

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI
CLINICO - SPERIMENTALE
(CIICS)**

ISTITUTO FRANCO GRANONE

**SCUOLA POST- UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
SPERIMENTALE**

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA**

“LA GESTIONE DELLO STRESS AL TRIAGE”

Relatore : Dr. Giuseppe REGALDO

**Candidato: IP Brossa Teresina
(DEA/118 – ALBA)**

Anno 2010

TESI: GESTIONE DELLO STRESS AL TRIAGE

L'ipnosi è uno stato di coscienza MODIFICATO, fisiologico, e dinamico in cui possono avvenire modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di MONOIDEISMI PLATICI.

Per MONOIDEISMO intendiamo la presenza nel cervello di un'unica idea con esclusione di tutte le altre è molto difficile da ottenere ma essenziale.

Per IDEOPLASIA intendiamo il concetto che l'idea, suggerita dalla parola, ha la possibilità di suscitare azioni, movimenti, sensazioni.

Il concetto che caratterizza la scuola fondata dal Prof. Granone è che: **L'IPNOSI È CARATTERIZZATA SEMPRE E SOLTANTO DALLA PRESENZA DI UN MONOIDEISMO IDEOPLASTICO**, che noi miriamo ad ottenere quando vogliamo indurre ipnosi. L'ipnosi non è sonno, magia, forzatura della volontà, suggestione, trucco o gioco di prestigio bensì uno stato di coscienza fisiologico e normale nel quale entriamo inavvertitamente innumerevoli volte nella giornata (es. guidando la macchina in modo automatico). Essa è dunque la manifestazione della potenzialità dell'immaginazione creativa che, attraverso il raggiungimento del monoideismo plastico influisce sulle condizioni psichiche, somatiche, viscerali e comportamentali del soggetto in stato ipnotico, solitamente non ottenibili con la volontà.

Per stato ipnotico si intende quello stato particolare di rilassamento e benessere in cui è possibile realizzare il monoideismo plastico con la possibilità di apportare modifiche al comportamento e/o allo stato fisico; in pratica il soggetto si concentra su una sola idea o immagine mentale che si concretizza in una manifestazione fisica osservabile, misurabile e ripetibile all'infinito.

Lo stato ipnotico è caratterizzato dalla presenza di "*segnali*" che ci permettono di capire quanto la persona sta entrando in uno stato "*modificato*" di coscienza è utile renderli evidenti al soggetto cosicché si renda conto che qualcosa si sta modificando e possano essere utilizzati come metodo di induzione (ricalco e guida).

Questi segni possono essere così riassunti:

- inerzia psicomotoria
- volto atono ed inespressivo, sguardo fisso e vuoto
- muscoli del volto rilassati a volte comparsa di lieve asimmetria del volto
- vasodilatazione con rossore del viso e calore
- sudorazione
- diminuzione dell'ammicciamento palpebrale con flutter in fase induttiva
- movimenti oculari tipo fase REM
- deglutizione
- respiro lento e regolare con escursioni toraciche più ampie
- muscolatura del corpo rilassata
- pianto (a volte sorriso)
- voce monotona e sommessa

Innumerevoli sono le possibilità di intervento con l'ipnosi, grazie ad essa è possibile:

- ampliare o ridurre sensazioni fisiche e/o psichiche
- modificare il ritmo della respirazione, la frequenza cardiaca e la temperatura corporea
- modificare risposte del sistema neurovegetativo, immunitario e neuroendocrino
- controllare il dolore e/o modificare la percezione

Si può quindi intervenire:

- sulla memoria: amnesie, ipermnesie
- sulle emozioni
- sui parametri spazio – temporali
- sulla riduzione del dolore psico-fisico

Per quanto riguarda la specifica professionalità solo ad Ipnologi (Medici e Psicologi) è consentito l'uso dell'ipnosi per il trattamento di :

- ansia e depressione
- dipendenze e tossicodipendenze
- manifestazioni psicosomatiche
- disturbi alimentari
- disfunzioni sessuali
- traumi pregressi

e quant'altro sia di competenza medica, psichiatrica e psicologica.

L'induzione ipnotica è il processo mediante il quale un individuo modifica il suo modo abituale di pensare per aderire ad un'idea suggerita da chi induce al fine di realizzare il monoideismo plastico.

Un'induzione ipnotica può essere (molto schematicamente) così riassunta:

- AUMENTARE FIDUCIA ED ASPETTATIVA
- RIDURRE FATTORE CRITICO
- INDURRE RILASSAMENTO
- DARE LA SUGGERIZIONE
- CONDIZIONAMENTO POST-IPNOTICO

Per indurre uno stato di trance ipnotico, essenziale è il rapporto tra chi induce e chi viene indotto, si deve creare un rapporto di estrema fiducia ed empatia tra le due parti per poter ottenere una buona riduzione del fattore critico e l'accettazione delle suggestioni. Questo rapporto di fiducia, disponibilità reciproca ed attenzione viene definito **RAPPORTO** .

Il fattore critico è il principale ostacolo all'ipnosi, per cui bisogna riuscire a superarlo (o comunque indebolirlo) , tenendo presente che paura, diffidenza, mente fresca e lucida, età avanzata ed esperienza lo fanno aumentare. Per contro, il fattore critico è notevolmente ridotto da : fiducia nell'operatore e nella tecnica, aspettativa e/o bisogno, focalizzazione dell'attenzione, stanchezza, molti compiti da eseguire contemporaneamente, sorpresa, paura, shock o sovraccarico sensoriale, confusione, curiosità, capacità di immaginazione, vedere una induzione ipnotica riuscita

I metodi di induzione sono innumerevoli e diverso da individuo ad individuo deve essere l'approccio, tenendo anche conto del canale rappresentazionale, tipico di ogni individuo: Ognuno di noi percepisce e filtra la realtà che ci circonda attraverso i cinque sensi, li usiamo tutti ma si tende a prediligerne uno in particolare, per cui è molto importante riconoscere quale di questi è il più usato dal soggetto.

I principali sono:

- UEDITIVO
- VISIVO
- CENESTETICO

una volta individuato quale canale è il preferenziale, lo si segue per entrare rapidamente e più profondamente in contatto con la persona che si deve indurre.

La trance, oltre che attraverso il linguaggio, può essere indotta attraverso un linguaggio non verbale, utilizzando il corpo, lo sguardo, il ritmo respiratorio, il contatto fisico....

Altre tecniche usate sono:

- rilassamento progressivo
- focalizzazione dell'attenzione
- ricalco e guida
- uso dei "passi"
- frazionata
- shock (poco piacevole e perciò da evitare)
- indiretta

Esempio : focalizzare l'attenzione:

- fissa un punto
- fissa il dito che si avvicina
- ascolta i rumori
- senti il respiro e/o le varie parti del corpo le mani, le palpebre sono pesanti/leggere
- catalessi o levitazione
- inibizione dei movimenti

ASPETTI GENERALI DEL TRIAGE

Il triage è una funzione essenziale nel Pronto Soccorso dove accedono anche simultaneamente più pazienti ai quali bisogna assicurare tutte le cure necessarie. Diviene perciò indispensabile stabilire per ogni paziente la **priorità d'accesso all'area di trattamento**.

Stabilire la priorità d'accesso all'area di trattamento quindi, non significa fare una diagnosi ma individuare quali pazienti hanno bisogno di cure immediate e quali possono attendere la valutazione medica senza correre alcun rischio, assegnando loro un **codice di priorità**.

La normativa italiana assegna la funzione di triage ad infermieri *“adeguatamente formati e che operano secondo protocolli prestabiliti”*

Le fasi del triage sono:

1. **La valutazione sulla porta** dove l'infermiere valuta velocemente attraverso il *“colpo d'occhio”* l'aspetto generale del paziente in cerca di problemi che richiedono interventi immediati.

➤ **Valutazione primaria ABCD.**

- la presenza e la qualità dello **STATO DI COSCIENZA**,
- la presenza, la qualità e l'efficacia dell'**ATTIVITA' RESPIRATORIA**,
- la presenza, la qualità e l'efficacia della **ATTIVITA' CARDIACA**,
- la presenza di **DEFICIT NEUROLOGICI** o alterazioni dello stato di coscienza

Gli elementi che si possono raccogliere attraverso il triage sulla porta e che possono indicare una condizione di emergenza sono:

A – Vie aeree

- Rumori respiratori anormali eclatanti (stridori, sibili)
- Difficoltà nel parlare (disfonia)
- Salivazione eccessiva o difficoltà a controllare le secrezioni

B – Respiro

- Segni cutanei alterati (per es: cianosi, pallore)
- Tachipnea, bradipnea o periodi di apnea
- Utilizzo dei muscoli accessori alla respirazione
- Sibili udibili

C – Circolo

- Segni cutanei alterati (per es: pallore, rossore, presenza di chiazze, cute sudata)
- Evidenti emorragie

D – Deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza

- Diminuita capacità di interazione con l'ambiente
- Incapacità di riconoscere i familiari
- Irritabilità

Il codice di priorità può anche essere attribuito immediatamente se l'infermiere rileva, già in questa fase iniziale, condizioni pericolose per la vita oppure assegnato solo dopo una più accurata valutazione soggettiva e oggettiva.

2. **La raccolta dati**, dopo la valutazione sulla porta comincia la raccolta dei dati soggettivi e oggettivi.

➤ **valutazione soggettiva**, viene effettuata fondamentalmente con lo strumento dell'intervista. L'infermiere interroga il paziente (quando possibile), i familiari e/o accompagnatori il personale di soccorso (118) al fine di determinare:

- Sintomo/problema principale, ovvero il problema di salute dominante che ha indotto il paziente a rivolgersi alla struttura sanitaria.
- L'evento presente, ovvero le circostanze, la descrizione del problema (natura e caratteristiche), eventuale meccanismo traumatico, trattamento effettuato prima dell'arrivo.

- Il dolore, ovvero l'attenta valutazione del dolore che consente di avere indispensabili informazioni per la determinazione del codice di priorità.
 - Sintomi e Segni associati, è fondamentale che l'infermiere raccolga anche segni e sintomi che il paziente considera minori, ma che possono risultare fondamentali nella decisione di triage.
 - Storia medica passata, questa raccolta di informazioni è molto importante perché permette una conoscenza più approfondita del paziente.
- **valutazione oggettiva**, è una fase fondamentale del processo di triage e comprende l'esame fisico del paziente, integrato attraverso l'osservazione (guardare come appare il paziente), la misurazione dei dati (rilevazione dei parametri vitali) e la ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato sul distretto corporeo interessato dal sintomo principale. L'esame fisico comincia sempre con una rapida valutazione dell'ABCDE che, nell'area triage, è più dettagliata di quella sulla porta.

Alla valutazione oggettiva gli elementi che possono indicare una emergenza o una urgenza sono:

A – Vie aeree

- Impossibilità al parlare
- Rumori respiratori anormali (stridori, sibili)
- Decubito preferito anormale
- Scialorrea o difficoltà nella eliminazione delle secrezioni
- Dinamica respiratoria anormale

B – Respiro

- Cute fredda, sudata, cianotica
- Tachipnea, bradipnea o periodi di apnea
- Retrazione degli spazi intercostali
- Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione

- Espirazione prolungata con labbra increspate
- Suoni respiratori anomali (per es: rantoli)

C- Circolo

- Tachicardia, bradicardia, assenza o irregolarità nel polso
- Cute fredda o calda, sudata, pallida, mazzata, arrossata (esaminare le mucose e il letto ungueale)
- Polso flebile
- Ipotensione
- Emorragie evidenti

D – deficit neurologici

- Alterato livello di coscienza
- Diminuita capacità di interazione con l'ambiente
- Incapacità di riconoscere i familiari
- Irritabilità insolita
- Diminuita risposta allo stimolo doloroso
- Tono muscolare flaccido o iper-attivo
- Pupille non uguali, non reattive o deformi
- Basso score Glasgow Coma Scale

E – Esposizione

- Asimmetria del torace o dell'addome
- Deformità di un arto
- Contusioni

- Eruzioni cutanee
- Emorragia
- Protezione termica

I parametri vitali che solitamente vengono rilevati al triage sono: la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione arteriosa di O₂, la temperatura.

I dati che vengono misurati devono essere comparati con valori che la letteratura e la nostra conoscenza indicano come “normali”, ma devono essere anche contestualizzati nella persona che abbiamo di fronte.

3. Dopo la valutazione completa si procede all'**attribuzione del codice di priorità** che viene riportato sulla scheda di accesso/registrazione. La decisione di triage non è rigidamente quella presa al termine della valutazione, ma, può essere variata dall'infermiere in qualunque momento se durante l'attesa vi sono variazioni significative delle condizioni del paziente.

I codici di priorità attribuiti ai pazienti sono:

CODICE ROSSO: situazione di emergenza, richiede un intervento immediato per grave pericolo di vita alla quale si attribuisce massima urgenza, la visita medica viene effettuata immediatamente.

CODICE GIALLO: situazione di urgenza, si tratta di paziente con lesioni gravi per i quali esiste rischio di peggioramento delle condizioni tali da compromettere la vita; sono visitati il più presto possibile, comunque generalmente non oltre dieci minuti dal loro arrivo e seguiti subito dall'infermiere.

CODICE VERDE: situazione di urgenza differibile nel tempo: non sussiste pericolo di vita, ma per le caratteristiche cliniche è necessaria una risposta sollecita; sono rivalutati dall'infermiere in caso di attesa; è generalmente garantita la visita medica entro un'ora.

CODICE BIANCO: situazione di non urgenza o urgenza soggettiva: sono casi che dovrebbero essere risolti dal medico di famiglia o da strutture sanitarie diverse dal Pronto Soccorso; la struttura si rende disponibile per fornirvi comunque l'assistenza dovuta, soltanto quando sono risolti i casi più urgenti.

4. **La rivalutazione** è un momento fondamentale perché, dopo l'assegnazione del codice colore la maggior parte dei pazienti vengono indirizzati verso la sala d'attesa o lasciati in attesa all'interno dei locali del Pronto Soccorso. I pazienti devono essere **rivalutati a intervalli predefiniti** o in relazione al codice di priorità assegnato o relativamente alle condizioni di salute o alla patologia presente. Occorre valutare se si sono verificati dei cambiamenti per ogni sintomo significativo verso un miglioramento o un peggioramento, tali da modificare il codice di priorità.

Deve essere sottolineato per non correre il rischio di sbagliare troppo quello che riguarda **l'evolutività di tutte le patologie**; infatti, una certa situazione si può sempre modificare in meglio o in peggio e questo deve essere sempre tenuto presente, soprattutto quando s'invita un paziente ad "accomodarsi" in sala d'aspetto; è importante, infatti, che il triagista abbia sempre "in testa" i pazienti che non ha direttamente sotto gli occhi.

TEMPI DI ACCESSO ALLA VISITA MEDICA E RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Come previsto dalla normativa regionale (punto 4 e 5 della Deliberazione della Giunta Regionale 23 marzo 2005, n. 43-15182) vengono riportati i tempi indicati per l'accesso alle sale visita e per la rivalutazione dei pazienti in attesa.

- **Codice Rosso** > **accesso immediato** alle aree di trattamento
- **Codice Giallo** > tempo di attesa alla visita medica, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: **20 minuti**
- **Codice Verde** > tempo di attesa alla visita medica, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: **90 minuti**
- **Codice Bianco** > tempo di attesa alla visita medica **non definibile**.

La rivalutazione deve essere attuata:

- A giudizio dell'infermiere del triage
- A richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori
- Allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice

Tempi massimi di rivalutazione:

- **10 minuti per il codice giallo**
- **60 minuti per il codice verde**
- **240 minuti per il codice bianco**

Le modalità di rivalutazione possono variare a seconda delle condizioni della persona, del codice di priorità e del giudizio dell'infermiere del triage.

La difficoltà maggiore che si riscontra al triage è la gestione dello stress, legato alla necessità di riconoscimento dei codici di priorità a più alto rischio, ma anche e soprattutto la gestione dei codici bianchi (a volte anche verdi).

La situazione più frequente è rappresentata dalla difficoltà ad accettare i tempi di attesa e di conseguenza il continuo assillare il personale di triage con richieste di accesso, con plateali crisi di “malessere”, con aggressività e maleducazione e tentativi di prevaricazione e soprusi. A ciò si deve aggiungere la problematicità di comprensione di culture diverse (extracomunitari), la difficoltà di rapporto che viene a crearsi con medici e colleghi, nei momenti di maggior tensione e il quadro è completo.

In una situazione così ostica ho pensato di poter utilizzare l’ipnosi (e soprattutto l’autoipnosi) per permettere a chi è allo sportello di :

- rilassarsi e superare l’ansia
- ritrovare un equilibrio emotivo
- abbandonare pensieri ricorrenti e preconcetti
- migliorare la memoria e la capacità di concentrazione
- aumentare le proprie capacità intuitive
- migliorare le proprie relazioni con gli altri.

A tale scopo ho sottoposto ad alcuni colleghi (impegnati nel triage) il seguente questionario (allegato).

PREMESSA

Ciao, sono Teresita e come certo sai, ho partecipato con molto entusiasmo al corso di base di ipnosi clinica e sperimentale, tenutasi a Torino nei mesi di Febbraio, Marzo e Maggio. Per la stesura della mia tesi: **GESTIONE DELLO STRESS AL TRIAGE**, ho ritenuto interessante e opportuno sottoporvi il seguente questionario, e ti ringrazio fin da ora per la tua collaborazione e la disponibilità accordatami.

QUESTIONARIO

Nome _____ Et  _____ Sesso _____

Anni di Attivit  in DEA _____

Da quanti anni svolgi Attivit  di Triage _____

Descrivi 5 problematiche che pi  frequentemente rappresentano causa di tensione durante la tua attivit  di triage:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

▪ Conosci l'Ipnosi ? SI NO

▪ Che cos'  per te l'ipnosi _____

▪ Saresti disposto ad approfondire le tue conoscenze sull'ipnosi?

SI NO

▪ Se s , in che modo _____

▪ Saresti disposto/a a provare un'induzione?

SI NO

▪ Perch ' _____

▪ Quali sono le tue aspettative? _____

INDUZIONE

- Come giudichi il livello di rilassamento raggiunto? (attribuire un punteggio da 0=minimo a 10=massimo) _____

- Come giudichi il livello di rilassamento psico-fisico?
 superficiale medio profondo

- Dopo quanto tempo (soggettivamente) ti sembra di aver raggiunto lo stato di massimo rilassamento (trance) _____

- Il tempo effettivamente impiegato è stato _____

- Quale percezione hai avuto dall'ambiente esterno? (0 = nessuna - 10 = massima) _____

- Quali fattori ritieni abbiano maggiormente influito sul raggiungimento della trance?
 - Voce – tonalità – parole
 - Contatto fisico – tocchi
 - Pensieri ricordi personali
 - Aspettative
 - Ambiente esterno
 - Altro

- Hai provato sensazioni negative e/o spiacevoli?
 SI NO

- Se si, quali _____

- Come definiresti lo stato di trance provato? _____

- Ha risposto alle tue aspettative? SI NO

- Se no, in cosa ti ha deluso? _____

- Ti è stato dato il condizionamento post-ipnotico? SI NO
- Lo hai provato, così da raggiungere autonomamente lo stato di trance (autoipnosi)? SI NO
- Hai provato (autonomamente) l'autoipnosi? SI NO
- Come giudichi le sensazioni provate in auto-ipnosi? _____

- Hai percepito differenze tra il rilassamento ottenuto in autoipnosi e quello ottenuto in induzione guidata? SI NO
- Se si, quali? _____

- Saresti disposto/a a provare l'autoipnosi nei momenti di maggior tensione?
 SI NO
- Se è si prosegui, se è no..... **GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE!**
- Hai provato l'autoipnosi in una (o più) situazione di tensione? SI NO
- Ritieni che possa averti dato beneficio? SI NO
- Se si, in che modo? _____

- Ritieni che sia una pratica utile nel tuo lavoro? SI NO
- Ritieni possa migliorare le tue capacità professionali/relazionali? SI NO
- Consigliaresti tale pratiche anche ad altri? SI NO

- Hai utilizzato l'autoipnosi in ambito extralavorativo e/o privato? SI NO
- Le tue aspettative sono state soddisfatte? SI NO
- Ritieni di averne tratto beneficio? SI NO
- In che modo? _____

- Intendi continuare ad usare l'autoipnosi: nella tua attività lavorativa?
 SI NO
- Nel privato? SI NO

Per concludere, vorrei chiederti di dare un "voto" alle voci sottostanti, riflettendo per un attimo e valutando la risposta in due modi differenti: in situazione "NORMALE" ed in "AUTOIPNOSI" (0=situazione insostenibile – 10=ottimale)

| Situazione "NORMALE" | VOCI | Situazione "AUTOIPNOSI" |
|----------------------|--|-------------------------|
| | Fattori di stress intrinseci al lavoro | |
| | Relazione con l'utenza | |
| | Comunicazione e atteggiamento verso l'utenza | |
| | Verso i colleghi/superiori | |
| | Clima e struttura organizzativa | |
| | Capacità logistiche organizzative di autocontrollo | |
| | Gestione della fatica fisica | |
| | Gestione delle situazioni critiche | |

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE E LA TUA DISPONIBILITA',
 sempre a disposizione per dubbi e chiarimenti, se necessario.

Delle 31 persone che compongono lo staff infermieristico dal DEA di Alba (di cui faccio parte) 12 hanno accettato di “aiutarmi” nella preparazione della mia tesi rispondendo al questionario proposto, le altre 19 si sono schierate per partito preso in una posizione di “ANTI IPNOSI” senza voler sentire cosa veniva loro proposto. Durante il periodo di lavoro ho sempre incontrato la netta opposizione di quasi tutto il personale Medico (salvo rare e preziose eccezioni), in particolar modo nell’approcciarmi alle induzioni, sempre fatte al di fuori dell’orario di servizio per non dare adito a polemiche ma avversate e criticate anche in tale maniera.

Dalle 12 copie di questionario consegnate, ne sono tornate a me, debitamente compilate, solo 11, per cui il risultato finale della “partita” è stato:

PRO IPNOSI = 11 – ANTI IPNOSI=20

Dall’elaborazione dei questionari, si evince, quanto segue::

- Prevalenza di sesso Femminile (10:1)
- Età media: anni 43
- Media di anni di anzianità in DEA: circa 15
- Media di anni di svolgimento di attività di triage: circa 13

Durante lo svolgimento dell’attività di triage, le problematiche maggiormente recepite sono:

1. **DIFFICOLTA’ DI RAPPORTO CON L’UTENZA** (presente in 10 casi su 10), comprendente la scarsa collaborazione da parte di chi è in attesa, l’aggressività verbale dei suddetti, il dover continuamente giustificare all’utenza ciò che accade, il perché l’attesa si prolunga, etc.....;
2. **AGGRESSIVITA’ DELL’UTENZA**: presente in 8 (su 10), che comprende aggressività verbale e continue discussioni, in alcuni casi anche tentativi di prevaricazione e/o minacce; maleducazione e mancanza di rispetto verso la persona e/o la sua professionalità;
3. **DOVER GESTIRE PIU’ URGENZE CONTEMPORANEAMENTE** (6 su 10);
4. **DIFFICOLTA’ NEI RAPPORTI COL PERSONALE MEDICO, PER SCARSA COLLABORAZIONE** : 4 su 10, in 2 casi anche difficoltà di rapporto coi colleghi;
5. **DIFFICOLTA’ NEI RAPPORTI CON IMMIGRATI ED EXTRACOMUNITARI**: 3 su 10, non solo per difficoltà legate alla lingua ma anche e soprattutto alla scarsa o nulla collaborazione e rispetto delle regole da parte loro;
6. **ATTENZIONE AL CODICE PER PAURA DI SBAGLIARE , SOVRASTIMANDO E SOPRATTUTTO PERICOLO DI SOTTOSTIMARE**: 3 su 10;

7. **STRESS DA ECCESSIONE PRESTAZIONI IMPROPRIE**, che portando via tempo ritardano l'ingresso alla visita dei casi effettivamente necessitanti, 3 su 10;
8. **DIFFICOLTA' A MANTENERE CALMA E GENTILEZZA**: 1 su 10;
9. **DIFFICOLTA' A MANTENERE SOTTO CONTROLLO LA PROPRIA AGGRESSIVITA'**: 1 su 10;
10. **SCARSA SODDISFAZIONE PERSONALE**: 1 su 10;
11. **DOVER RISPONDERE A QUESITI NON DI PERTINENZA PROFESSIONALE (= UFFICIO INFORMAZIONI)**: 1 su 10.

La media è stata fatta su 10 questionari anziché 11, perché in 1 caso la collega ritiene di non avere alcuna tensione particolare (BEATA LEI!!!!) anche se, conoscendola, è vero l'opposto.

Alla successiva domanda, conosci l'ipnosi, le risposte sono state:

SI = 6
NO = 2
SI e NO = 3

mentre "che cos'è per te l'ipnosi" merita di essere riportata fedelmente ogni risposta:

- uno stato di rilassamento cosciente in cui vengono fatte emergere emozioni profonde;
- Giucas Casella e company;
- stato di coscienza modificato, naturale, piacevole e benefico;
- piacevole rilassamento per aumentare le proprie capacità;
- una disciplina volta ad indurre benessere psicofisico senza l'uso di farmaci;
- benessere, tranquillità, uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico;
- ne ho sentito parlare ma non so di preciso cosa sia;
- rilassamento psico-fisico;
- una tecnica di rilassamento e di autocontrollo;
- un'intenzione per menti facilmente influenzabile, pura fantasia;
- induzione ad uno stato di rilassamento;

Le persone disposte ad approfondire le proprie conoscenze sull'ipnosi sono state 7, mentre 4 non sono interessate all'argomento.

Per l'approfondimento, **5** vorrebbero partecipare a corsi e/o seminari e leggere libri in merito, **1** sottoporsi a delle sedute di ipnosi e **1** con un colloquio, non specificando con chi, però.

Disposte a provare l'induzione sono state **8** colleghe (tutte donne), **3** non si sono resi disponibili e quindi la loro collaborazione è terminata a questo punto.

I motivi che hanno spinto le colleghe a provare l'induzione sono stati:

- La curiosità: 5 su 7;
- La ricerca del rilassamento 1 mentre 2 l'hanno già sperimentata.

Tra le aspettative prevale la ricerca di uno stato di rilassamento (**6 su 8**) e di miglioramento dell'autocontrollo, **1** non sa cosa aspettarsi, **1** non è a conoscenza delle modalità dell'ipnosi.

Ho praticato l'induzione a **8** persone in tempi diversi (normalmente a fine turno), utilizzando in prevalenza il canale visivo (**4**), cenestesico (**2**), auditivo (**1**).

In tutti i casi ho usato i "passi", sempre graditi, perché mi è poi stato riferito che il soggetto, un po' intimorito dalla situazione, si è sentito molto rassicurato dal fatto che io fossi presente e totalmente rivolta ad esso, non solo con le parole ma anche col tocco delle mani. In **1** caso ho provato ogni metodica di induzione da me conosciuta, senza peraltro ottenere alcun risultato, non si è prodotta alcuna reazione e/o modificazione e dopo oltre 30' abbiamo rinunciato, anche perché la collega stava iniziando ad innervosirsi per la frustrazione, si è però tranquillizzata dopo averle spiegato che esistono persone refrattarie, ma più probabilmente io non ero stata capace di trovare il canale giusto.

Al livello di rilassamento raggiunto è stato assegnato un punteggio (da 1 a 10) la media è stata di **7,75** con un massimo di **10** (3 casi) ed un minimo di **3** (1 caso). È stato raggiunto uno stato di rilassamento psico-fisico profondo in **5** casi, medio in **1** caso e superficiale in **2**. Curiosamente il tempo intercorso tra l'inizio dell'induzione ed il raggiungimento dello stato di trance è stato percepito come:

- lungo (**2** casi);
- indefinibile (**1** caso);
- immediato (**3** casi);

in realtà, avendo cronometrato la durata dell'induzione fino al raggiungimento dello stato di rilassamento visibile ed obiettivabile (caduta della mano sulla coscia come segnale di stop al cronometro), la media del tempo effettivamente impiegato è stata di **2,14** minuti (massimo 6' per 1 caso, minimo 30" in 2 casi), escludendo dal conteggio gli oltre 30' impiegati nel caso di mancata induzione citato in precedenza.

Il fattore che maggiormente ha influito sul raggiungimento dello stato di trance è stata:

- la voce (tonalità e parole) = **7 su 7**,

seguito:

- dal contatto fisico = **4 su 7**,
- dalle aspettative = **3 su 7**,
- dai pensieri e ricordi personali = **3 su 7**
- altro (ma non specificato) = **1 su 7**.

Nessuna sensazione negativa è stata percepita salvo una leggera ansi (**1 caso**) rapidamente regredita aiutando la collega con alcuni "passi"; è stata inoltre percepita come frustrante la mancata induzione della collega che non ha raggiunto lo stato di rilassamento desiderato.

Lo stato di trance provato è stato definito:

- BUONO
- ABBASTANZA PROFONDO

- PROFONDO E BELLISSIMO
- PIACEVOLE E PROFONDO
- RILASSANTE E PIACEVOLE
- FANTASTICO, UNO SBALLO!!!
- DA APPROFONDIRE

in ogni caso (**7 su 7**) ha risposto alle aspettative personali; sono stati elementi di disturbo la fastidiosa presenza di rumori esterni e la difficoltà di sgomberare la mente da pensieri e situazioni esterne.

A tutti è stato dato il condizionamento post-ipnotico che da tutti è stato autonomamente sperimentato ma le sensazioni provate in autoipnosi vengono definite in **5 casi su 7** meno piacevoli e profonde che in ipnosi guidata, forse per lo scarso “allenamento” all’uso di tale pratica. Le persone disposte a provare l’autoipnosi nei momenti di maggior tensione sono state **7 su 7**, anzi **5 su 7** l’hanno già fatto autonomamente, ottenendone un beneficio in termini di:

- calma e tranquillità: **5 su 5**
- maggior lucidità: **2 su 5**
- maggior autocontrollo: **1 su 5**
- maggior distacco emotivo: **1 su 5**
- più concentrazione: **1 su 5**.

Tutti ritengono sia una pratica utile al nostro lavoro (**7 su 7**) e la consiglierebbero anche agli altri colleghi, considerando che possa aiutare ad ottenere un miglioramento delle capacità relazionali e professionali di ognuno.

Tutti (**7 su 7**) hanno utilizzato l’autoipnosi anche in ambito extralavorativo e/o privato, ritenendo di averne tratto beneficio (**6 su 7**); tutti intendono continuare ad utilizzare l’autoipnosi nella propria attività lavorativa e nel privato (**7 su 7**).

Per concludere, è stato assegnato un “voto” a delle voci, valutate in situazioni normali ed in autoipnosi, ottenendo i seguenti risultati (sempre espressi come media):

| Situazione “NORMALE” | VOCI | Situazione “AUTOIPNOSI |
|-------------------------|--|---------------------------|
| 6,5 | Fattori di stress intrinseci al lavoro | 8,2 |
| 6,6 | Relazione con l’utenza | 8,4 |
| 6,5 | Comunicazione e atteggiamento verso l’utenza | 8,2 |
| 6,8 | Verso i colleghi/superiori | 8,6 |
| 6,5 | Clima e struttura organizzativa | 7,8 |
| 7 | Capacità logistiche organizzative di autocontrollo | 9,2 |
| 6,1 | Gestione della fatica fisica | 7,8 |
| 6,6 | Gestione delle situazioni critiche | 8,2 |

CONCLUSIONI

La percentuale di colleghi disposti ad avvicinarsi al mondo dell'ipnosi o anche solo ad accettarla come pratica scientifica è stata relativamente scarsa (**26%**) ma era presumibile, in un ambiente in cui la parola IPNOSI è tabù, ed ogni tentativo di apertura in questo senso è tenacemente ostacolato. Speravo che il mio entusiasmo avesse contagiato anche gli altri colleghi ed è effettivamente stato così, ma solo per **8** persone (**su 31**). Come prevedibile, sono stati posti molti veti ed ostacoli, in particolare da parte di alcuni medici; ma la consapevolezza dell'effettivo beneficio apportato dall'ipnosi nella delicata fase del triage è bastata a superare di slancio tali ostacoli. Ho così potuto constatare che la pratica dell'autoipnosi (per quanto ancora "acerba" ed in fase iniziale) ha già permesso alle colleghe di ottenere un miglioramento QUANTIFICABILE nei rapporti interpersonali e nell'attività svolta. Ho consigliato di esercitare questa loro capacità di entrare in uno stato di coscienza diverso dal solito ed il loro entusiasmo quando mi raccontano dei risultati ottenuti basta a ripagarmi di ogni sforzo.

Concludo dicendo che è stato fantastico poter condividere con i colleghi di corso e con i docenti quest'esperienza che mia ha molto arricchito, sia sul piano umano che professionale, grazie a tutti.

BIBLIOGRAFIA:

- Relazione corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica.

AUTORI: Docenti CIICS