



Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2025

IPNOSI ED INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC):

REVISIONE DI LETTERATURA

Candidato: Giulia Boscaro

Relatore: Milena Muro

Correlatore: Roberto Bonaudo

INDICE

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	7
OBIETTIVO E METODO	11
1. DEFINIZIONI E CONCETTI	13
1.1 LA MALATTIA RENALE CRONICA	13
1.2 IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA	17
2. ANALISI DELLA LETTERATURA	19
2.1 IRC, ADERENZA TERAPEUTICA ED IPNOSI	22
2.2 IRC, XEROSTOMIA ED IPNOSI	25
2.3 IRC, QUALITA' DEL SONNO ED IPNOSI	25
2.4 IRC, ANALGESIA ED IPNOSI	26
2.5 IRC E IPNOSI NELLE TESI DEL CIICS	27
DISCUSSIONE	31
CONCLUSIONI	33
ESPERIENZE PERSONALI	35
BIBLIOGRAFIA	39

ABSTRACT

Le persone affette da insufficienza renale cronica (IRC) vivono forti situazioni di stress protratto nel tempo. Questo stato è in parte dovuto dalla sintomatologia, in parte determinato dalla dimensione sociale e relazionale compromessa ed in parte secondario al carattere di cronicità della patologia stessa. L'ipnosi è un'alternativa valida per la gestione di situazioni stressogene e, trattandosi di una coscienza particolare durante la quale vi è una parziale dissociazione psichica con modifiche comportamentali e somatoviscerali, permette la realizzazione di qualsiasi fenomeno suggerito purché ritenuto vantaggioso ed accettato dal soggetto. L'obiettivo di questo elaborato è stato quello di indagare se l'ipnosi e la comunicazione ipnotica, da quanto si evince dal materiale presente in letteratura, sono utilizzate in ambito nefrologico. Stando a quanto è emerso dall'analisi, si può concludere come l'ipnosi sia usata nei pazienti affetti da nefropatie al fine di gestire l'ansia, l'aderenza terapeutica ed a scopo analgesico durante le biopsie renali.

INTRODUZIONE

Molte delle volte in cui l'infermiere si reca al letto del paziente ne invade, in qualche modo, lo spazio personale. Lo fa attraversando quei centimetri invisibili che rendono un perfetto sconosciuto il più intimo dei conoscenti. Anche se a scopo curativo che verte al benessere, le mani dell'infermiere si adoperano per eseguire venipunture, posizionare un catetere vescicale, trattare un'ulcera o una ferita dolorosa. Tutte procedure in qualche modo traumatiche. Nei ricoveri prolungati, anche la sola misurazione di una pressione, a volte, fa storcere il naso ai degenti rassegnati a una lunga permanenza in ospedale. Aghi, siringhe, odori, camere affollate e rumorose, vicini di letto spesso ingombranti, ... il setting talvolta poco confortevole si arricchisce di sensazioni sgradevoli dettate dalla malattia, dall'ansia e da preoccupazioni che si fanno vive e più amplificate. Fra tutte queste emozioni, si destreggia l'operato infermieristico accompagnato spesso da una sana "frenesia" che lascia poco spazio a convenevoli necessari e che si incastra inspiegabilmente tra un sorriso di buona educazione e le richieste dei medici al gusto di pausa caffè. Non è una denuncia, è solo il lavoro che ho scelto ma che sento, che di turno in turno rischia di perdere di vista quella fresca umanità che tanto mi appassiona, che mi sprona a fare meglio ed ad essere migliore anche per me stessa, non solo per i tanti ai quali presto assistenza.

Preservare la passione si mischia quindi ad una necessità di resistere che va oltre all'essere educati o professionali e si riassume, in sostanza, nel mantra del "c'è sempre un altro modo". Sì, perché c'è sempre un altro modo per conoscere, osservare, rispondere, proporre, salutare,

accogliere. C'è sempre un altro modo per entrare in empatia con le persone e metterle a proprio agio anche quando i motivi per poterlo essere non esistono. C'è sempre un altro modo per restare quando la sola cosa che vorresti fare è scappare. “C'è sempre un altro modo” e con l'ipnosi, forse, l'ho trovato.

L'esigenza di prendere parte al corso organizzato dal CIICS nasce proprio dal bisogno di sentirmi sicura e consapevole anche in tutte quelle situazioni un po' più scomode alle quali nessuno ti prepara ma che esistono e sono il perno della professione; perché i principi della tecnica fatta di procedure, così come la loro esecuzione, sono sempre uguali e ciò che cambia è il paziente ed il bagaglio di sentimenti che porta, trattiene a sé o ti dona.

Nello specifico, per ipnosi si intende una condizione fisiologica della coscienza in cui vi è una parziale dissociazione psichica e dove prevalgono le funzioni rappresentativo-emotive rispetto a quelle critico-intellettive. Secondo la filosofia granoniana, l'instaurarsi di una relazione privilegiata tra operatore e soggetto favorisce l'instaurarsi del cosiddetto “monoideismo plastico” che, a sua volta, permette di apportare nell'organismo modifiche percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.

La “relazione privilegiata” è nominata “rapport” e si tratta del momento in cui l'operatore entra in sintonia con l'esperienza cognitiva ed emotiva del soggetto e ne diventa la guida. Nel rapport è facile che si verifichi un abbassamento della critica e un'accettazione condivisa dell'obiettivo. Il rapport è la particolare relazione maieutica, dinamica, bidirezionale ed empatica che si instaura nel *qui ed ora* tra operatore e soggetto, addivenendo a una sincronia intenzionale sia psichica che somatica.

Con il termine “monoideismo plastico”, invece, ci si riferisce ad un fenomeno in cui è reso possibile il focus su una sola idea che poi è resa verificabile tramite un’esperienza. Il monoideismo diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in un’esperienza fenomenica verificabile o ratificabile. La componente emozionale del monoideismo è imprescindibile. Non è la coscienza che agisce, ma l’ideoplasia con una certa elaborazione a livello dell’inconscio poetico.

È necessario sottolineare la differenza fra ipnosi e comunicazione ipnotica, perché quest’ultima consiste nell’abilità in sé di usare consapevolmente i meccanismi neurolinguistici che permettono di creare immagini mentali che consentono il cambiamento nel corpo (5).

I pazienti che assisto come infermiera sono per lo più nefropatici. Lavoro, infatti, presso la Degenza della U.O.C. Nefrologia dell’AOUP (Padova) che ricovera persone in trattamento dialitico, per necessità di una prima diagnosi, per l’ennesima infezione o per una riacutizzazione di malattia. Si tratta di persone che, a causa dell’Insufficienza Renale Cronica (IRC) e di altre comorbidità ricorrenti, vivono forti situazioni di stress protratto nel tempo, in parte dettato dalla sintomatologia, in parte causato dalla dimensione sociale e relazionale ed in parte dalla cronicità della patologia stessa. È importante conoscere le reali difficoltà del paziente con insufficienza renale per poterne poi individuare le conseguenti necessità assistenziali. Per questo motivo si è voluto dedicare parte di questo elaborato ad un approfondimento legato alla patologia in questione.

OBIETTIVO E METODO

L'obiettivo di questo lavoro è quello di indagare se l'ipnosi e la comunicazione ipnotica, da quanto si evince dal materiale trovato in letteratura, sono uno strumento utilizzato in ambito nefrologico; si ricercano, inoltre, eventuali modalità d'utilizzo ed i rispettivi feedback. Per far ciò sono state consultate le principali banche dati come Google Scholar e PubMed; sono stati, quindi, selezionati articoli pubblicati negli ultimi 20 anni. Le principali parole-chiave utilizzate sono state: Anxiety, Hypnosis, Kidney, Chronic Kidney Disease, Dialysis, Haemodialysis, Fluid Restriction.

1. DEFINIZIONI E CONCETTI

1.1 LA MALATTIA RENALE CRONICA

Per malattia renale cronica (MRC) si definisce la condizione patologica in cui:

- la velocità di Filtrazione Glomerulare (VFG) si riduce progressivamente fino a scendere sotto il valore soglia di 60 ml/min/1,73 m²;
- coesistono anomalie del rene (strutturali o funzionali) che determinano il danno renale in modo indipendente dalla riduzione di GFR e che sono riscontrabili tramite il dosaggio di marcatori di danno renale (proteinuria \geq 150 mg/die, albuminuria \geq 30 mg/die, ematuria), imaging renale alterato o alterazioni istologiche riscontrate a seguito di biopsia renale (1).

Il danno renale è generato da eventi morbosi che o interessano il rene in modo diretto (es. rene policistico, glomerulonefriti, pielonefriti) o che lo coinvolgono in quanto organo riccamente vascolarizzato (es. nefroangiosclerosi e nefropatia diabetica). I fattori di rischio che concorrono allo sviluppo potenziale di tali patologie sono gli stessi delle patologie cardiovascolari e sono principalmente: ipertensione, diabete, sindrome metabolica, fumo di tabacco. Quanto appena descritto sintetizza quella che viene quindi definita come “sindrome cardio-renale” ove la presenza di MRC provoca morbilità cardiaca ed un preesistente stato di insufficienza cardiaca porta a disfunzioni renali. (2) L'aspetto di cronicità della malattia renale si verifica quando per almeno 3 mesi le alterazioni sopra descritte si mantengono. A seconda dei valori di VFG e della presenza o meno di markers di danno renale, si possono classificare 5 stadi di malattia. Il diverso grado di stadiazione

corrisponde al diverso stadio evolutivo di malattia e, di conseguenza, ad un diverso rischio di mortalità. La manifestazione della sintomatologia varia in base al grado di compromissione della funzione renale ma, ad eccezione dello stato uremico, si tratta di una patologia a carattere per lo più silente. In corso di malattia, i segni che possono orientare verso la diagnosi sono: nicturia e poliuria, prurito, inappetenza, crampi muscolari, nausea e vomito, apatia, insonnia ed irritabilità. Nello stato uremico, invece, la sintomatologia è più acuta ed i segni ed i sintomi caratterizzanti possono essere: ritenzione idrica con aumento di peso corporeo da sovraccarico di volume, dispnea, ipertensione mal controllata dalla terapia, iperpotassiemia, nausea e vomito. (1) La funzione renale residua (FRR) può peggiorare a tal punto da determinare il rischio di morte e, se il trapianto di rene “pre-emptive” non è possibile, la soluzione che permette la sopravvivenza del paziente è la dialisi. Le tecniche dialitiche, nello specifico, si differenziano principalmente in due categorie. La prima è chiamata dialisi extracorporea o emodialisi e va svolta da una a tre volte alla settimana per circa quattro ore a seconda del caso. Con questo trattamento, l'apparato cardiocircolatorio è collegato ad un circuito extracorporeo che ne permette la depurazione. La connessione tra torrente ematico e circuito esterno avviene tramite una fistola arterovenosa (FAV). L'alternativa al confezionamento della FAV, è il posizionamento di un catetere venoso centrale permanente in una vena di grosso calibro (giugulare o femorale). La seconda tecnica dialitica, chiamata dialisi peritoneale, è da svolgere quotidianamente; essa è possibile tramite il posizionamento nella cavità addominale del catetere di Tenckhoff. Grazie a questo presidio, il liquido di dialisi è progressivamente introdotto e svuotato dall'addome secondo procedure manuali (CAPD) o in modo automatizzato (APD). A contatto

con la membrana peritoneale riccamente vascolarizzata, avvengono gli scambi per diffusione tra liquido di dialisi e sangue. I trattamenti appena descritti interferiscono negativamente sulla qualità di vita delle persone che devono sostenerli (2). La progressione della MRC però, non incide soltanto sulla quotidianità dei malati ma impatta notevolmente anche sui costi da sostenere per i trattamenti. Si stima che all'anno un paziente allo stadio terminale costi al servizio sanitario da un minimo di € 29.800,00 (dialisi peritoneale) fino ad un massimo di € 43.800,00 (emodialisi trisettimanale). Un paziente trapiantato, invece, costa alla sanità € 52.000,00 nel primo anno e € 15.000,00 per i successivi. È stato anche calcolato che ritardare di almeno cinque anni la progressione della malattia (per il 10% dei soggetti dallo stadio III allo stadio IV) e ritardare sempre di cinque anni l'inizio dei trattamenti dialitici adottando un approccio conservativo, permetta un notevole risparmio di risorse pari a 2,5 miliardi di euro. Per rendersi conto della portata del fenomeno, basti pensare che negli ultimi anni la MRC ha catalizzato l'attenzione della comunità scientifica poiché i dati raccolti hanno fatto emergere come in Italia la prevalenza di MRC è di 7,5% negli uomini e di 6,5% per le donne. Di questi, il 60% appartiene ai primi stadi mentre il 40% rientrano fra il 3° ed il 5° (4).

La difficile identificazione clinica della MRC ai primi stadi risulta un problema per quella parte di popolazione che, affetta dalla patologia, si confronta con la diagnosi di insufficienza renale quando ormai è prossimo il ricorso al trattamento sostitutivo. Una revisione condotta da A.T. Lecouf (3), sintetizza molto bene le difficoltà emotive che il paziente nefropatico deve affrontare nei vari stadi di malattia.

Secondo l'autore, la malattia renale cronica rompe quel sigillo d'integrità che faceva intendere l'individuo come un unicum¹ non comunicante con l'esterno, costringendolo a pensarsi come dipendente dai bisogni del proprio corpo e diffondendo l'idea di morte e precarietà. Uno stato di rottura biografica dell'individuo è attribuito, invece, alla comunicazione della necessità dell'inizio del trattamento extracorporeo che, se avviene in un contesto d'emergenza, può portare allo sviluppo di un disturbo da stress post traumatico. Allo shock segue un periodo variabile nella durata in cui subentrano meccanismi di difesa come negazione, rabbia, regressione oppure autocontrollo. L'inizio del trattamento in sé può vedere l'instaurarsi di eventuali ossessioni o fobie poiché l'integrità fisica viene compromessa e sopraggiunge un senso di vergogna. Viene anche sperimentata la dimensione del lutto a seguito dello sviluppo di un senso di inferiorità legato al cambiamento di status sociale e professionale (perdita di piaceri alimentari, sessuali e relazionali). Un'ulteriore considerazione è da fare in caso di trapianto. Secondo l'autore, esistono infatti due aspetti che necessitano di maturare un senso di adattamento e che non avvengono in contemporanea: il trapianto fisico e quello psicologico. A differenza del trapianto fisico, quello psicologico necessita di più tempo. Il rene trapiantato è inizialmente sentito dal ricevente come un "estraneo" di cui si teme il rigetto e solo in un secondo momento viene "incorporato".

Si è trattato della sintomatologia, delle opzioni terapeutiche sostitutive e dell'impatto emotivo che la MRC comporta ma si vuole anche ricordare quanto sia fondamentale l'aderenza terapeutica dei pazienti per permettere un rallentamento della progressione patologica e ridurre il

¹ Si pensi al fatto che durante la dialisi extracorporea il paziente vede uscire il sangue dal proprio corpo. Anche durante la procedura di scambi peritoneali, il paziente utilizza un apposito "rubinetto" che diventa parte del proprio addome e che gli permette di introdurre e rimuovere liquido dialitico dalla cavità peritoneale a seconda del trattamento.

rischio di riacutizzazione (e di ricoveri annessi). Una ricerca condotta da M.E. Tovazzi e V.Mazzoni (6) ha evidenziato come non sempre i pazienti abbiano una chiara comprensione della propria patologia e che spesso questo li porti a non avere un'adeguata aderenza terapeutica. Il paziente dializzato, nello specifico, deve attenersi ad una rigida restrizione idrica giornaliera che, per chi è anurico, prevede che non si superino i 500 mL/die di liquidi. Questo aspetto, spiegano Tovazzi e Mazzoni, porta il paziente a sentirsi come un “addict” ovvero come un vero e proprio “dipendente” impegnato in un continuo conflitto interiore con un senso di sete da soddisfare e la consapevolezza che un introito idrico eccessivo risulterebbe nocivo. Il senso di sete è presente nei pazienti in trattamento emodialitico con una prevalenza che varia tra il 30.9% ed il 95% (7) e, come è spiegato in una revisione condotta da B. Kara, ciò porta a distress e mancata aderenza al regime idrico con conseguente aumento del peso interdialitico. Il senso di sete, spiega l'autrice, è influenzato da diversi fattori² ma gli studi fino ad ora condotti, non hanno individuato una causa principale. La stessa tesi è sostenuta anche da un altro studio (8) il quale accentua come la restrizione idrica porti all'accumulo di frustrazione emotiva ed angoscia più marcata rispetto al regime alimentare da osservare. Una frustrazione che per essere alleviata induce a limitare anche il sano esercizio fisico.

1.2 IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Con “ipnosi” non ci si riferisce ad un potere supremo, nemmeno a un dono né ad un privilegio per pochi. Non è un mezzo per poter

² Età, BMI, tempo trascorso in trattamento emodialitico, concentrazione di sodio nel dializzato, uso di una cannucchia, uso di pilocarpina (stimolante salivare sistemico), gomme da masticare, esperienza di digitopressione, tabagismo, quantità di compresse da ingerire, Kt/V, xerostomia.

controllare o ridicolizzare le persone. L'ipnosi fa parte di noi ed è, pertanto, fisiologica; *“l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo”* (9)

Negli anni si sono susseguite diverse definizioni di ipnosi ma in questo elaborato si riportano terminologie ed espressioni tratte dagli “Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS – 2-3/12/2023” (9). “Gli Atti” sono il risultato di un processo di arricchimento e “aggiornamento” visto necessario dagli autori stessi alla luce dei progressi della scienza che ha permesso di approfondire la natura stessa dell'ipnosi tenendo conto della cultura contemporanea.

Si è parlato di ipnosi come di un modo di essere dell'organismo e, nello specifico, si tratta di una coscienza particolare durante la quale vi è una parziale dissociazione psichica con una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico-intellettive e durante la quale sono possibili modifiche comportamentali e somatoviscerali. Tali cambiamenti avvengono a seguito dell'instaurarsi del monoideismo plastico, ovvero, il focalizzarsi dell'individuo su una sola idea che diventa esperienza fenomenica verificabile (= plastica) (Somma, 2025). Il monoideismo plastico, per potersi realizzare, si serve della capacità immaginativa insita nelle persone e, grazie alle suggestioni dell'operatore, ciò che è solo immaginato diventa esperienza reale ratificabile. Essendo l'immaginazione una capacità comune a tutti, è logico esprimersi dicendo che tutti gli esseri umani possono sperimentare l'ipnosi. Se l'ipnosi è naturale e talvolta inconsapevole (es. durante la lettura di un libro, alla guida di un'automobile per lunghi tragitti, con lo svolgersi di lavori ripetitivi), ciò che può variare è la “profondità” ovvero l'intensità con la quale i monoideismi sono realizzati nel soggetto. La profondità varia a seconda del bisogno, della motivazione del soggetto, del rapport instaurato, del contesto in cui si

attua l'ipnosi e a seconda dell'adeguatezza della conduzione. Perché sia più probabile l'instaurarsi del monoideismo plastico, infatti, è necessario che vi sia un abbassamento della critica ed un'accettazione dell'obiettivo da raggiungere reso esplicito e concordato tra operatore e soggetto (Somma, 2025). Paura, pregiudizio o un rapporto negativo possono ostacolare la buona riuscita dell'ipnosi e, pertanto, è compito dell'operatore creare il rapport tramite l'instaurarsi di una relazione basata sì sulla fiducia ma "ricalcata" anche da una comunicazione consapevole (comunicazione ipnotica) arricchita da "truismi" e "yes set". Nello specifico, è fondamentale adeguare le parole usate al canale comunicativo preferenziale del soggetto (visivo, uditivo, cenestesico).

Dopo la prima fase di accoglienza, le altre fasi che caratterizzano l'ipnosi sono (Croce, 2025):

- Induzione: qualunque modalità, adeguata all'operatore, al soggetto e al rapport ipnotico, che serve ad innescare il monoideismo plastico, descrivendo e ricalcando la situazione.
- Corpo dell'ipnosi: suggerimento di una suggestione, realizzazione del monoideismo e la conseguente ratifica. Ogni soggetto, una volta raggiunto il monoideismo plastico, può realizzare qualsiasi fenomeno che gli viene proposto purché vantaggioso ed accettato come levitazione, catalessi, movimenti automatici, inibizione dei movimenti volontari, analgesia, sanguinamento, condizionamento.
- Ancoraggio: prima dell'esduzione l'operatore suggerisce un "ancoraggio" che permette al soggetto di essere autonomo nel riproporre tale situazione ogni qual volta lo desidera (autoipnosi).
- Esduzione con il riorientamento: il soggetto torna alla coscienza ordinaria mantenendo i risultati ottenuti durante il "corpo".

- Coda: arco temporale in cui il soggetto è più suscettibile ad altre induzioni.
- Racconto dell'esperienza.

Stando alla teoria della coscienza di C. Tart (1969), l'ipnosi appartiene al cosiddetto "stato ordinario di coscienza discreto" così come il sonno REM, non REM, il sogno lucido e gli stati meditativi. Per Granone, invece, la coscienza è di natura dinamica, non statica. Nello specifico, si tratta di una coscienza volontaria e non paragonabile al sonno. Quanto appena precisato è dimostrato da diverse rilevazioni parametriche. Considerando il metabolismo basale e le rilevazioni all'EEG, si è potuto infatti appurare come, a differenza del sonno in cui si verifica sospensione della vigilanza, riduzione del metabolismo basale (-8,73%) e una tipica architettura EEGrafica, durante l'ipnosi la sospensione della vigilanza è occasionale, il metabolismo basale è invariato e l'EEG è paragonabile allo stato di veglia. In particolare, all'EEG si riscontra una diminuzione dell'attivazione dell'amigdala ed un aumento dell'ippocampo, dei ritmi theta e dei ritmi theta-gamma che sono sinonimo di rilassamento (theta) e concentrazione ed elevata attività mentale (gamma) (Foppiani, 2025).

Interessante è anche parlare d'ipnosi in prospettiva PNEI. La Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia è una disciplina che studia le interazioni tra psiche, neuroni, ormoni e sistema immunitario. Valutando l'ipnosi da questo punto di vista, è considerabile come il monoideismo plastico favorisca i processi di riequilibrio e di guarigione dell'individuo, perché in grado di modificare la produzione ed il flusso dei neuropeptidi (Iannini, 2025).

2. ANALISI DELLA LETTERATURA

Lo scopo di questa analisi di letteratura è quello di indagare se l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono strumenti utilizzati per i pazienti nefropatici, eventualmente individuarne le modalità di utilizzo e la conseguente efficacia. Dall'analisi delle principali banche dati, sono stati selezionati quattordici articoli di cui:

- 1 Metanalisi
- 2 Metanalisi e Revisioni sistematica
- 4 RCT
- 1 Studio retrospettivo
- 1 Studio pilota prospettico/osservazionale
- 1 Revisione sistematica
- 1 Revisione Critica
- 1 Revisione
- 2 Case Report

Di questi articoli, dodici citano l'ipnosi in modo esplicito, mentre due (Yang e H. Li) sono stati aggiunti perché ritenuti utili per approfondire la tematica.

Oltre agli articoli selezionati ed analizzati, vengono inoltre citate in un apposito capitolo (2.5) le tesi CIICS che, in anni precedenti, hanno affrontato il medesimo argomento.

2.1 IRC, ADERENZA TERAPEUTICA ED IPNOSI

Come precedentemente approfondito rispetto alla sintomatologia nelle persone con IRC, è noto come l'ansia legata all'aderenza terapeutica sia una condizione comune tra chi soffre di questa patologia. A tal proposito, nello studio condotto da Z. Zahra (10), sono spiegate le difficoltà che si intrecciano al vissuto del paziente in emodialisi e cita l'ipnosi come strumento utile da integrare al trattamento psicologico per migliorare depressione ed ansia. Anche secondo la metanalisi condotta da K.E. Valentine (11), l'ipnosi si dimostra un trattamento efficace nella gestione dell'ansia. Stando allo studio condotto, i partecipanti che hanno sostenuto il trattamento con l'ipnosi hanno mostrato un miglioramento maggiore di circa il 79% rispetto ai pari del gruppo di controllo concludendo che si potrebbe ritenere l'ipnosi come più efficace dei normali trattamenti ansiolitici. In accordo con i risultati precedenti è anche il report clinico stilato da A. Untas (12). Stando alla sua esperienza, l'autrice afferma che l'ipnosi può aiutare pazienti in trattamento dialitico nella gestione di ansia, depressione, stanchezza quotidiana e sonnolenza ma precisa anche che la stanchezza è da considerarsi come un sintomo multidimensionale e complesso da associarsi proprio ad ansia, depressione e sonnolenza.

S.H. Wati (13) ha condotto, invece, uno studio RCT al fine di esaminare se l'ipnosi nei pazienti in trattamento dialitico fosse efficace nel ridurre lo stato ansioso. Lo stato ansioso, spiega l'autore, è correlato alla rigida aderenza terapeutica intesa come assunzione di farmaci, restrizione idrica e regime alimentare. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a sedute d'ipnosi mentre il gruppo di controllo ha ricevuto educazione sanitaria circa la MRC, la dieta e sull'assunzione di liquidi. Dai risultati dello studio è emerso che esiste una correlazione tra l'ipnosi e l'abbassamento dell'ansia nei pazienti con MRC con un

p-value pari a 0.000 (<0.05). Nello specifico, i dati spiegano come nel gruppo sperimentale siano diminuiti i livelli di ansia mentre sia aumentata l'aderenza terapeutica (farmacologica, alimentare ed idrica) rispetto al gruppo di controllo (vedi TAB. 1).

TABELLA 1

	GRUPPO SPERIMENTALE <i>Ipnosi</i>	GRUPPO DI CONTROLLO <i>Ed. Sanitaria</i>
Ansia	-33,83%	-22,59%
Aderenza alla terapia farmacologica	+53,68%	+19,12%
Aderenza al regime dietetico	+45,03%	+25,12%
Aderenza alla restrizione idrica	+53,53%	+34,71%

Nel paragrafo 1.2 veniva spiegato come la profondità nell'ipnosi fosse raggiunta in modo differente a seconda della motivazione, del bisogno, del rapporto instaurato e del contesto in cui si attua l'ipnosi oltre che dell'adeguatezza della conduzione. L. Idier (14) nel suo studio, evidenzia in qualche modo proprio questo aspetto di "necessità" legato alla buona riuscita dell'ipnosi. Lo scopo dell'autore è quello di migliorare il senso di autoefficacia dei pazienti cambiando l'esperienza della restrizione idrica dei nefropatici in modo che non sia più vissuta come un vincolo. Lo studio, inizialmente proposto a sei pazienti ne ha coinvolti soltanto due. Nonostante i limiti, l'autore riscontra che l'impatto positivo dell'ipnosi sulla qualità di vita è maggiore nelle persone che soffrono di problemi fisici. I risultati, infatti, enfatizzano che

con l'ipnosi sono stati raggiunti riscontri più positivi dal paziente che inizialmente presentava un punteggio più basso sulla scala KDQOL-36.

Il tema dell'ansia viene ripreso in modo approfondito anche da D.C. Hammond (15). L'autore cita l'autoipnosi come un'alternativa rapida, economica, che non provoca assuefazione e sicura rispetto ai farmaci. Si tratta, quindi, di un'alternativa utile per trattare le condizioni legate all'ansia di stato ed i disturbi correlati all'ansia stessa (cefalea, emicrania e sindrome dell'intestino irritabile). Hammond non menziona direttamente il paziente nefropatico ma si interessa in modo generale all'ansia preoperatoria (biopsia, venipuntura, procedure radiologiche e di imaging). Questo genere di ansia è presente anche in chi deve posizionare un catetere peritoneale o un altro presidio per la dialisi, in chi deve eseguire una biopsia renale o subire un trapianto d'organo. Nella sua revisione, l'autore riporta come l'integrazione dell'ipnosi ad altre modalità di trattamento (vedi terapia cognitivo comportamentale o agopuntura) migliora i risultati comunemente ottenuti rispetto alla sola terapia "di base", "senza ipnosi". Le sue conclusioni sono:

- l'autoipnosi migliora la frequenza cardiaca e ha il potenziale per migliorare la funzione immunitaria riducendo lo stress;
- l'ipnosi su ansia associata a procedure mediche e l'ipnosi utilizzata in fase pre-chirurgica è statisticamente superiore o equivalente rispetto ai trattamenti farmacologici;
- l'ipnosi può essere considerato un trattamento consolidato, efficace e specifico;
- l'autoipnosi aumenta comunemente l'autostima e la percezione di autoefficacia grazie allo sviluppo di autocontrollo.

2.2 IRC, XEROSTOMIA ED IPNOSI

Shiff et al. (16), a seguito del loro studio pilota prospettico osservazionale, non avendo riscontrato una correlazione diretta fra l'entità del cambiamento nel flusso salivare e l'ipnosi a causa dei limiti dello studio (mancanza di un gruppo di controllo, numero ristretto di partecipanti), suggerivano che l'ipnosi potesse influenzare la xerostomia attraverso diversi meccanismi:

- contrastare le aspettative negative dei pazienti contrapponendosi all'effetto nocebo spesso suggerito nell'atto del "consenso informato alla procedura". Partendo dal fatto che i pazienti imparano ad aspettarsi dei cambiamenti in seguito al trattamento, l'autore ritiene che, il momento del consenso informato sia l'occasione per sostituire la suggestione spesso negativa con una positiva;
- favorire il rilassamento per stimolare la salivazione (la stimolazione corticale della saliva aumenta in uno stato di rilassamento o di visualizzazione di cibo).

2.3 IRC, QUALITA' DEL SONNO ED IPNOSI

Come suggerito da H. Li (17), i pazienti in emodialisi hanno una scarsa qualità del sonno alternato da risvegli frequenti e difficoltà nel riaddormentarsi. La qualità del sonno influisce sulla qualità di vita e, di riflesso, sulla sopravvivenza. B. Yang (18) cita alcune cause potenziali legate a tali disturbi come bassi indici nutrizionali, massa corporea, età, depressione, dialisi inadeguata. Oltre a peggiorare la qualità di vita, l'autore specifica che i disturbi del sonno favoriscono l'instaurarsi e la progressione di patologie come ipertensione, il diabete tipo 2, obesità e deterioramento della funzionalità renale stessa. In questa revisione sistematica e metanalisi non è citata l'ipnosi tra i trattamenti non

farmacologici atti a migliorare la qualità del sonno nel paziente dializzato. Sono citati invece, la terapia cognitivo-comportamentale, l'agopressione e l'esercizio aerobico.

2.4 IRC, ANALGESIA ED IPNOSI

Considerando nuovamente la revisione condotta da A. Lecouf (3), sono molte le situazioni in cui l'ipnosi può sostenere il paziente nefropatico. Oltre a quelle già menzionate, l'autore cita l'applicazione nel campo della sedazione e dell'analgesia. Noergaard (19), in particolare, indaga l'efficacia dell'analgesia ipnotica per quel che concerne la gestione del dolore e dell'ansia procedurale, ricerca eventuali variazioni nella durata della procedura, riporta il numero di eventi avversi verificatisi e tiene conto della quantità di analgesici utilizzati negli adulti sottoposti a procedure mininvasive. Nelle sue conclusioni l'autore spiega come l'analgesia ipnotica sia utile a ridurre il consumo di analgesici ed aggiunge che, nonostante l'ipnosi abbia un effetto limitato sull'esito dell'intensità del dolore e sull'esito dell'ansia, gli analgesici utilizzati siano stati ridotti tra il 21 e l'86%. Ciò ha effetti sulla sicurezza del paziente perché il paziente potrebbe necessitare di una minore osservazione. Concorde su quanto appena affermato è anche un articolo di E.V. Lang (20). L'autrice precisa che rispetto alle cure standard, i pazienti sottoposti all'ipnosi hanno sperimentato meno dolore ed ansia durante la procedura di trattamento di tumori percutanei nonostante avessero ricevuto una quantità inferiore di analgesico. È riscontrata, infine, una diminuzione degli eventi avversi nei pazienti trattati con ipnosi rispetto a quelli trattati con terapia standard (12% contro il 26% trattato con cure standard). Anche C. Kendrick (21) concorda sull'applicazione dell'ipnosi come terapia adiuvante alla gestione del dolore acuto e, rispetto ad altri autori,

precisa che una miglior efficacia è riscontrabile se si dedica al paziente una sessione precedente al giorno dell'intervento stesso.

Un esempio legato all'analgesia ipnotica in campo nefrologico, a sostegno anche di quanto appena detto, è approfondito da A. Angioi e D. Sirigu (22) con uno studio sulle biopsie renali. Angioi, successivamente citato anche da U.B. Shahzad (23), ha spiegato come dare la suggestione del "luogo sicuro" prima della procedura attenui l'ansia ed il disagio nei pazienti sottoposti a biopsia renale ecoguidata ed eviti la sedazione anche in quei pazienti in cui sarebbe stata necessaria tale procedura. L'ipnosi, inoltre, amplifica la collaborazione del paziente e permette un campionamento ottimale dei tessuti senza necessità di ripetere l'operazione o aggiungere tempo alla procedura come dimostrato in un articolo di E.V. Lang del 2006 (24). Il protocollo di ipnosi clinica applicato da A. Angioi e la sua equipe prevede tre fasi svolte da un radiologo con competenze nell'esecuzione di biopsie e skills nel campo dell'ipnosi clinica. Prima di iniziare, al paziente viene consegnata una cuffia audio che trasmette musica rilassante e che permette il contatto costante con la voce dell'ipnotista. Dopo un preludio musicale, al paziente viene suggerito di trovare una postura confortevole quindi di contare in modo progressivo da 10 ad 1. Per permettere la focalizzazione interna, l'attenzione viene prima portata sul respiro e poi ai diversi distretti corporei fino a dare la suggestione del "luogo sicuro" che permette di raggiungere l'ipnosi profonda e di distogliere l'attenzione del paziente dall'ambiente della sala operatoria.

2.5 IRC E IPNOSI NELLE TESI DEL CIICS

È stato già lungamente approfondito il coinvolgimento stressogeno che il trattamento dialitico esercita in chi lo deve affrontare. Stando a quanto riporta L. Napoli (25), però, la dialisi può rappresentare per i

pazienti l'occasione di *“una sorta di evasione utile ad allontanarli da un ambiente che spesso detestano e trasformarlo nel luogo in cui provare, finalmente, uno stato di benessere”*. Tutto ciò, se si utilizza la comunicazione ipnotica. Secondo l'autrice, la comunicazione ipnotica permette di migliorare la gestione del dolore, dell'ansia e dello stress oltre che a favorire un miglior tono dell'umore ed un maggior stato di benessere. La dialisi, infatti, *“logora quotidianamente il proprio benessere psicofisico a tal punto da far emergere veri e propri disturbi psichiatrici”* (cit. R. Borla). È per questo che R. Borla (26) propone l'autoipnosi come strumento di resilienza. Stando a quanto ha sperimentato l'autrice, vi è un miglioramento della sintomatologia depressiva con variazioni più significative presenti in quei pazienti con un BDI³ più elevato alla prima somministrazione. Non solo stress ed ansia, anche la qualità del sonno è considerato un fattore importante per il benessere vitale. I. Giachino (27), a tal proposito, osserva miglioramenti in termini di riduzione del tempo necessario all'addormentamento, di riduzione del numero dei risvegli e di qualità globale percepita dopo le sedute individuali di ipnosi che ha tenuto con dieci pazienti della sua unità operativa. Per monitorare i cambiamenti si è servita del PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), uno strumento utilizzato per misurare la qualità del sonno tramite un questionario di autovalutazione. Considerando sempre l'insonnia come uno dei fattori più impattanti nel paziente nefropatico, è interessante citare anche lo studio condotto da D. Curci (28). L'autore, dopo aver selezionato un cluster di pazienti idonei al trapianto di rene da vivente per un totale di tre coppie donatore-ricevente, ha proposto loro una seduta ipnotica al fine di far apprendere l'autoipnosi. Sono state quindi spiegate le situazioni in cui il soggetto coinvolto avrebbe potuto fare uso

³ BDI: Beck Depression Inventory. Si tratta di un questionario composto da 21 quesiti che misura il grado di depressione. Un punteggio persistente dal 17 in su indica che il paziente potrebbe necessitare del supporto di uno specialista.

dell'autoipnosi e si sono così confrontati i risultati. Stando a quanto è emerso, la motivazione che con più frequenza ha indotto all'ipnosi è stata l'insonnia generata da uno stato più ansioso che algico. Di ansia tratta anche F. Fortunato (29) con la sua tesi. L'autore, dalla sua indagine, riscontra che, tramite l'ipnosi, vi è un calo dell'ansia di tratto e della percezione del dolore ma ciò che non cala sono i livelli dell'ansia di stato. Per far ciò si è servito di un questionario per valutare l'ansia di stato e quella di tratto oltre che a misurare la percezione del dolore durante la venipuntura (prima e dopo l'ipnosi).

Considerando a quanto ha evidenziato L. Rizzi (30), infine, l'ipnosi permette di avere una percezione distorta del tempo trascorso durante le procedure mininvasive. L'autrice, infatti, ha utilizzato l'ipnosi per i pazienti sottoposti a biopsia renale su organi trapiantati ed i risultati hanno fatto emergere sensazioni di distorsione temporale (10' percepiti rispetto ai 25' reali) ed una minor ansia procedurale rispetto all'esperienza della prima biopsia. Non solo l'ansia risulta in decremento ma anche emozioni come dolore e paura. Anche R. Bonaudo (31) dedica la sua ricerca all'uso dell'ipnosi in ambito pediatrico con l'intento di eseguire agobiopsie renali percutanee. L'autore spiega che lo scopo delle tecniche utilizzate è sì quello di allontanare l'attenzione del bambino dal momento di dolore e paura vissute ma anche quello di cambiare l'idea che il bambino ha dell'esperienza stessa per prepararlo ad eventuali esperienze future. Nella sua sperimentazione, Bonaudo ha utilizzato la sedazione ipnotica al posto del midazolam al fine di ottenere rilassamento, immobilità, distorsione temporale e analgesia. Si è concluso che, indipendentemente dallo sviluppo analgesico in ipnosi, la procedura si è potuta svolgere in modo efficace utilizzando la sola anestesia locale.

DISCUSSIONE

Vorrei partire dalla revisione condotta da A.T. Lecouf (3) di cui ho parlato in precedenza e che sintetizza le emozioni e le fragilità che si intrecciano al vissuto del paziente con insufficienza renale e descrive in modo capillare il suo coinvolgimento nei vari stadi di malattia. Le indagini, la comunicazione della diagnosi e della necessità di iniziare il trattamento sostitutivo dialitico, la dieta, la restrizione idrica, le compresse, gli interventi, persino il trapianto fisico e psicologico: tutto contribuisce a far sentire l'individuo come vero dipendente dai bisogni del proprio corpo e con notevoli conseguenze su tutta la sfera personale e sociale. Da qui, l'utilità di utilizzare l'ipnosi per soddisfare non soltanto il bisogno di un "to cure" ma soprattutto quello di un "to care".

Da questa analisi di letteratura si evince che l'ipnosi è utilizzata in pazienti con nefropatie ed in pazienti in trattamento dialitico a scopo di ridurre l'ansia procedurale e quella generata dall'aderenza terapeutica. Nello specifico: Zahra (10) e A. Untas (12) considerano l'ipnosi come utile per ansia e depressione anche se Zahra specifica di intendere l'ipnosi come adiuvante al puro trattamento psicologico a scopo di migliorarne la sintomatologia. Allo stesso modo Hammond (15), nonostante non citi direttamente il paziente nefropatico, conclude che l'ipnosi sia da considerarsi una valida modalità integrativa nella gestione dell'ansia. Valentine (11) sostiene, invece, che l'ipnosi è più efficace dei normali trattamenti ansiolitici. Wati (13), nel suo studio RCT dimostra che non solo l'ansia diminuisce ma che, con l'ipnosi, aumenta anche l'aderenza terapeutica. Notevoli vantaggi sono riscontrati anche considerando l'ipnosi come utile nel ridurre il consumo di analgesici

fino all'86% se impiegata per procedure mininvasive come la biopsia renale (19).

Rispetto al miglioramento della qualità del sonno e la gestione della xerostomia (16)(17)(18) i risultati ottenuti sono solo ipotizzabili. Non è stata, infatti, riscontrata una correlazione significativa fra ipnosi e questi due fattori.

Considerando la letteratura analizzata, è evidenziabile che non è sempre chiara la metodica di svolgimento della seduta ipnotica: come avviene l'induzione, come è condotta la trance, come viene accompagnato il paziente a seguito dell'esduzione e se, infine, è dato un ancoraggio. Solo in un paio di studi (14)(22) l'autore chiarisce di aver suggerito la ricerca del "luogo sicuro" durante la conduzione dell'ipnosi. In più articoli, invece, è specificato il numero di sedute ipnotiche svolte ma, anche quando è specificato, non è chiaro il motivo della scelta rendendo difficile la comparazione. Infine, nessun articolo cita il concetto di Monoideismo Plastico, cardine della scuola Granoniana.

CONCLUSIONI

Dopo aver analizzato la letteratura, si può concludere come l'ipnosi sia usata per pazienti con nefropatia al fine di gestire l'ansia, l'aderenza terapeutica e come analgesia durante le biopsie renali. Nello specifico, la letteratura approfondisce il paziente soggetto al trattamento emodialitico e le biopsie renali e non considera il trattamento con dialisi peritoneale o il paziente in trattamento conservativo che è vincolato da un regime dietetico e terapeutico stringente, anche se non ha restrizioni dell'apporto idrico. Sono ancora ampie le prospettive di ricerca su questo tema e, visti i risultati incoraggianti, è auspicabile il loro prossimo sviluppo.

Considerando la mia esperienza personale, invece, lo sforzo maggiore è stato ed è tutt'ora quello di modificare e correggere le "vecchie" abitudini condite da una discreta dose di superficialità e scarsa consapevolezza dell'importanza che ha il saper riempire con armonia e serenità gli spazi che si vivono, anche se sono gli spazi caotici di una corsia. Accogliere e mostrarsi interessati all'altro non è solo il buon proposito da rinnovare al termine di ogni giornata lavorativa ma uno stile, lo stile che è la base per "aumentare la fiducia ed abbassare la critica". L'ipnosi non è solo, ma soprattutto questo: accoglienza che chiede al sé di scansarsi per "abbracciare" l'altro, le sue sensazioni, le sue paure ed aspettative; è accompagnare senza imporre, è rispetto. A seguito del corso tenuto al CIICS, ho iniziato a considerare con più rilevanza le parole e le sensazioni espresse dei pazienti, ho iniziato a chiedere loro di descrivere il proprio dolore attribuendo anche forme e colori, ho provato quindi ad adeguare il mio linguaggio a quanto loro mi riportavano, in modo che fossimo "sintonizzati" sullo stesso canale

comunicativo. Non si tratta di un'opera conclusa ma di un piccolo spiraglio di cambiamento che lascia però entrare tanta luce.

ESPERIENZE PERSONALI

ESPERIENZA 1: Uomo, 43 anni. Tossicodipendente in trattamento con metadone. Obeso con severa difficoltà nel reperire accessi vascolari. Noti sporadici atteggiamenti d'aggressione verbale nei confronti del personale sanitario con trigger relativo all'eventuale necessità di mantenere il digiuno alimentare per esami strumentali richiesti o legato all'assunzione della terapia. Ricoverato d'urgenza per insufficienza renale acuta con necessità di posizionare un CVC per l'emodialisi. I parametri vitali sono stabili (non è in distress respiratorio) ma vengono costantemente monitorizzati come da procedura. Il paziente è a digiuno preventivo. Mi presento a lui all'inizio del turno perché la collega che lo segue nell'assistenza non riesce a prelevare un campione ematico utile a dosaggio della coagulazione. Il paziente si mostra sereno nonostante l'ennesimo tentativo di venipuntura. In quel momento la conversazione si limita a due battute sul pomeriggio appena trascorso. All'arrivo dell'anestesista, viene valutato il posizionamento del CVC in vena giugulare. Considerata la corporatura del paziente, questo viene posturato in parziale trendelenburg per permettere all'anestesista di visionare correttamente il vaso con l'ecografo. Viene quindi posizionato un telino sterile forato, come da procedura, che copre il volto del paziente. Il paziente ha una cute molto coriacea e l'anestesista fatica nel posizionare il CVC. Durante tutta la procedura il paziente è collaborante ma, dopo un po' segnala una "mancanza di fiato". Il telino sterile adagiato sul suo volto gli genera una sensazione di soffocamento. Nonostante i parametri vitali rimangano stabili, al monitor viene solo riscontrato un aumento della frequenza cardiaca. La suggestione che ho dato è quella di concentrarsi sullo spazio fra il suo volto ed il telino, di sentire l'aria che lo avvolge e protegge "come una

carezza". La suggestione viene ripetuta più volte. Ciò che si osserva è una progressiva riduzione della frequenza che poi si mantiene stabile fino al termine della procedura. Al termine della procedura riferisce stato di benessere. Non vi è stata induzione intenzionale, né è stato fornito un ancoraggio.

ESPERIENZA 2: Donna, 60 anni. Viene ricoverata per intervento di nefrectomia. Incontro la paziente per effettuare l'accertamento all'ingresso durante la seduta emodialitica. Fin da subito traspare molta ansia motivata dall'intervento che avrebbe svolto il giorno seguente. Non si verificano crisi di pianto né alterazioni dell'umore, l'ansia è solo verbalizzata e riscontrata come inappetenza. Chiedo alla paziente se desidera conoscere e sperimentare un modo "nuovo e diverso" per gestire l'ansia ed affrontare l'intervento ma rifiuta decisamente e chiede che le venga prescritto un farmaco ansiolitico.

ESPERIENZA 3: Donna, 22 anni. Ricoverata per insufficienza renale da determinare. Alla valutazione pomeridiana segnala formicolio al volto ed al braccio destro ingravescente. Dal mattino riferisce inappetenza ed astenia, tanto da non riuscire ad alzarsi dal letto. Quando le chiedo di descrivere la sintomatologia mi riferisce di sentirsi "*distante*" e, in qualche modo, "*dissociata*". Rilevo i parametri vitali che evidenziano ipotensione e tachicardia. Agli esami bioumorali si riscontra iponatremia. Su indicazione medica, pongo la paziente in trendelenburg ed inizio ad infondere per via endovenosa della soluzione fisiologica. Nello stesso momento in cui procedo all'avvio del trattamento endovenoso, la paziente inizia a manifestare distress respiratorio e dispnea soggettiva (saturazione stabile). La paziente rimane cosciente tutto il tempo, pertanto continuo a dialogare con lei in modo rassicurante e facendole portare l'attenzione proprio su quel

respiro poco funzionale. La paziente esegue tutto ciò che le viene chiesto: *“Ti chiedo di portare l’attenzione sul tuo respiro, di inspirare lentamente, di trattenere e poi di buttare fuori l’aria”*. Ripeto questa frase più volte fino a quando è la paziente stessa a dire *“penso sia ansia”*. A quel punto chiedo alla paziente di *“riporre l’ansia nel cassetto al fianco al letto”* perché questo le permetterà di gestire meglio il momento. Le dico anche che nel momento in cui le servirà nuovamente, potrà riappropriarsene. La paziente annuisce accettando quanto le viene proposto. Le chiedo anche una ratifica che si manifesta con un secondo cenno del capo. Nel frattempo, la soluzione fisiologica continua a defluire e la pressione si stabilizza. Tutti questi cambiamenti vengono ratificati alla paziente per aiutarla a sentirsi presente a sé stessa e non più “dissociata” come riferiva durante l’acuzie. Il pomeriggio trascorre tranquillo e la paziente recupera anche un po’ di appetito; solo in serata, all’arrivo dei genitori e della cena, si ripresenta quel noto formicolio al braccio. A quel punto, mi rivolgo direttamente alla paziente dicendole che “quel” cassetto del comodino esiste sempre, che è a sua disposizione e che può essere utilizzato in ogni momento necessario. La paziente sorride d’istinto e poco dopo mangia con gusto la sua cena e riferisce benessere.

ESPERIENZA 4: Donna, 70 anni. Ricoverata per polmonite. Istituzionalizzata con diagnosi di schizofrenia in trattamento farmacologico, allettata, portatrice di PEG. La paziente è collaborante durante le procedure assistenziali e quando ci si confronta con lei, gli argomenti di conversazione sono limitati al tempo che scorre: *“che ore sono?”* o *“è finito quello che stai facendo?”* per domandare se la procedura che sto svolgendo è terminata. Mi accorgo di un suo malessere quando inizia sorridere a denti stretti emettendo una sorta di ululato monotono. Le domando di raccontarmi come si sente, mi

risponde: *“mi sento tutta rotta, ci sono delle cose dentro che mi stanno distruggendo tutta”*. Si tratta di episodi inconsolabili dove è necessario rimarcare più volte la presenza assistenziale fino a quando il farmaco somministrato non agisce. Questo contatto verbale ho cercato di adeguarlo alla sua semantica comunicativa e, quindi, utilizzando parole come “costruire”, “colla”, “incollare”, “ago e filo”, “fissare”, “mettere insieme i pezzi”, “raccolgere”, “unire”, “riparare” ... Tutte parole che potessero comprendere il suo stato di “rottura” ma anche che lo adeguassero ad uno più accettabile di benessere favorito dall’intervento farmacologico. Dalle mie osservazioni ho riscontrato che, utilizzando queste parole nei momenti di “crisi”, avevo più successo nel catturare l’attenzione della paziente e nel mantenerla per più tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Garibotto G., Pontremoli R. (2017). Manuale di Nefrologia, 2[^] Ed. Edizioni Minerva Medica
2. Ministero della Salute. (2014). Documento di indirizzo per la malattia renale cronica. Reperibile al sito internet: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2244
3. Lecouf A.T. et al., (2020). Ericksonian hypnosis and mindfulness meditation: towards a behavioral medicine in nephrology. Elsevier. *Néphrologie & Thérapeutique* 16 (93-96)
4. De Nicola L., Donfrancesco C et al., (2011). Epidemiologia della malattia renale cronica in italia: stato dell'arte e contributo dello studio Carhes. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2011; 28 (4): 401-407
5. Trattato di Ipnosi. (1989). F. Granone, UTET
6. Tovazzi M.E. e Mazzoni V. (2012). Personal Paths of fluid restriction in patients on haemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 39(3), 207-215
7. Kara B., (2016). Determinants of thirst distress in patients on haemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 48:1525–1532
8. Hong L.I. et al., (2017) Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study. John Wiley & Sons Ltd. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3664-3676
9. Casiglia E. et al., Atti del gruppo di lavoro dei didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023, Ancora Editrice

10. Zahra Z. et al., (2023). Psychotherapies for chronic kidney disease patients with hemodialysis: a systematic review of randomized controlled trials and quasi-experiments. *NarraJ*. 3(3): e215
11. Valentine K.E. et al., (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a metanalysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67:3, 336-363
12. Untas A. et al., (2013). The effects of hypnosis on anxiety, depression, fatigue, and sleepiness in people undergoing haemodialysis: a clinical report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61:4, 475-483
13. Wati S.H. et al., (2017) Hypnodialysis for anxiety relief and adherence to medication, kidney diet and fluid intake in patients with chronic kidney disease. *Belitung Nursing Journal*. 3(6):712-721
14. Idier L. et al., (2021). Impact of hypnosis on experience and adherence with fluid restriction in HD: result of a single case protocol in two patients. Elsevier
15. Hammond D.C. et al., (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(2):263-73
16. Shiff et al., (2009). Hypnosis for Postradiation Xerostomia in Head and Neck Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 37 No. 6 (1086-1092)
17. Li H. et al., (2021). Effects of nonpharmacological intervention on sleep quality in hemodialysis patients. *Medicine*, 100:27

18. Yang B. et al., (2015). Non-pharmacological interventions for improving sleep quality in patients on dialysis: systematic review and meta-analysis. Elsevier. *Sleep Medicine Review* 23. 68-82
19. Noergaard M.W. et al., (2019). The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24):4207-4224
20. Lang E.V. et al., (2008). Beneficial Effects of Hypnosis and Adverse Effects of Empathic Attention during Percutaneous Tumor Treatment: When Being Nice Does Not Suffice. *Journal of Vascular Interventional Radiology*. 19(6): 897–905
21. C. Kendrick et al., Hypnosis for acute procedural pain: a critical review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 64(1): 75–115
22. Angioi A., Sirigu D. et al., (2024). Ultrasound-guided kidney biopsy: a ten-year retrospective single-centred experience and the promising role of clinical hypnosis. *International Urology and Nephrology* 57:553–559.
23. Shahzad U.B. et al., (2025). Pioneering comfort in kidney biopsies: the role of hypnosis, virtual reality, and artificial intelligence. *International Urology and Nephrology* (2025) 57:1033–1034
24. Lang E.V. et al., (2006). Adjunctive Self-hypnotic Relaxation for Outpatient Medical Procedures: A Prospective Randomized Trial with Women Undergoing Large Core Breast Biopsy. *Pain*. 126(1-3): 155–164.
25. Napoli L. (2014). Da prigionia ad evasione attraverso la comunicazione ipnotica. Tesi CIICS.

26. Borla R. (2015). Ipnosi ed autoipnosi nella gestione di sintomi depressivi in pazienti in dialisi. Tesi CIICS.
27. Giachino I. (2016). Il ruolo dell'ipnosi nel miglioramento della qualità del sonno in emodialisi. Tesi CIICS.
28. Curci D. 2015 Trapianto renale da vivente: applicazione di un protocollo di comunicazione ipnotica.
29. Fortunato F. (2024). Applicazione delle tecniche di comunicazione ipnotica presso il servizio dialisi dell'ospedale di Lugo. Tesi CIICS.
30. Rizzi L. (2013). Comunicazione ipnotica in un reparto di trapianto renale. Tesi CIICS.
31. Bonaudo R. (2023). Approcci metodologici all'ipnosi in nefrologia pediatrica. Tesi CIICS.