'ora, la ritrovo serena, con il volto disteso, e mi dice che ora va molto meglio; mi riferisce che la tecnica usata le è servita molto, anche nel momento in cui mi sono allontanata. Ora Roberta si sente pronta per alzarsi, indossare il reggiseno post chirurgico ed

alimentarsi. Spiego brevemente alla paziente il percorso formativo. Domani Roberta sarà dimessa, la invito ad usare questa sua capacità anche nei prossimi giorni quando le sarà necessario (verifica).

Caso 6 - A. T.: viene ricoverata per eseguire un intervento di chirurgia plastica “espansione inversa 1° tempo” il mattino seguente. La paziente era già stata ricoverata da noi 2 anni fa per mastectomia + biopsia linfonodo ascellare ed inserzione di espansore sulla mammella destra. Ricovero la paziente, durante l’accertamento mi racconta che ha molta paura degli aghi e vorrebbe mettere la via venosa una volta addormentata. Le chiedo se può descrivermi questa sua paura, se è legata al dolore ad un’esperienza vissuta. Mi racconta che la paura degli aghi e degli ambienti ospedalieri l’ha sempre avuta fin dal primo intervento, che non ha fatto da noi, ma a Pesaro quando ha scoperto di avere un tumore alla mammella, e ha fatto un intervento di quadrantectomia sulla mammella destra. Tutte le volte che le è capitato di mettere un ago, o di fare una biopsia; ha sempre dovuto assumere qualche goccia di en per tranquillizzarsi, perché sentiva molta tensione: iniziava a tremare, sentiva le palpitazioni del cuore, non riusciva a stare ferma e tranquilla.

Racconto alla paziente che ho appena finito un corso, dove ho imparato delle tecniche per aiutare le pazienti che hanno queste difficoltà a vivere un’esperienza diversa.

La paziente è molto felice e grata di poter provare questa tecnica. Mi racconta che oltre alla paura degli aghi è anche claustrofobica, non riesce a prendere più gli ascensori e a chiudersi in un bagno se non c’è la finestra, e da anni non riesce più a guidare in autostrada, perché una volta che c’erano dei lavori in autostrada e avevano tolto per un tratto la corsia di emergenza lei ha iniziato a tremare e sudare e si è dovuta fermare al primo autogrill e farsi venire a prendere.

La mancanza della corsia d’emergenza le dava la sensazione di non avere una via di fuga.

Mi racconta che in realtà lei ha sempre guidato tanto in autostrada e questa cosa le manca.

Accompagno A. T. in stanza la faccio sedere su una poltrona.

INF: A. sei comoda seduta su questa poltrona?

PAZ: Sì (yes set).

INF: Allora questa è la stessa camera di quando sei stata ricoverata 3 anni fa?

PAZ: Sì (yes set).

INF: Bene A., allora oggi proviamo a sciogliere un po' della tensione di cui mi hai parlato prima (contratto terapeutico).

PAZ: Sì.

INF: Bene A., mettiti comoda sulla poltrona, ora ti chiedo di chiudere gli occhi, così sarà più facile per te concentrarti sulla mia voce, concentrarti sul tuo respiro e le tue sensazioni (**ordine motivato**).

...

INF: Vedo che hai gli occhi chiusi, le braccia ben appoggiate e i piedi incrociati (**descrizione**).

...

INF: E ora tu puoi accorgerti del peso tuo corpo appoggiato sulla poltrona... che tutte le volte che inspiri il tuo torace si espande e si alza, mentre tutte le volte che espiri il tuo torace e le tue spalle si abbassano (**ricalco**).

INF: E mentre respiri puoi renderti conto che qualcosa sta cambiando: il tuo respiro è diventato più lento e profondo, e ogni volta che inspiri le cellule del tuo corpo si riempiono di aria e diventano sempre più leggere, e così puoi immaginare di legare un palloncino al tuo braccio destro ed ogni volta che inspiri lui si gonfia e il tuo braccio diventa sempre più leggero... (**suggestione**).

...

INF: Bravissima A., ti puoi accorgere del tuo braccio che si è alzato (**ratifica**).

PAZ: ...annuisce con il capo...

INF: Bravissima! Ed ora puoi renderti conto della capacità di controllo che hai sul tuo corpo (**empowerment**).

...

INF: Ed ora mentre il tuo braccio è diventato così leggero, sarà facile per te portare la tua immaginazione su una situazione, dove ti sei senti leggera e spensierata, e a tuo agio (**suggestione**).

INF: E quando sei dentro questa situazione fammelo capire con un gesto o con le tue parole.

PAZ: Ci sono.

INF: Bravissima A., vedo un sorriso dalle tue labbra, molto bene... ora qui puoi fare il pieno di energia attivando tutti i tuoi sensi: puoi sentire i profumi, i suoni, vedere i colori che ti circondano... E tutte le volte che vorrai per te sarà facile poter rientrare in questa situazione così piacevole, semplicemente unendo l'indice e il pollice (**ancoraggio**).

INF: Ed ora iniziamo a sgonfiare il palloncino e iniziamo a far scendere il braccio, puoi fare un lungo respiro e riaprire gli occhi ritornando nel qui ed ora mantenendo tutte quelle sensazioni piacevoli.

...

A. al risveglio mi racconta che si sentiva bene, molto leggera, e dice di sentire il braccio destro molto leggero, quando invece solitamente è il braccio che sente sempre molto pesante (Nota: è stato oggetto di mastectomia 2 anni fa, con asportazione del linfonodo sentinella). Si stupisce di essere riuscita a mantenere il braccio sollevato per circa 10 minuti (**racconto**).

Le ricordo che è stata lei ad essere stata molto brava, le dico che ha enormi capacità, e che ora tutte le volte che ne avrà bisogno potrà utilizzarle.

*Il giorno dopo vado in reparto per metterle il catetere venoso periferico, la invito ad utilizzare il suo gesto per ritornare in quella situazione per lei così piacevole (**verifica**).*

Noto nella paziente un respiro più profondo, l'aumento della deglutizione, inserisco il catetere venoso periferico... A. riapre gli occhi, e mi ringrazia.

Accompagno A. in sala operatoria le presento Lara, l'infermiera che sarà all'anestesia, e che è mia compagna di viaggio nel corso che sto seguendo. Lara guiderà A. ad utilizzare il suo ancoraggio una volta entrata in sala operatoria.

Conclusione: A. non ha assunto nessuna goccia di en al contrario delle altre volte. Si è risvegliata dall'intervento con un volto disteso e sereno.

CONCLUSIONI

L'ipnosi, sebbene ancora spesso circondata da pregiudizi e scarsa conoscenza, rappresenta uno strumento complementare prezioso nel contesto della pratica infermieristica. Le evidenze raccolte dimostrano come essa possa contribuire significativamente al benessere del paziente, soprattutto nella gestione del dolore, dell'ansia e dello stress preoperatori; come tecnica alternativa e/o integrata ai farmaci sedativi e analgesici.

L'uso dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica come applicazione relazionale dell'ipnosi clinica accresce l'empowerment dei pazienti aiutandoli nel processo di crescita della stima di sé, dell'autoefficacia, facendo emergere risorse latenti e portandoli a scoprire il proprio potenziale positivo di crescita e di azione.

L'infermiere, in quanto figura di riferimento per la relazione d'aiuto, può giocare un ruolo chiave nell'integrare tecniche ipnotiche nella propria pratica assistenziale, in particolare attraverso l'ipnosi conversazionale, la comunicazione suggestiva e l'accompagnamento empatico.

Tuttavia, è fondamentale che questo avvenga nel rispetto dei limiti deontologici e normativi della professione, dopo aver ricevuto una formazione adeguata e in collaborazione con figure specialistiche.

Promuovere una maggiore conoscenza dell'ipnosi all'interno della formazione infermieristica significa non solo arricchire le competenze comunicative e relazionali del professionista, ma anche aprire nuove prospettive di cura orientate alla centralità della persona e alla sua esperienza soggettiva.

In conclusione, l'ipnosi non è una "magia", ma uno strumento clinico che, se utilizzato con consapevolezza e competenza, può potenziare l'efficacia dell'assistenza infermieristica e rafforzare quel prendersi cura che è il cuore stesso della professione.

RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine a tutte le persone che hanno reso possibile questo percorso formativo e personale.

Un sentito ringraziamento al dott. Maicol Carvello, relatore di questa tesi, per la sua guida esperta, la passione trasmessa e il costante supporto scientifico ed umano.

Un grazie speciale anche alla dott.ssa Ludovica Nocilli, correlatrice attenta e disponibile, per i preziosi consigli e l'incoraggiamento continuo.

Ringrazio di cuore i docenti del CIICS di Torino, per aver condiviso con generosità il loro sapere, contribuendo in maniera fondamentale alla mia crescita professionale. Un pensiero riconoscente va anche ai compagni di corso, con cui ho condiviso esperienze, riflessioni e momenti di confronto autentico.

Un grazie sentito ai miei colleghi di lavoro, al coordinatore e al direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia e Senologia di Santarcangelo, per il sostegno, la fiducia e la possibilità di integrare le conoscenze acquisite nella pratica clinica quotidiana.

Ringrazio profondamente i pazienti che, con generosità e disponibilità, si sono prestati e hanno permesso di rendere concreta l'applicazione delle tecniche apprese.

Infine, ma non per importanza, la mia più profonda gratitudine va alla mia famiglia, per l'amore incondizionato, il sostegno continuo e la presenza costante, che rappresentano per me un punto fermo in ogni percorso intrapreso.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Muro M (2016). La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino. In "L'Infermiere" N1/2016, pp. 30-32.
- (2) Muro M (2015). Ipnosi e qualità della vita nella pratica infermieristica. In "Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza" di Casiglia E, Cleup, pp. 461.
- (3) Lippi D, Borghi L (2020). La penna di Florence Nightingale. Aforismi e riflessioni della fondatrice dell'Infermieristica moderna, Pontecorboli editore, Firenze
- (4) Carvello M, Lupo R, Muro M, Artioli G, Grilli G, Ogorzalek K, Rubbi I (2021). Nurse's knowledge and perceptions on communicative hypnosis: an observational study. Acta Biomed 2021; Vol. 92, Supplement 2: e2021027
- (5) Moss D, Willmarth E (2019). Hypnosis, anesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. Ann Palliat Med, 8 (4), pp. 498-503.
- (6) Potie A, Roelants F, Pospiech A, Momeni M, Watremez C (2016). Ipnosi nella gestione perioperatoria della chirurgia del cancro al seno: benefici clinici e potenziali implicazioni. Anestesia Res Pract. <https://doi.org/10.1155/2016/2942416>.
- (7) FNOPI (2025). Codice deontologico dell'infermiere.
- (8) Rosen S, Svesson M, Nilsson U (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. Journal of PeriAnesthesia nursing, 23 (4), pp. 237-46.
- (9) Royston D, Cox F (2003). Anaesthesia: the patient's point of view. The lancet, 326 (15), 1648-58.
- (10) Saiani L, Brugnolli A. (2020). Trattato di Cure Infermieristiche. III edizione. Volume 2. Idelson-Gnocchi. Sorbona: Napoli.
- (11) Apfelbaum J L, Chen C, Metha S S, Gan T J (2003). Postoperative Pain Experience: Results from national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesthesia and Analgesia, 97, pp. 534-40.
- (12) Wickström Ene K W, Nordberg G, Bergh I, Johansson F G, Sjöström B (2008). Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. Journal of Clinical Nursing, 17 (15), 2042-50.
- (13) Saiani L, Brugnolli A. (2020). Trattato di Cure Infermieristiche. III edizione. Volume 1. Idelson-Gnocchi. Sorbona: Napoli.
- (14) Rogers C R (2007). Terapia centrata sul cliente, traduzione di Gabriella Cacchi Pessani. La meridiana: Bari, pp. 57-62.
- (15) Fossier V (2007). Tra Medico e Paziente: un rapporto continuo. In "Medicina Oncologica", VIII edizione, di Bonadonna G. Elsevier Masson: Milano, pp. 1922-23.

- (16) Craven R F, Hirnle C J (2011). Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, IV edizione. Casa Editrice Ambrosiana, pp. 401.
- (17) Carkhuff R (1993). L'Arte di Aiutare. Edizioni Erickson: Trento, pp. 19.
- (18) ASIECI (Associazione Scientifica Infermieri Esperti Comunicazione Ipnotica). Comunicazione Ipnotica. Reperibile al link: <https://asieci.it/cms/comunicazione-ipnotica/>
- (19) Fingelkurts Alexander, Fingelkurts Andrew, Kallio S, Revonsuo A (2007). Hypnosis induces a change composition of brain oscillations in EEG: a case study. Contemp. Hypnosis, 24(1), pp. 3–18.
- (20) Granone F (1994). Trattato di ipnosi. Utet.
- (21) Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta A M, Miroglio M, Muro M, Scaglione M, Somma M (2023). Atti del Gruppo di lavoro dei didatti dell'istituto Franco Granone CIICS; 2-3 dicembre 2023
- (22) Casiglia E, Finatti F, Tikhnoff V, Stabile M R, Mitolo M, Gasparotti F, Albertini A, Lapenta A M, Venneri A (2019). Granone's plastic monoideism demonstrated by functional magnetic resonance imaging (fMRI). Psychology 2019 (10), pp. 434-448.
- (23) Casiglia E, Tikhnoff V, Facco E (2016). The unconscious, experimentally demonstrated by means of hypnosis. Psychology 2016 (7), pp. 469-479.