



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
2019

*LA COMUNICAZIONE IPNOTICA COME COADIUVANTE NELLA
GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE PROCEDURALE
NEL PAZIENTE RICOVERATO IN HOSPICE*

CANDIDATO

CHIARA BOERO

RELATORE

DOTT.SSA MILENA MURO

INDICE

1	INTRODUZIONE	3
2	LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL CONTESTO DELLE CURE PALLIATIVE	7
3	OBIETTIVO	11
4	MATERIALI E METODI	11
	4.1 CONTESTO	11
	4.2 DISEGNO DELLO STUDIO	11
	4.3 POPOLAZIONE	11
	4.4 STRUMENTO DI INDAGINE	12
	4.5 METODO	12
	4.6 RISULTATI	16
5	DISCUSSIONE	28
6	CONCLUSIONI	32
7	BIBLIOGRAFIA	34

1 INTRODUZIONE

La filosofia delle cure palliative, supportata anche normativamente, in Italia, con la Legge 38 del 2010, propone un approccio assistenziale che nel mondo anglosassone era sintetizzato e promosso con lo slogan *High touch and low tech*.

Con questo si voleva sottolineare l'importanza dell'aspetto relazione nell'assistenza indirizzata al paziente in fase avanzata e avanzatissima di malattia.

In cure palliative, infatti, ci sono pazienti che necessitano di personale preparato ad affrontare con competenza gli aspetti di cura dei sintomi di natura organica con tutte le risorse a disposizione e costantemente in aggiornamento, ma anche di personale preparato a prendersi cura di aspetti più sottili della cura dell'individuo, pronto ad ascoltare bisogni anche di tipo psicologico, sociale, spirituale e preparato a soddisfarli.

Quello delle cure palliative è un approccio che si integra con la visione olistica dell'uomo, sempre sostenuta dalle teorie del nursing. Le cure palliative hanno avuto nel tempo una diffusione ed uno sviluppo sempre maggiori esplicandosi in contesti diversificati.

Il contesto che verrà considerato per questo studio è l'hospice.

In hospice si ha sempre presente che il bisogno non è la semplice espressione del disturbo, ma interessa la globalità della persona in tutta la sua individualità. Sappiamo che dobbiamo avere risorse per soddisfare i bisogni dei pazienti, che evolvono singolarmente, slegandosi oggettivamente dal sintomo e dal suo controllo. La vera sfida è addentrarsi nell'analisi di ciò che si pone dopo la risoluzione del sintomo.

Per questo studio, il sintomo che è stato preso in considerazione, nelle sue varie forme è il dolore.

Da sempre l'uomo si interroga sul significato del dolore. E' una questione diversa da tutte le altre: gli interrogativi filosofici sul mondo e sul sé ricercano soluzioni, se questi interrogativi si focalizzano sul dolore e sulla morte, invece, suscitano una ribellione inconscia, frutto di una nostalgia ancestrale (Orsi 2018) che abita in noi e ci fa pensare di non essere fatti né per il dolore né per la morte. La sua drammaticità si trova spesso ad un bivio: la disperazione rispetto a qualcosa che appare senza significato oppure la volontà del cuore e dell'intelligenza di scoprire se c'è almeno una spiegazione o addirittura una via di uscita.

Se da un punto di vista filosofico ed etico, del dolore si può discutere, da un punto di vista pratico e quotidiano, nel contesto dell'hospice, ci troviamo di fronte ad un sintomo, da riconoscere, valutare e controllare.

Il dolore è presente nel 96% dei malati in assistenza palliativa e il suo impatto sulla qualità della vita è notevole perché ostacola la possibilità della persona di compiere le azioni più semplici e mina le sue relazioni sociali.

Nei reparti ospedalieri, l'attenzione del clinico e dell'infermiere, vengono solitamente attratte dai sintomi più appariscenti, quali episodi transitori di esacerbazione del dolore (DEI) dolore episodico intenso, o BTP (breakthrough pain), che necessitano di una terapia analgesica "rescue" con farmaci da somministrare al bisogno.

In hospice, quando per il paziente in fase avanzata e avanzatissima di malattia, tutto diventa dolore: spostarsi nel letto per variare la posizione o per le cure igieniche, un'iniezione sottocute, un prelievo ematico, l'attenzione del clinico e dell'infermiere vengono attratte dalla ricerca di una terapia "rescue" per il dolore procedurale.

Il dolore procedurale è una manifestazione clinica del dolore episodico intenso (DEI) a seguito di un intervento terapeutico (Smith 2009). Consiste in esacerbazioni transitorie di dolore che

raggiungono il picco d'intensità in pochi minuti, sullo sfondo di un dolore persistente (Smith 2012). Solitamente si verifica entro 10 minuti dall'inizio della procedura e può durare fino ad un'ora (Smith 2012). Gli oppioidi a breve durata d'azione, spesso utilizzati, non hanno un profilo farmacocinetico tale da controllare l'inizio improvviso e il picco doloroso breve ma intenso (Smith 2012).

Il dolore in cure palliative e in hospice si trasforma, da sintomo, ad una molteplice costellazione di sensazioni, dubbi, paure, ansie, legate alla fine imminente, alla difficoltà nell'esprimere le proprie esigenze, alla ricerca di sostegno emotivo, psicologico e sociale.

La gestione di queste situazioni, ogni giorno diverse, perché diversi sono i pazienti che via via incontriamo, è la rappresentazione della *cura (to care* nell'accezione anglosassone) di cui l'infermiere è responsabile e proprio la cura dei bisogni inespresi si pone come prioritaria nell'assistenza al malato terminale.

Nell'equipe dell'Hospice Monferrato abbiamo adottato uno strumento in più per la cura delle persone assistite: la comunicazione ipnotica.

Lo studio della comunicazione ipnotica e la sua pratica, da parte di tutta l'equipe infermieristica dell'hospice, stanno portando il cambiamento: nell'osservare i bisogni del paziente, sviluppando una maggior sensibilità verso l'altro, che sta di fronte a noi. Nel comunicare con l'altro, nel trasformare procedure che, nella routine potrebbero sembrare banali (cambio di posizione, prelievo ematico, iniezione sotto cute), ma, agite su un paziente in fase avanzata e avanzatissima di malattia, sono fonte di forte stress psico fisico.

Presso l'Hospice Monferrato, è stato condotto uno studio osservazionale prospettico, da Marzo 2019 a Settembre 2019, in cui la comunicazione ipnotica è stata il coadiuvante alle terapie farmacologiche per la gestione del dolore procedurale.

L'obiettivo dello studio è verificare l'efficacia della comunicazione ipnotica come coadiuvante nella gestione del dolore procedurale nei pazienti ricoverati.

L'impegno di questi mesi vuole essere l'inizio di un percorso che nel tempo consoliderà, nella nostra equipe, la comunicazione ipnotica tra le metodiche utilizzate nel controllo dei sintomi e nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti in fase avanzata di malattia.

2 LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL CONTESTO DELLE CURE PALLIATIVE

Nell'ambito delle cure palliative, il concetto "mente-corpo" è fondamentale. E' un concetto antico, che sta alla base della maggior parte delle terapie orientali, ma recente come acquisizione scientifica.

Le scoperte della recente neurobiologia stanno dimostrando la stretta corrispondenza e interazione tra l'attività del pensiero e la costituzione somatico- endocrino-viscerale organica (Giraldi 1998, Giraldi 2007).

L'evidenza che particolari stati mentali determinino la produzione e la messa in moto di sostanze quali neurotrasmettitori e neuroregolatori con conseguente produzione di effetti organici visibili, è ampiamente dimostrata da lavori che stanno aumentando con il tempo (Kandel 2003, Kandel 2010).

Nel fine vita, il paziente, visto nella omogeneità di mente corpo è prostrato e stremato dalla malattia, che con la sua progressione deteriora il corpo e sfinito dal pensiero della fine imminente, che deteriora la sua psiche.

Viene spontaneo richiamare, in questo contesto il concetto di *stress* di H.Selye che per primo lo identificò come una risposta fisiologica aspecifica del corpo a qualsiasi stimolo ambientale, questa risposta o sindrome generale di adattamento, se prolungata nel tempo, comporta anche un graduale abbassamento delle difese immunitarie.

Fattori emozionali, psichici e fisici, che possono determinare importanti e durature alterazioni nell'individuo, influiscono in modo deleterio sulla qualità della vita del malato contribuendo all'aggravamento della patologia e, nel caso del fine vita, incidono gravemente sulla qualità del tempo a disposizione (Fox 1999).

La comunicazione ipnotica attraverso l'integrazione mente-corpo, in cure palliative diventa un vero e proprio processo dinamico, cucito sulla singola persona (tailored), personalizzato come solo il rapporto sincero con l'altro può esserlo.

Consiste nel realizzare una particolare connessione mente-corpo, proprio come richiesto dalla visione olistica bio-psico-sociale. Si basa su una relazione di fiducia (rapport) e offre gli strumenti concreti per realizzarla.

La comunicazione ipnotica presuppone, proprio come la relazione trans personale di Watson, una trasformazione, un processo di cambiamento, in cui l'infermiere "si mette alla guida", per condurre l'assistito ad una situazione di nuovo benessere, di superamento di sofferenze e di ritrovamento di senso.

L'operatore esperto in comunicazione ipnotica utilizza immagini in grado di creare una particolare connessione mente-corpo, così efficace e potente da determinare modificazioni fisiche, psichiche, viscerali ed umorali (Fox 1999). In parallelo con la teoria dello Human Caring, nella comunicazione ipnotica tale trasformazione rispetta i ritmi e i tempi della persona con cui si entra in sincronia, con cui si instaura il rapport attraverso i concetti di ricalco e guida.

Considerando l'approccio palliativo caratterizzato da una visione olistica, dalla personalizzazione delle cure, dal rispetto dei valori e delle credenze in assenza di giudizio, dal riconoscimento dell'individuo come soggetto autonomo, si può affermare che l'ipnosi, per sua essenza, è pienamente conforme a tali principi.

Così come ai principi etici di autonomia, di beneficenza, di non malvagità, di giustizia, di sincerità e di riservatezza, caratteristiche fondamentali nelle cure palliative.

L'ipnosi favorisce il potenziamento delle abilità residue dell'assistito, portandolo a raggiungere la maggiore autonomia possibile.

L'infermiere esperto in comunicazione ipnotica diventa guida e accompagnatore nel processo.

Tale concetto in una situazione di fine vita è particolarmente importante, proprio là dove il paziente sperimenta la perdita del controllo delle proprie funzioni corporee, ansia, angoscia, depressione, finitudine. Come abbiamo precedentemente affermato, in cure palliative è importante individuare le abilità residue del paziente e valorizzarle, giorno per giorno, istante per istante, visti i repentini cambiamenti in fase terminale di malattia.

La letteratura mette in luce il beneficio di interventi di ipnosi prima di procedure invasive (Landier 2010), esami diagnostici, per ridurre l'ansia, come sedazione (in hospice, sempre associata ad analgesico orale come pre medicazione), per la gestione del dolore, per il controllo dei parametri vitali, della nausea e del vomito.

Migliora l'autostima, l'empowerment, la fiducia in se stessi (Peynowska 2005).

Attraverso l'ipnosi l'operatore porta il soggetto a sperimentare qualcosa di nuovo e di differente.

La competenza corporea dell'infermiere è importante e la comunicazione ipnotica diventa strumento efficace per sviluppare "l'essere con", anche attraverso l'utilizzo dei "passi", leggeri tocchi sul paziente, utili per approfondire lo stato di trance ipnotica.

Un fenomeno raggiungibile attraverso l'ipnosi è l'analgesia ipnotica attraverso cui si ha un'esclusione parziale o totale dell'elaborazione cosciente dello stimolo doloroso.

L'operatore, sulla base dell'esperienza personale del soggetto, potrà guidarlo mediante la via immaginativa, proponendo un'immagine al paziente che diventa talmente forte (monoideismo plastico) e potente da alterare la percezione dolorosa.

La persona diventa quindi consapevole delle proprie capacità di controllo sul sintomo, sul proprio corpo, percepisce il proprio potere personale. Tale aspetto risulta importante in cure palliative, là dove vi è una situazione di progressiva perdita di autonomia.

Il dolore può essere attenuato o controllato ad esempio indossando corazze, allentando morse, togliendo pesi.

E' necessario che ogni suggestione proposta sia adattata al paziente, partendo dalla sua particolare e unica esperienza di dolore, di sofferenza soggettiva.

Risulta dunque importante che il personale infermieristico analizzi il sintomo dolore, colga il sistema rappresentazionale del soggetto (visivo, uditivo, cenestesico o misto), instauri il rapport, guidandolo in modo unico e personalizzato.

In merito al dolore, secondo uno studio di Fox, i pazienti trattati con una combinazione di psicoterapia e autoipnosi traggono beneficio nella riduzione dell'intensità del dolore e nella riduzione della frequenza e della durata del sintomo (Fox 1999).

Durante la comunicazione ipnotica, l'operatore può fornire al paziente l'ancoraggio, il segno di riferimento attraverso il quale il soggetto è in grado di ricondursi in trance ipnotica, realizzando l'auto-ipnosi.

Diversi studi (Jensen 2009, Szilagyi 2017) hanno dimostrato come, attraverso l'auto ipnosi, il paziente, nel richiamare velocemente lo stato di trance, riesca a sviluppare un maggior controllo del dolore, in un tempo minore rispetto all'utilizzo solo di farmaci analgesici.

3 OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è verificare l'efficacia della comunicazione ipnotica come coadiuvante nella gestione del dolore procedurale nei pazienti ricoverati in hospice.

4 MATERIALI E METODI

4.1 Contesto

Lo studio è stato condotto presso l'Hospice Monferrato, a Nizza M.to (AT). Il numero di posti letto è 6, la media del tempo di ricovero è 30 giorni.

Il personale è così composto: 1 medico palliativista, 6 infermieri, 3 operatori socio sanitari, 1 coordinatore. Sono altresì presenti in struttura, il nucleo familiare di ogni paziente, se presente e volontari esperti in cure palliative.

4.2 Disegno dello studio

È stata condotta un'analisi osservazionale prospettica, da Marzo 2019 a Settembre 2019, sui pazienti ricoverati presso l'Hospice Monferrato di Nizza M.to (AT).

4.3 Popolazione

Sono rientrati nello studio, tutti i pazienti con cui è stato possibile instaurare almeno un contatto per sperimentare la comunicazione ipnotica. Pazienti coscienti, che mostrassero interesse alla sperimentazione di una tecnica nuova che si basasse sulle loro abilità. Durante i sei mesi di osservazione, sono stati trattati con la comunicazione ipnotica dieci pazienti. Con alcuni pazienti è stato possibile effettuare la comunicazione ipnotica più volte, con altri una sola volta.

In totale sono state raccolte 36 osservazioni.

4.4 Strumento di indagine

I dati sono stati raccolti mediante una scheda (Allegato 1) che comprende i dati dei pazienti, il numero di osservazioni fatte per ogni paziente, la procedura per cui è stata effettuata la comunicazione ipnotica, il valore NRS prima della procedura, il farmaco utilizzato per la premedicazione (se presente), il valore NRS dopo la comunicazione ipnotica e il tempo impiegato per raggiungere tale valore. E' presente anche la sezione per l'ancoraggio, dove viene annotato se l'infermiere ha fornito al paziente l'ancoraggio per l'auto ipnosi.

4.5 Metodo

Durante il 2019, presso l'ASL AT, si è svolto il corso aziendale di comunicazione ipnotica rivolto al personale infermieristico e medico.

Il corso era organizzato in quattro giornate di otto ore ciascuna.

Sono stati formati 4 infermieri nell'anno 2019 e 1 unità era stata formata l'anno precedente. Al corso aziendale è stato formato anche un medico palliativista. Il coordinatore si è formato presso il corso CIICS di Torino, sempre durante il 2019.

Alla luce del 100% del personale infermieristico formato, si è deciso di introdurre la comunicazione ipnotica come terapia complementare e di utilizzarla nella pratica tecnico relazionale quotidiana.

Sono state sperimentate diverse tecniche di ipnosi in modalità peer to peer, tra colleghi, negli intervalli tra le giornate di corso.

Il gruppo infermieristico è stato accompagnato, nel suo percorso, dall'infermiera dell'asl AT esperta in comunicazione ipnotica, Paula Fernandes, che è stata presente in Hospice, in qualità di tutor, durante quattro giornate.

Sono stati analizzati con lei alcuni casi ed è stata una forte presenza per tutto il personale coinvolto nello studio, in quanto era possibile il confronto e la sicurezza di una guida esperta.

Prima di iniziare lo studio, è stato analizzato il contesto e il coordinatore ha indagato in quale ambito sarebbe stato possibile introdurre la comunicazione ipnotica, visto anche la scarsa esperienza di tutto il gruppo.

A Febbraio è stata svolta una breve analisi dei bisogni dei pazienti con le infermiere. In quell'occasione si è deciso di utilizzare la comunicazione ipnotica come coadiuvante ai farmaci nella gestione dei sintomi più ricorrenti dei pazienti ricoverati in hospice (scala di valutazione dei sintomi ESAS).

Per la realizzazione del presente lavoro, è stato fissato un incontro con il medico palliativista, il coordinatore e il Direttore di Struttura, durante il quale si è concordato di indagare l'efficacia della comunicazione ipnotica, su un sintomo in particolare, il dolore, nello specifico, il dolore procedurale.

Si è deciso di analizzare la comunicazione ipnotica in relazione al dolore procedurale perché essa, attraverso la consapevolezza del paziente in relazione alle sue capacità (residue, nel caso del paziente in fase avanzata di malattia) riesce ad anticipare l'ansia che accompagna il ricordo o il timore dell'esperienza dolorosa.

Le procedure che causano dolore, in hospice, possono essere le più varie, anche il cambio di postura. Il farmaco analgesico, benché efficace, ha un suo tempo di azione, a volte più lungo della procedura stessa. Per questo motivo, si è ipotizzato che la comunicazione ipnotica, basandosi sullo stretto rapporto di fiducia che si instaura tra infermiere e paziente, riuscisse ad essere lo strumento efficace per anticipare l'idea negativa, la paura del dolore.

Il coordinatore ha impostato una scheda di rilevazione dati da utilizzare in ogni intervento di comunicazione ipnotica per la gestione del dolore procedurale.

E' poi stata fissata una riunione con il gruppo infermieristico per presentare la scheda, la prima versione, di Marzo 2019 è stata in parte variata con una scheda definitiva, più ampia e dettagliata.

In un primo tempo, il coordinatore aveva sistematizzato in tabella le procedure dolorose da trattare con la comunicazione ipnotica (cateterismo vescicale, clistere con sonda, prelievo ematico, inserzione ago di Huber). Durante i mesi seguenti, si è deciso di non selezionarle, ma di lavorare con la comunicazione ipnotica su tutte le procedure attuate, poiché non era possibile stabilire a priori, quali potessero essere le procedure fastidiose o dolorose per i pazienti e quali no.

Per la valutazione del dolore si è scelta la scala NRS perché già in uso in hospice e ben nota a personale e pazienti.

Nelle tabelle di rilevazione dati sono presenti due valori di NRS, il primo si riferisce alla rilevazione del dolore prima della procedura, al momento in cui il personale comunica al paziente la procedura che si andrà ad effettuare. Il secondo dato NRS è riferito alla rilevazione del dolore valutato a termine procedura, o riferito dal paziente anche durante la procedura (per es. se paziente già edotto sulla comunicazione ipnotica, sovente riferisce di non aver dolore o di avere valore NRS 2, anche durante la seduta, o in autoipnosi) in relazione al tempo impiegato per raggiungere tale valore, in associazione alla comunicazione ipnotica. Il tempo indicato è un tempo medio di azione, poiché, per l'infermiere non è sempre stato possibile utilizzare un timer per temporeggiare la seduta e la comparsa o meno di dolore.

A Marzo 2019, primo mese di studio, il personale non aveva fornito l'ancoraggio ai pazienti, in seguito, anche grazie all'esperienza maturata nei mesi e al supporto della tutor, l'ancoraggio è sempre stato dato e in questo modo si è potuto indagare se attraverso l'autoipnosi, potesse essere inferiore, anche il valore NRS prima della procedura.

Per lo studio, sono stati considerati i pazienti coscienti e che avessero manifestato interesse nello sperimentare una tecnica di comunicazione nuova, basata sulle loro capacità e sulla stretta relazione tra operatore e paziente.

Il coordinatore, settimanalmente, durante i sei mesi di studio, ha incontrato il personale, anche un'infermiera alla volta, per supervisionare il percorso, per individuare e, se possibile, superare alcune criticità.

A Settembre 2019 sono state raccolte tutte le schede e i dati sono stati sistematizzati. Per ogni paziente, accanto alla tabella, sono stati annotati: la patologia principale, il farmaco /i per il controllo del dolore cronico e una breve descrizione dell'esperienza di comunicazione ipnotica raccolta al termine della procedura.

La descrizione dell'esperienza è un riassunto delle diverse sedute, dove l'infermiera non è sempre la stessa. La continuità è stata garantita attraverso lo scambio di consegne tra personale. Se la prima infermiera aveva fornito una suggestione, la seconda seguiva la stessa, a meno che i pazienti non volessero cambiare.

Se ai pazienti era stato dato l'ancoraggio, era segnato in consegna (su una lavagna) e l'operatore che si avvicinava alla seduta successiva, incentivava l'autoipnosi nel paziente.

In totale sono state raccolte 36 osservazioni.

4.6 RISULTATI

Sono stati trattati 10 pazienti da Marzo a Settembre 2019.

I pazienti trattati hanno un'età media di 66,5 anni.

Le patologie sono 100% oncologiche in fase avanzata e avanzatissima; in prevalenza la patologia più frequente è il k colon (40%).

Il farmaco più utilizzato per la premedicazione è la morfina, a dosaggi diversi (3; 5; 50mg) ev, utilizzata per 7 pazienti su 10 (70%).

In un caso è stata somministrata morfina orale.

In un caso non era stata somministrata la premedicazione.

In un caso non era stata somministrata premedicazione per via parenterale, ma per via topica, con pomata anestetica.

Il 100% dei pazienti presi in considerazione, ha un trattamento efficace per il dolore cronico con elastomero (sottocute o ev) o somministrazione parenterale di analgesico ossicodone o fentanyl due volte al giorno. Per un solo paziente si è utilizzato il cerotto come anti dolorifico.

Il dolore riferito dai pazienti in scala NRS si deve collegare alla sensazione di fastidio/dolore vero e proprio percepito nel momento in cui viene anticipata dall'infermiere la procedura che sta per essere attuata, nonché all'attimo in cui il paziente viene effettivamente sottoposto alla procedura.

L'ancoraggio è stato dato a sette pazienti su dieci (70%).

PAZIENTE	SESSO	ETA'	OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
C.L.	F	72	4	aiuto ad espettorare	7	morfina 5 mg	3 IN 2 MINUTI	NO
				bruciore catetere vescicale	6	morfina 5 mg	3 IN 2 MINUTI	NO
				clistere con svuotamento	7	morfina 5 mg	4 in 3 minuti	NO
				bruciore catetere vescicale	6	morfina 5 mg	2 in 2 minuti	NO

TABELLA 1

TERAPIA DOLORE CRONICO: CEROTTO FENTANIL

DIAGNOSI: K POLMONE

ESPERIENZA: comunicazione difficoltosa perché la paziente tende alla chiusura. Molto autonoma, fatica ad accettare che il corpo non risponda più alla sua volontà.

Durante la prima procedura di aiuto nell'espettorare, l'infermiera propone a L. una tecnica nuova, che potrà far leva sulla sua autonomia e capacità di affrontare le difficoltà. L. accetta.

Le osservazioni sono state registrate in ordine cronologico e la comunicazione ipnotica è stata orientata al rilassamento attraverso il respiro. Sono state appuntate sulla scheda le suggestioni utilizzate, per proseguire sempre sulla stessa linea di argomento, a meno che la paziente non chiedesse di cambiare.

L'infermiera è seduta accanto a L. sul letto. La stanza è illuminata dalla luce naturale. "L. concentrati sul respiro, senti, mentre inspiri, entrare aria fresca e quando butti fuori l'aria, sei in grado di allontanare quello che senti nella gola. Sentirai entrare aria fresca che ti aiuta a respirare meglio e uscire aria calda. Con l'aria calda esce anche quello che vuoi dalla gola e dalla bocca e ti senti libera di respirare.

Molto bene, L. vedo che i tuoi occhi sono rilassati e le palpebre si muovono piano piano, lo senti anche tu?" Risponde di sì.

Durante la seconda seduta, l'infermiera introduce una nuova suggestione.

"Ti piace la montagna L.?" Risponde sì. "Immagina di essere in montagna, su un prato verde, vedi un fiume che scorre poco distante da te. Ti avvicini, senti gli spruzzi dell'acqua fresca sul tuo viso, ti danno la sensazione di benessere e pace. Avvicini una mano all'acqua, per toccarla. Ti piace questa sensazione?" Riferisce che si sente bene, come quando andava in montagna con i suoi bambini da piccoli.

"Molto bene L. sei stata davvero brava, ottimo". L'infermiera nota il viso di L. rilassato. Procede con il riorientamento e il racconto, breve, da parte della paziente.

Nel caso di L. il valore NRS si è modificato sensibilmente (da 7 a 3 o da 7 a 4) in breve tempo (2-3 minuti). La suggestione dell'acqua fresca è stata ritenuta efficace dalle infermiere perché per la paziente lenisce il bruciore e la paziente è riuscita ad associare l'immagine della montagna, lei molto cara, con la freschezza dell'acqua che scorre.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
I.L.	F	82	4	crisi dolore acuto	8	morfina 5 mg	4 IN 5 MINUTI	SI
				crisi dolore acuto	6	morfina 5mg	2 in 3 minuti	SI
				crisi dolore acuto	8	morfina 5 mg	4 in 3 minuti	SI
				inserzione catetere vescicale	5	morfina 5 mg	3 in 2 minuti	SI

TABELLA 2

TERAPIA DOLORE CRONICO: ELASTOMERO MORFINA 40 MG/DIE + MIDAZOLAM 10MG/DIE

DIAGNOSI: K COLON

ESPERIENZA: ottima risposta da parte della paziente. Si lascia guidare molto bene, fin dalla prima seduta.

L'infermiera propone a L. per la prima volta la tecnica una sera, in cui si presenta una crisi di dolore acuto. "L., hai voglia di provare questa tecnica nuova, che ho imparato anche io ad utilizzare da poco?"

Risponde di sì. "Mi siedo qui, accanto a te L., ti tengo la mano e, se ti va, porta la mia mano dove senti dolore, la appoggio sulla tua" L. prende la mano dell'infermiera e la appoggia sull'addome, sopra alla sua.

"Grazie L. adesso, che sei stata così brava da portare la mia mano lì, riuscirai a chiudere gli occhi e a respirare lentamente e profondamente. Così L., bravissima, senti come la tua mano si alza, mentre inspiri, e si abbassa quando espiri. Ottimo, L., davvero, la senti la tua mano alzarsi, quando inspiri? E abbassarsi quando espiri?". Risponde di sì. "Molto bene, la tua mano che si alza ogni volta che respiri, diventa una calamita, grande grande, che attacca a sé quella sensazione che hai nella pancia e non la lascia più, la allontana, così L., togli la mano dalla pancia e allontana la calamita, la appoggi accanto a te e poi, appoggi di nuovo la mano- calamita, ti aiuto?" Risponde di sì. L'infermiera mantiene la propria mano su quella di L. per diverse inspirazioni, poi la lascia. "Hai visto L. che riesci anche da sola? Mamma mia, davvero brava". "Tira, tira su con la calamita, allontanala dalla tua pancia e appoggia il peso lontano da te." L'infermiera guida la paziente nell'azione diverse volte, poi le dice "adesso che sei diventata così brava a far diventare la tua mano una calamita, tutte le volte che sentirai una sensazione da allontanare, basterà che tu appoggi la tua mano sulla pancia". La paziente appare serena. Respira lentamente, è rilassata. L'infermiera la riorienta e le chiede come sia andata l'esperienza.

Il dolore acuto della paziente è sempre stato forte (NRS 8-6), legato al semplice respiro, non ad una procedura specifica. La discesa della scala NRS è stata forte (da 8 a 4) e anche in un lasso di tempo molto breve (2-3 minuti). Si è notato che, fornendo l'ancoraggio alla paziente, il tempo di azione della comunicazione ipnotica, in base al valore NRS, si è ridotto.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
R.S.	F	47	1	• cateterismo vescicale	6	morfina 5mg	2 IN 5 MINUTI	SI

TABELLA 3

TERAPIA DOLORE CRONICO: ELASTOMERO MORFINA 40 MG/DIE + MIDAZOLAM 10MG/DIE

DIAGNOSI: K COLON

ESPERIENZA: S. è giovane e molto sofferente. Riferisce ansia legata alla presenza di minori: figli piccoli. Per lei qualunque azione è dolore. Con S. c'è stata tanta comunicazione, quotidiana, ma è deceduta dopo quattro giorni di ricovero.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
H.R.	M	37	1	• inserzione ago Huber	7	morfina 50mg	3 IN 2 MINUTI	NO

TABELLA 4

TERAPIA DOLORE CRONICO: ELASTOMERO OSSICODONE 500MG/DIE + MIDAZOLAM 10MG/DIE

DIAGNOSI: K PANCREAS

ESPERIENZA: L'infermiera si siede su una sedia, proprio vicino al suo letto. Sul letto è seduta la compagna e sulla poltrona la mamma.

"R. adesso facciamo così, proviamo a fare diverso dalle altre volte, in cui ti hanno inserito l'ago nel porth. Ti va?". Risponde di sì.

"Inizia a respirare e se vuoi chiudi gli occhi. Molto bene, vedo che hai chiuso gli occhi e che le tue palpebre si muovono piano piano e vedo che hai le ginocchia piegate, se vuoi, puoi stendere le gambe". R. distende le gambe. "Ottimo R. mentre respiri, così come stai facendo adesso, lentamente e profondamente, immagina di prendere dalla scodella colorata che hai sul comodino un cubetto di ghiaccio, senti le dita che si raffreddano, io ti tocco le dita, ma tu non lo senti, perché hai il ghiaccio in mano". R. annuisce con il capo, l'infermiera gli tocca piano la mano. "molto bene, R. lo senti il freddo del ghiaccio sulle dita?" R. annuisce. "Adesso che il cubetto di ghiaccio è quasi sciolto tra le tue dita, adesso

che è diventato sottile, portalo sul tuo petto, sulla camera del porth, lascialo lì, per qualche secondo, lascia che si sciolga”. Nel frattempo l’infermiera inserisce l’ago.

Il volto di R. appare rilassato, non sono comparse smorfie di dolore, né lamenti.

“Davvero molto bene R., sai che sei stato così bravo da non esserti mosso e mi hai permesso di infilare l’ago senza difficoltà?”. R. sorride. L’infermiera riorienta il paziente e gli chiede come abbia vissuto l’esperienza. R. riferisce di aver sentito la sensazione di freddo alle dita e al petto, e di aver avvertito una sensazione di leggero fastidio al momento della puntura, ma limitata e inferiore rispetto alle volte precedenti.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
G.R.	F	59	1	• medicazione complessa lesione mammaria	8	-	4 IN 7 MINUTI	SI

TABELLA 5

TERAPIA DOLORE CRONICO: ELASTOMERO OSSICODONE 150 MG/DIE

DIAGNOSI: K MAMMELLA

ESPERIENZA: G. fatica a rilassarsi, è ansiosa e presenta una lesione mammaria di grandi dimensioni, da medicare almeno due volte al giorno.

L'infermiera entra in confidenza con la paziente e le chiede se voglia sperimentare un nuovo metodo per affrontare la paura del dolore che precede sempre la medicazione.

“Utilizzando questo metodo, la protagonista sarai tu stessa, con la tua capacità di concentrazione”. G. accetta e, spontaneamente, inizia a chiudere gli occhi e a respirare, lentamente. “Bravissima G., senza dirti nulla, hai già fatto molto lavoro, continua così, con gli occhi chiusi, a respirare, lentamente, sentendo tutta l'aria che entra dentro di te, portandoti una sensazione di fresco e lascia andare l'aria che va fuori, che porta via ciò che non vuoi tenere.

Vedo che le tue mani sono stese lungo il tuo corpo le che le spalle sono vicino alle orecchie, vuoi provare ad abbassare le spalle, quando fai il prossimo respiro?”. G. annuisce e, con l'espiazione, abbassa le spalle rilassandosi. “Molto bene, adesso che riesci a fare dei bei respiri profondi e a tenere le spalle abbassate, ti accorgerai anche di come questo braccio” (l'infermiera tocca il braccio sinistro della paziente) “diventi più rilassato, morbido, adagiato comodo sulla tua pancia”. L'infermiera posiziona il braccio di G., senza fatica, in modo da fare l'angolo con il gomito e far appoggiare la mano a livello dell'osso del bacino. “Molto bene G., adesso, prova ad immaginare che la tua mano” (l'infermiera tocca la mano del braccio appena mosso), “afferri uno scudo, sai di quelli dei soldati, come hai visto tante volte disegnati sui libri. Questo scudo è forte e protegge tutta questa parte del corpo qui”. L'infermiera tocca la spalla e poco al di sotto. la paziente annuisce. “Tutta questa parte è protetta dallo scudo della guerriera”.

Intanto l'infermiera inizia a togliere i cerotti e rinforza la paziente che ha l'espressione del volto rilassata e la mano che tiene lo scudo, leggermente in tensione.

“Molto bene G., tieni lo scudo, che ti protegge, fa rimbalzare lontano ciò che vuoi tu. Sei bravissima, continua a respirare , come stai facendo.” L'infermiera termina la medicazione, con l'aiuto dell'operatore di supporto. L'infermiera dà a G. l'ancoraggio (braccio piegato sull'addome).

Riorienta la paziente e le chiede di descrivere la sua esperienza.

G. riferisce di non aver provato fastidio durante la medicazione, ma soprattutto, di non aver provato paura o timore del dolore. Si è sentita protetta dallo scudo, come una corazza che faceva rimbalzare lontano l'ansia.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
B.P.	F	82	6	mobilizzazione su sedia	5	morfina 3 mg	2 IN 3 MINUTI	SI
				mobilizzazione su sedia	5	morfina 3 mg	2 IN 3 MINUTI	SI
				mobilizzazione a letto	5	morfina 3 mg	2 IN 3 MINUTI	SI
				crisi algica durante il sonno	7	morfina 3 mg	3 IN 4 MINUTI	SI
				mobilizzazione a letto	7	morfina 3 mg	3 IN 4 MINUTI	SI
				mobilizzazione seduta su letto	5	morfina 3 mg	2 IN 3 MINUTI	SI

TABELLA 6

TERAPIA DOLORE CRONICO: FENTANYL 25 MG/DIE

DIAGNOSI: K COLON

ESPERIENZA: P. è una donna molto forte, dura con se stessa e fatica a lasciar trasparire le proprie emozioni. La sua soglia del dolore sembra essere molto alta e difficilmente si lamenta.

E' stata ricoverata in hospice molti mesi e con lei è stato possibile instaurare un rapporto di fiducia costruito nel tempo. Grazie all'ancoraggio, dato sin dalla prima seduta, la paziente ha potuto raggiungere valori NRS bassi in breve tempo. I valori NRS 5 o 7 erano legati all'ansia di doversi muovere nel letto e sentire dolore alla schiena e alle gambe.

Il personale ha sempre utilizzato per lei suggestioni di leggerezza, dicendole di immaginare di essere una piuma o di immaginare che il materasso (elettrico, ad aria), fosse un tappeto volante che la sollevava per poi riportarla lentamente nella posizione desiderata.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
R.E.	F	84	2	mobilizzazione su sedia	7	morfina 3 mg	2 IN 5 MINUTI	NO
				mobilizzazione a letto	5	morfina 5 mg	2 IN 2 MINUTI	NO

TABELLA 7

TERAPIA DOLORE CRONICO: FENTANYL 3MG/DIE

DIAGNOSI: K GASTRICO

ESPERIENZA: “E. oggi ti vedo affaticata nei movimenti” la paziente afferma di sentirsi debole e di sentire che le sue gambe potrebbero non reggerla.

“Ascolta E., adesso, mentre ti parlo e ti guardo negli occhi, nei tuoi occhi grandi e azzurri, la senti la mia mano che ti tocca il ginocchio?” La paziente afferma. “Adesso senti che ti tocco il polpaccio?” E. risponde di sì. “E., pensa alle tue gambe, se vuoi, chiudi gli occhi e, mentre respiri profondamente, proprio come stai facendo adesso immagina che le tue gambe, dove sto toccando, diventino robuste, forti come un tronco, ben ancorato al terreno, che sorregge tanti rami.” L’infermiera tocca le gambe di E., la coscia, il ginocchio, il polpaccio. “E. senti, dove appoggio la mano, man mano che respiri le tue gambe si irrobustiscono e diventano forti come il tronco di un albero. Che alberi ti piacciono E. “. La paziente afferma di amare gli alberi di nocciolo e intanto, si sposta, con aiuto, dal letto alla sedia.

L’escursione del valore NRS riferito dalla paziente è stata molto forte, da NRS 7 a NRS 2 e da NRS 5 a NRS 2, in breve tempo.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
M.N.	F	59	7	iniezione sottocute	0	POMATA ANESTETICA	2 IN 5 MINUTI	NO
				posizionamento accesso venoso periferico	0	POMATA ANESTETICA	2 IN 5 MINUTI	SI
				clistere con sonda	4	POMATA ANESTETICA	0 IN 2 MINUTI	SI
				clistere con sonda	0	POMATA ANESTETICA	0 IN 0 MINUTI	SI
				iniezione sottocute	0	POMATA ANESTETICA	0 IN 0 MINUTI	SI
				iniezione sottocute	0	POMATA ANESTETICA	0 IN 0 MINUTI	SI
				clistere con sonda	0	POMATA ANESTETICA	0 IN 0 MINUTI	SI

TABELLA 8

TERAPIA DOLORE CRONICO: OSSICODONE 20MG/DIE, POI 30MG.DIE

DIAGNOSI: K COLON

ESPERIENZA: Il percorso con N. è stato lungo, l'esperienza di comunicazione ipnotica è iniziata fin da subito poiché la paziente si è presentata immediatamente molto ricettiva e desiderosa di provare. Consapevole della diagnosi e della prognosi, paziente con un grado di istruzione molto elevato, dolore cronico ben controllato, molto ansiosa. Le è stato dato l'ancoraggio dopo il primo contatto di comunicazione ipnotica. La paziente ha un canale comunicativo visivo.

“N. ciao, oggi ti propongo una novità, per essere meno ansiosa quando ti faccio l'iniezione. E' una comunicazione che si basa sul nostro rapporto di fiducia e sulle tue capacità, che io so essere molto forti. Ti va di provare?”. N. è affermativa.

L'infermiera si siede accanto alla paziente, sul letto, a livello della sua mano destra e la guarda negli occhi. “Se vuoi, N. chiudi gli occhi, e respira, con gli occhi chiusi. Vedo che, già spontaneamente, stai facendo delle lunghe inspirazioni e lunghe espirazioni, molto bene N. Vedo che i tuoi occhi sono chiusi e le tue palpebre si muovono appena, e vedo che hai disteso la tua fronte e anche le spalle, molto bene N. Adesso, ti chiedo di immaginare qualcosa che ti dia sicurezza nei momenti di difficoltà, qualcosa che già conosci o qualcosa che ti viene in mente ora, mentre ti sto parlando. N. dice che le viene in mente una coperta di lana bianca, morbida, come di cachemire, che aveva a casa, molti anni prima. “Che bella immagine N., veramente adatta, perché una coperta avvolge, protegge, scalda, poi il bianco è un colore così delicato, come te”.

N. afferma che il bianco è il suo colore preferito. Da quel giorno, N. ha fatto portare dal figlio, un mazzo di calle bianche per adornare la sua stanza.

“ Immagina allora che questa coperta sia proprio su di te, ad avvolgerti e a scaldarti, se hai freddo o se hai paura”. Intanto l'infermiera tocca delicatamente le spalle di N., il viso è disteso e la paziente, rimane in questo stato di benessere, per alcuni minuti. Poi, l'infermiera, tocca delicatamente la mano di N. e le unisce il pollice con l'indice della mano

destra. “N., quando vuoi nuovamente provare questa sensazione di benessere che sei riuscita a raggiungere ora, chiudi gli occhi e fai questo gesto. Quando sai che sta per arrivare il dolore, o l’ansia, quando dobbiamo fare qualche azione che ti può infastidire... unisci pollice e indice e respira piano”.

N. si si riorienta e racconta l’esperienza.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
R.T.	M	70	4	mobilizzazione a letto	9	oramorf 10mg	6 IN 5 MINUTI	SI
				mobilizzazione a letto	8	oramorf 10mg	5 IN 3 MINUTI	SI
				igiene a letto	8	oramorf 10mg	5 IN 2 MINUTI	SI
				igiene a letto	6	oramorf 10mg	4 IN 2 MINUTI	SI
				bagno total body a letto	6	oramorf 10mg	2 in 1 MINUTO	SI
				posizione seduta su comodone	0	-	0	SI

TABELLA 9

TERAPIA DOLORE CRONICO: OSSICODONE 30MG/DIE

DIAGNOSI: K RETTO

ESPERIENZA: R. è ricoverato in Hospice da diversi mesi, con lui si è instaurato un rapporto confidenziale e diretto. Ha un ancoraggio che utilizza sempre per le mobilizzazioni a letto e anche durante l’igiene. R. è un uomo che ha sempre amato vivere oltre le proprie aspettative, ama il cibo, il vino, è scherzoso e il suo luogo sicuro, in cui si conduce, durante le procedure che per lui sono invasive è una spiaggia in Liguria, meta di vacanze trascorse in gioventù.

Come gesto per indurre l’autoipnosi, R. porta la mano destra sul petto.

I valori NRS per dolore procedurale, sono partiti da 9, per poi scendere via via con la comunicazione ipnotica e l’autoipnosi. Anche il tempo di azione della comunicazione ipnotica si è ridotto, dalla prima osservazione in avanti, passando da 5 minuti a 1 minuto.

PAZIENTE	SESSO	ETA'	N.OSSERVAZIONI	PROCEDURA	NRS	FARMACO ANALGESICO PREMEDICAZIONE	NRS/TEMPO AZIONE COMUNICAZIONE	ANCORAGGIO
S.I.	F	74	7	medicazione lesione da pressione	7	morfina 5 mg	3 IN 4 MINUTI	SI
				medicazione lesione da pressione	8	morfina 5 mg	5 IN 3 MINUTI	SI
				medicazione lesione da pressione	5	morfina 5 mg	2 IN 2 MINUTI	SI
				raggiunge posizione eretta con aiuto	5	morfina 5 mg	2 IN 2 MINUTI	SI
				medicazione lesione da pressione	4	morfina 5 mg	2 IN 2 MINUTI	SI
				cambio posizione a letto	0	-	0	SI
				cambio posizione a letto	0	-	0	SI

TABELLA 10

TERAPIA DOLORE CRONICO: OSSICODONE 20MG/DIE

DIAGNOSI: LEUCEMIA MIELOIDE

ESPERIENZA: I. è una paziente molto amata e seguita dalla sua famiglia. Ha sempre due figlie con sè, non la lasciano mai e tutte le sedute di comunicazione ipnotica, sono state condotte con le figlie presenti.

“I. oggi viene l’infermiera D. a farti la medicazione, così vediamo se dobbiamo variare qualche cosa”. I. si presenta sofferente per l’idea della medicazione, che solitamente è dolorosa.

“I. sono appena tornata dall’ultima lezione del corso di comunicazione ipnotica, hai voglia di provare? E’ un’esperienza nuova in cui la protagonista sei tu, io ti sto vicino e ti aiuto con le parole.” I. è d’accordo e accetta. Questa seduta viene fatta circa 15 minuti prima dell’arrivo dell’infermiera esperta in wound care. Anche le figlie sono d’accordo e sono sedute poco distanti. I. è posizionata sul fianco sinistro e l’infermiera in piedi la guarda negli occhi. Appoggia la sua mano su quella di I. e la invita a chiudere gli occhi e respirare lentamente e profondamente. L’infermiera rinforza con le parole il respiro lento di I. e i suoi occhi chiusi. Invita poi I. a concentrare l’attenzione su un luogo o su un oggetto che le diano fiducia. “I., pensa a qualche posto, che solo tu conosci, una strada speciale, un luogo di mare, immagina di essere in questo posto che sai tu”. Gli occhi di I. sono socchiusi, vibrano leggermente le palpebre, la fronte è distesa e l’infermiera fa notare a I. questi segni di rilassatezza, visibili dall’esterno (rinforza). I. afferma “mi sento come se fossi su una nuvola, mi sembra di ondeggiare” (la paziente è distesa su un materasso ad aria compressa), “mi sento bene così”. “Ottimo I., molto bene, davvero, sei stata davvero molto brava. Adesso, proprio in questa sensazione che ti piace, ti dico che, se appoggi la tua mano (l’infermiera tocca la mano destra della paziente) sulla tua guancia, potrai ritrovare questa sensazione di ondeggiamento piacevole ogni volta che lo vorrai. Continua a respirare così, molto bene e adesso, molto lentamente, mentre espiri, apri di nuovo gli occhi, lascia il tuo luogo piacevole e ritorna qui.”

La paziente dopo la prima seduta, ha provato, anche da sola a rilassarsi e raggiungere la sua nuvola, utilizzando l'ancoraggio. Lo ha utilizzato per ogni medicazione.

5 DISCUSSIONE

Alla luce dell'analisi dei risultati, tutte le esperienze riportate sono state positive per i pazienti, infatti riferiscono tutti di aver provato beneficio, anche se in misura diversa.

Si è notato che, più stretto è il rapporto tra operatori e paziente e più efficace è stata la comunicazione ipnotica e anche l'incoraggiamento all'autoipnosi, a dimostrazione che l'esperienza ipnotica è possibile se c'è una buona relazione, infatti l'ipnosi è uno stato modificato che è possibile vivere all'interno di una relazione significativa e che permette l'espressione del cambiamento del vissuto anche nell'esperienza fisica.

Questo, lo si può legare al fatto che, il rapporto che si crea tra infermiere e paziente dà fiducia al paziente stesso, che è così portato a credere nelle parole dell'operatore e a ridurre lo scetticismo rispetto alle sue possibilità che ha criticato per le esperienze precedenti. In questo senso la capacità di modificare il senso critico gli permette di accettare con una critica diversa i suggerimenti che avvengono nella relazione ipnotica e di esprimerli liberamente.

I dati sono stati raccolti individualmente, perché ogni paziente ha la sua esperienza, la sua soglia del dolore, la sua terapia. In generale, però è possibile affermare che, dove c'è stata comunicazione ipnotica assidua, sulla stessa procedura, per lo stesso paziente, il valore NRS si è abbassato, tra la prima osservazione e l'ultima e anche il tempo di azione della comunicazione ipnotica si è fatto più breve.

E' significativa l'esperienza di I.S. (Tabella 10) che, per la stessa procedura (medicazione di lesione da pressione), è passata da un valore NRS 7, prima della procedura, della prima osservazione, ad un valore NRS 4, prima della procedura.

Anche il tempo di azione della comunicazione ipnotica si è ridotto, passando da 4 minuti a 2 minuti, per valori NRS 3 e 2 post

procedura. Tutto a parità di dosaggio farmacologico in premedicazione.

R.T. (Tabella 9), nell'ambito delle mobilizzazioni, è passato da un valore NRS, prima della procedura, di 9, a 8, poi a 6 e poi a 0.

La sua NRS procedurale è scesa da 6 a 2 in cinque osservazioni e durante l'ultima osservazione rilevata, il valore NRS procedurale dichiarato era 0. Tutto a parità di dosaggio di farmaco in premedicazione, come si vede in tabella.

La paziente B.P. (Tabella 6), con cui la compliance è stata più scarsa rispetto agli altri pazienti, il valore NRS procedurale non si è mai abbassato, rimanendo su valori di 7, 6 5.

La comunicazione, però sembra aver fatto effetto perché i valori NRS durante e dopo le procedure, sono scesi a 2 o 3 in pochi minuti, sempre a parità di farmaco in premedicazione.

Per la paziente G.R. (Tabella 5), anche se è stata registrata una sola osservazione (la paziente è deceduta due giorni dopo la seduta riportata), l'ancoraggio che le è stato dato e la suggestione dello scudo che le proteggeva il seno, sono stati riferiti come fonte di benessere dalla paziente che, in generale, si presentava molto sofferente.

Il personale coinvolto nello studio, ha descritto con molta precisione le esperienze dei pazienti, perché si cogliesse l'effettivo benessere che traspariva dai momenti di comunicazione.

Sono tutti concordi, pazienti, personale e anche i familiari, nell'affermare che, grazie all'applicazione della comunicazione ipnotica si sono allentate ansie e chiusure, così da poter affrontare il dolore (analisi del nostro studio), ma anche nausea, dispnea, debolezza, per tutti i pazienti che sono stati con noi in questi mesi.

M.N. (Tabella 8), così eterea, ha scelto un'immagine molto significativa che mi ha fatto riflettere.

L'origine della simbologia delle cure palliative, deriva dal latino pallium, un indumento simile ad un mantello.

N. ha immaginato di stringere a sé una coperta, bianca, perché era il suo colore preferito. Questa coperta era la sua protezione dai tanti atti, per lei dolorosi, che soprattutto, invadevano la sua privacy. Una coperta, anche per nascondersi, per stare un po' da sola, come fosse stata a casa propria, tanti anni prima, sotto la sua coperta di cachemire.

H.R. descritto in tabella 4, ha avuto un beneficio dichiarato al personale, nell'inserzione dell'ago nel porth. "Solo un leggero fastidio".

Osservare 10 pazienti è un numero statisticamente poco significativo per poter affermare che la comunicazione ipnotica è efficace nella gestione infermieristica del dolore procedurale, ma è stata dimostrata l'efficacia totale per quelle persone. La variabilità individuale nell'affrontare il dolore così come nella vita anche in hospice è massima, varia da paziente a paziente, dal carattere, dalle proprie esperienze passate, dalla consapevolezza di diagnosi e prognosi, dall'attaccamento alla propria vita, ai propri cari...

I pazienti che hanno partecipato allo studio, lo hanno scelto tutti spontaneamente, sono stati tutti aderenti nel contare il tempo di azione della comunicazione ipnotica (chi non era in grado di farlo è stato vicariato dal personale infermieristico) in base alla loro scala NRS. Si è reso evidente che, chi aveva praticato 6, 7 sedute, fosse molto più abile nello svolgere le azioni proposte dalle infermiere, sapeva come procedere con l'autoipnosi, era su un percorso conosciuto e quindi la possibilità di allenarsi nel vivere le esperienze in questo stato è di aiuto.

Quando tutto è dolore, quando il dolore cronico è gestito al 100%, ma c'è qualcosa di più da gestire, come in hospice, ci sono le ansie, le paure, anche le semplici azioni, come detto causano dolore, che per convenzione è stato misurato con una scala numerica che certamente è riduttiva nell'esprimere l'esperienza stessa del paziente.

Il dolore procedurale in hospice spesso si accompagna alla richiesta, da parte del paziente "di essere

lasciato in pace”. Con la comunicazione ipnotica, invitando il paziente a scegliere un “luogo sicuro” dove rifugiarsi per sentirsi protetto, tranquillo, un luogo caro, o una situazione a lui confacente, siamo riusciti a ritagliare per lui, un momento unico, solo suo, in una condizione, quella della procedura, di per sé sgradita anche se non per forza dolorosa, garantendo uno stato di conforto altrimenti impossibile da esprimere.

6 CONCLUSIONI

La partecipazione mente-corpo, non è una dimensione da creare o da indurre, o da costruire, è semplicemente una realtà. Ed è proprio questa partecipazione, nei suoi dinamismi che si esprime sempre e comunque, attraverso modalità conscie e inconscie che si può cercare di conoscere più dettagliatamente in modo da poterla gestire consapevolmente con finalità d'aiuto e terapeutiche.

Durante la comunicazione ipnotica, si è cercato di guidare le persone ad impiegare consapevolmente la potenzialità della loro rappresentazione mentale al fine di raggiungere obiettivi precisi.

Abbiamo lavorato molto sull'empowerment prima del gruppo di lavoro, poi il gruppo di lavoro ha cercato di rivolgere l'empowerment sui pazienti. E' stato gratificante per tutti noi, vedere i pazienti con un'aumentata fiducia in se stessi, nell'affrontare le piccole azioni quotidiane. I pazienti hanno verbalizzato le loro esperienze con enfasi e hanno provato giovamento nell'affrontare le procedure praticate.

Non è stato possibile dare una connotazione di scientificità come quella riduzionistica della visione a cui siamo abituati perchè nel presente studio, sono troppe le variabili, come detto in precedenza, e si basano tutte su esperienze riferite dai pazienti, poco esprimibili con percentuali numeriche.

Ciò non ci impedisce di dare valore al nostro lavoro, perchè la risposta dei pazienti è stata positiva al 100%, sono stati tutti complianti nell'aderire alle sedute di comunicazione ipnotica, hanno utilizzato l'ancoraggio, quando presente e il dolore, a livello numerico, di NRS, è stato effettivamente ridotto.

Questo garantisce l'efficacia dell'implementazione di questa metodologia di cura per i nostri pazienti.

La comunicazione ipnotica è diventata parte integrante del nostro lavoro, le sedute vengono registrate su schede, a volte la registrazione può anche essere sonora o visiva, previo consenso e viene utilizzata anche per evidenziare i cambiamenti ai famigliari dei pazienti ricoverati così da rassicurarli circa il percorso di cura dei loro cari. Sempre con il consenso del paziente queste registrazioni possono essere utilizzate dall'equipe di cura per trasmettere informazioni importanti e analizzare la tecnica al fine di promuovere un continuo miglioramento dell'abilità degli operatori di applicare la comunicazione ipnotica nel percorso assistenziale che diamo al paziente sempre allo scopo di migliorare la vita fin che c'è vita, e in questo senso la comunicazione ipnotica garantisce la possibilità di esprimere la nostra professione al meglio.

7 BIBLIOGRAFIA

- Elkins GR, Fisher W, Johnson AJ, Sliwinski J. (2012) Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. *Oncology (NY)*, (8), 26-30, 2012
- Erickson M. H. "Guarire con l'ipnosi". Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1984
- Erickson MH. "La mia voce ti accompagnerà". Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1983
- Facco E. Hypnosis and anesthesia: back to the future. *Minerva Anestesiologica*, 2016
- Fox PA, Henderson DC, Barton SE et al. Immunological Markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: a pilot study. *International Journal of STD and AIDS*. 1999; 10:730-4.
- Jensen MP, Barber JM, et al. Effect of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. *International Journal of clinical hypnosis*, 2009; 57:239-268
- Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic Approaches for Chronic Pain Management Clinical Implications of Recent Research Findings. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar; 69(2): 167–177.
- Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*, 146(3), 235-7, 2009
- Kandel ER "Alla ricerca della memoria" Codice Edizioni, Torino, 2010
- Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principi di Neuroscienze*, CEA 2003, Milano

- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessel, T.M. (2000). Principles of Neural Science. McGraw-Hill Medical
- Landier W, Tse A. Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An Integrative Review. Journal of Pediatric Nursing, 2010; 25, 566-579
- Lioffi C, White P. Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. Contemporary Hypnosis, 2001; 18 (3): 145- 160.
- Orsi L. Dolore, Ed In Dialogo, 2018, Milano
- Peynovska R, Fisher J, Oliver D, et al. Efficacy of Hypnoterapy as a supplement therapy in cancer intervention. European Journal of Clinical Hypnosis, 2005; 6(1)
- Prandi C. Infermieristica in cure palliative, Edizioni Edra, 2015 Milano
- Smith H. A comprehensive review of rapid-onset opioids for breakthrough pain. CNS Drugs 2012; 26(6): 509-35.
- Szilagyi AK, Kekecs Z, Varga K. Therapeutic suggestions with critically ill in palliative care. Ann Pall Med, 2017.

