



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS

centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
ANNO 2020/2021

*Il ruolo della comunicazione ipnotica nel vissuto dei
pazienti e degli operatori. Esperienze in sala di
elettrofisiologia e cardiostimolazione dell'ARNAS BROZTU
di Cagliari.*

Candidata

Giusi Carta

Relatrice

Dott.ssa Milena Muro

Correlatore

Dott. Antonio Maria Lapenta

*<<Ogni tecnica è comunque valida nelle mani dell'ipnotista
che se l'è creata e l'adopera con fiducia>>.*

Prof. F. Granone

INDICE

PREMESSA	pag. 1
1. LA COMUNICAZIONE IPNOTICA	
PILLOLE PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE	pag.3
2. COMUNICAZIONE IPNOTICA E INFERMIERE	pag.7
3. LA COMUNICAZIONE E LA NORMATIVA DELL'INFERMIERE	pag.10
4. SALA DI ELETTROFISIOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE	
4.1 L'ESPERIENZA DI APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA	pag.16
5. I MIEI APPROCCI A QUESTA MODALITA' DI ASSISTENZA	pag.20
5.1 PRIMA ESPERIENZA IMPORTANTE DI INDUZIONE IPNOTICA	pag.20
5.2 COMUNICAZIONE IPNOTICA, ESPERIENZA BREVE	pag.24
5.3 ESPERIENZA DI INDUZIONE IPNOTICA E VERIFICA DELL'ANCORAGGIO	pag.26
6. DIFFICOLTA' RISCONTRATE	pag.31
7. VISSUTO DEGLI OPERATORI SANITARI	pag.33
CONCLUSIONI	pag.35
BIBLIOGRAFIA	pag.37
SITOGRAFIA	pag.38

PREMESSA

La relazione di aiuto è parte fondamentale e pietra miliare dell'assistenza infermieristica di base e specialistica. Lavoro in ambito cardiologico da 12 anni, ho iniziato il mio percorso in UTIC e attualmente sono impegnata in una nuova avventura in sala di elettrofisiologia, cardiostimolazione e scompenso. La gestione della relazione, dell'ansia e del dolore sono sempre stati parte integrante del mio vissuto assistenziale, ma mai come in questo ultimo periodo in sala li trovo essenziali ed indispensabili, e mai trascurabili. È come se il desiderio dell'infermiere (e quindi il mio desiderio) di aiutare il paziente sia direttamente proporzionale al bisogno del paziente di essere aiutato, anche se questo non è esplicito. Se in una degenza la relazione terapeutica si può costruire e migliorare nel tempo, in sala la relazione con il paziente è breve e intensa, ed è fondamentale che si instauri subito un buon rapporto tra paziente e operatori. La condizione di vulnerabilità in cui si trova il paziente lo porta ad elaborare in maniera amplificata ogni tipo di sensazione da lui percepita. È quindi molto importante il nostro primo approccio, poiché è in quel momento che il paziente deciderà se avere fiducia in noi. Fiducia, empatia, interessamento, rendere autonomo il paziente, sono questi i punti cardine di una buona relazione terapeutica. Ed è soprattutto pensare come e cosa poter migliorare di questi aspetti che nell'ultimo periodo mi ha portata a riflettere molto sul mio operato. E tra le tante cose da migliorare, l'approccio comunicativo mi sembrava essere essenziale per ottenere una migliore gestione dell'ansia e del dolore del paziente e, di conseguenza, un minor stress emotivo per me e gli altri operatori.

Ed ecco che, casualmente, vengo informata sul corso di formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica dell'istituto Franco Granone C.I.I.C.S.

Non nego che il mio primo pensiero "a pelle" è stato quello di considerarlo per me e per il mio lavoro un corso quasi "non praticabile", per una serie di motivi, sia personali che organizzativi. Anche dopo essermi informata rimanevo ancora scettica sulla possibilità di utilizzare la comunicazione ipnotica per migliorare il mio approccio con il paziente, figuriamoci l'ipnosi, campo da me poco conosciuto e associato ancora a troppi luoghi comuni. Mi sono ricreduta dopo la prima ora di lezione! Mi sono resa conto che tutto quello di cui avevo bisogno per migliorare la mia comunicazione e di conseguenza la gestione di ansia e dolore del paziente mi veniva offerto in modo eccellente da questo corso. Un corso difficile per me sotto alcuni aspetti e argomentazioni, ma che dopo avermi aperto un mondo tutto nuovo e affascinante, sono convinta mi darà anche la possibilità di cambiare positivamente il mio vissuto, quello dei colleghi e dei medici con cui lavoro, ma soprattutto quello dei pazienti. Per questo l'obiettivo della mia tesi non sarà quello di dimostrare qualcosa di nuovo e inaspettato, ci sono numerosi studi scientifici che dimostrano l'efficacia e l'utilità di queste metodiche, ma testimoniare con il racconto delle mie esperienze, quanto e come cambi il vissuto dei pazienti e degli operatori già con il corretto utilizzo della comunicazione ipnotica.

1. LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

PILLOLE PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

Per **comunicazione** (dal latino *cum* = con, e *munire* = legare, costruire quindi mettere in comune, far partecipe) si intende il processo e le modalità di trasmissione di un'informazione da un individuo a un altro (o da un luogo a un altro), attraverso lo scambio di un messaggio elaborato secondo le regole di un determinato codice¹.

La trasmissione del messaggio da un individuo ad un altro avviene attraverso parole, sguardi, gesti, mimica facciale, atteggiamenti, postura. Ne deriva il primo assioma della comunicazione: *non si può non comunicare*.

Per quanto riguarda la mia professione la comunicazione ha un ruolo cruciale nel processo assistenziale al paziente. Per anni è stata considerata un processo “spontaneo” dovuto alle personali capacità e alla sensibilità del professionista, un qualcosa che scaturisce dal livello di gentilezza e “bon ton” dell’operatore. Personalmente penso che una corretta comunicazione sia legata sì ad aspetti soggettivi e caratteriali dell’operatore, ma penso che le basi di una comunicazione efficace siano dovute ad uno spiccato senso di efficacia di cura e, ovviamente, ad una profonda conoscenza dell’argomento. Un dovere professionale insomma. L’infermiere offre all’assistito non solo prestazioni di tipo tecnico ma anche un supporto attraverso una **comunicazione consapevole**, che determina un cambiamento esperienziale importante per entrambi. Per una

¹ Giuliano Vigni, Glossario di biblioteconomia e scienza dell'informazione, Editrice Bibliografica, Milano 1985, p. 38.

comunicazione consapevole è necessario conoscere come le parole e il messaggio comunicativo impatti a livello neurofisiologico nel determinare l'esperienza. Nell'assistenza e nella clinica l'efficacia comunicativa si realizza quando è il paziente ad essere il protagonista. Il focus del discorso va spostato dall'"IO" al "TU", e ciò aumenta forza, sicurezza, autodeterminazione del paziente e di conseguenza aumenta anche la fiducia nell'infermiere.

L'aspetto principale per l'instaurarsi di una comunicazione efficace è stabilire "Rapport", una sintonia e affinità che rende la comunicazione più facile.

Spontaneamente il "rapport" si sviluppa nei confronti di alcune persone in modo più naturale e facile ma attraverso le tecniche di Comunicazione Ipnotica è possibile imparare a facilitare la realizzazione del "rapport" con chiunque. La PNL (Programmazione Neuro Linguistica) si è occupata di studiare l'abilità comunicativa di grandi psicoterapeuti e ipnologi e di come utilizzavano alcune procedure e tecniche linguistiche di fatto studiando proprio le regole della comunicazione ipnotica, quanto ne è derivato ci ha consegnato informazioni per poter decifrare come la comunicazione verbale e i tanti segnali non verbali possono aiutarci ad instaurare un buon "rapport" con l'interlocutore.

Una analisi approfondita ha permesso di comprendere che ogni persona utilizza alcune modalità comunicative che gli appartengono e lo identificano nella tipologia sensoriale preferita per interagire col mondo, identificare la modalità comunicativa preferenziale adottata dai soggetti quando questi fanno esperienza del mondo ed interagiscono con questo attraverso il linguaggio, ci permette di distinguere tre tipologie di canali preferenziali

utilizzati per elaborare le informazioni e sono: visivo, uditivo, cenestesico. Ascoltando il modo di comunicare possiamo quindi calibrare la nostra comunicazione adeguandola alla modalità soggettiva con cui l'individuo si rapporta alla realtà e costruire quindi una interazione comunicativa che si basa sulla facilitazione della comprensione e della creazione di una buona relazione.

Sicuramente è difficile capire chi abbiamo di fronte, soprattutto quando si ha poco tempo a disposizione per cercare di instaurare un buon "rapport". Un sistema per identificare la tipologia di soggetto con il quale ci rapportiamo è l'osservazione. Osservare la fisionomia del nostro interlocutore è il primo sistema. Ad esempio, una persona che elabora le informazioni principalmente con un canale VISIVO avrà un portamento eretto, una respirazione alta e un tono di voce alto. Potremo notare un comportamento opposto in chi elabora le informazioni tramite il canale CENESTESICO e, un tono di voce modulato, respirazione diaframmatica e testa inclinata di lato in chi utilizza un canale preferenziale AUDITIVO. Anche l'osservazione dei movimenti oculari ci può dare varie informazioni. È opportuno conoscere molto bene questo sistema, che io trovo più complicato rispetto all'osservazione descritta in precedenza. Più semplice, ma non scontato, il sistema che prende in considerazione i predicati verbali che maggiormente il soggetto usa durante la comunicazione verbale, anche se con questo s'identifica appunto il canale *preferenziale* e che durante la comunicazione vengono utilizzati tutti i canali sensoriali di accesso per l'interazione con l'ambiente. Conoscendo e stando attenti a questi particolari otterremo la CHIAVE DI ACCESSO che ci permetterà di entrare in sintonia con il soggetto. Per ottenere un buon "rapport" non basta solo osservare ma è necessario anche "rispecchiare" il nostro interlocutore (e in

questo caso entrano in funzione i neuroni specchio), adeguarsi alla sua postura, alla sua gestualità ed ai suoi ritmi completando il tutto con il “ricalco”, che può essere fatto sul respiro e quindi sull’esperienza corporea del soggetto ma anche, sui valori, sulle convinzioni. Si tratta quindi di riconoscere lo stato del soggetto che abbiamo davanti, e soprattutto accettarlo e accoglierlo evitando giudizi.

Tutto ciò va messo in pratica con la consapevolezza che il “rapport” stabilito con il soggetto non è un qualcosa di unilaterale, non è solo affinità ma è anche un conoscere sé stessi, essere davvero orientati verso una soluzione chiara e comune e con un atteggiamento positivo e aperto nei confronti dell’approccio che abbiamo deciso di utilizzare. Quando tutto ciò sarà chiaro, interiorizzato e accettato la nostra comunicazione sarà efficace.

2. COMUNICAZIONE IPNOTICA E INFERMIERE

Quanto descritto nel precedente paragrafo altro non è che l'analisi fatta dalla PNL della "Comunicazione Ipnotica", strumento utile ed efficace, che può essere adottato in autonomia dall'infermiere. È una tecnica di comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo, utilizzando i meccanismi neurofisiologici che sono rispondenti e che producono i possibili cambiamenti di vissuto dell'esperienza.

Le parole hanno un ruolo importante per questo tipo di comunicazione, perché guidano la relazione di fiducia che si crea tra operatore e paziente.

La "Comunicazione Ipnotica" può essere messa in pratica anche senza che ci sia una modifica della coscienza. Il suo utilizzo consente di ottenere una riduzione dell'ansia e del dolore portando benefici per il paziente, i familiari, i sanitari e vantaggi in termini organizzativi e di riduzione dei costi. Il suo punto di forza, come già detto, sta nella capacità di sfruttare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente umana.

Questo è basilare per farci comprendere quanto la "Comunicazione Ipnotica" sia e diventi indispensabile per prenderci cura in modo ottimale dei nostri pazienti, e di quanto questo strumento permetta una presa in carico globale della persona occupandoci in maniera olistica del paziente.

Sono fermamente convinta che fra tutte le professioni dell'ambito sanitario se pur utile a tutti, questo "vestito" calzi a pennello alla professione dell'infermiere.

La mia convinzione è dovuta al fatto che uno degli obiettivi dell'assistenza infermieristica, è quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'autoefficacia, dell'autodeterminazione, della stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi consapevolmente del proprio potenziale, come descritto nel Codice Deontologico dell'infermiere. E per quanto mi riguarda è proprio questo l'obiettivo con cui utilizzo la "Comunicazione Ipnotica" nel percorso di cura del paziente.

Mi trovo perfettamente in linea con l'affermazione letta su una rivista infermieristica on line che sostiene che *"utilizzare la comunicazione ipnotica nelle procedure invasive permette all'infermiere di portare l'individuo a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psicofisico"*².

Ma per fare questo, l'infermiere *deve conoscere ed applicare in modo consapevole la comunicazione*. Parrebbe anche ovvio, ma meglio specificare sempre bene che *"in nessun caso si può utilizzare la competenza infermieristica sopra specificata allo scopo di effettuare pratiche psicoterapeutiche"*.

Tutte le competenze che si sommano alla preparazione della pratica infermieristica di base, sono un valore aggiunto che noi diamo sia al paziente che alla nostra professionalità. L'utilizzo della "Comunicazione Ipnotica" cambia sia il nostro vissuto che quello dei pazienti. Nonostante i vincoli, che riguardano più l'ipnosi che la tecnica della comunicazione

² "infermiere esperto in comunicazione ipnotica contro il dolore, di Francesca Gianfrancesco. Pubblicato il 01.11.2017 su nurse24.it (<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/comunicazione-ipnotica-infermiere-esperto.html>)

ipnotica, vorrei sottolineare un aspetto che mi ha colpito e che ritengo molto importante riguardo le competenze infermieristiche:

“Le competenze avanzate non possono essere intese solamente come una qualche mansione in più nei relativi contesti professionali, ma una diversa e più ampia modalità della «presa in carico» del paziente e dei processi assistenziali che permetta risposte più incisive alle mutate esigenze del contesto sanitario”³.

Ritengo che questa affermazione contenga delle parole chiave che fanno ben capire quanto sia necessario un processo di miglioramento dell’assistenza. Una “diversa e più ampia modalità della presa in carico del paziente” è il punto cardine per renderci consapevoli che ci prendiamo cura “non della malattia che ha il paziente ma del paziente che ha quella malattia”⁴. Questo mi ha fatto tanto riflettere, perciò, nonostante le varie difficoltà logistiche, organizzative ma anche culturali ho deciso di intraprendere questa strada, ricca di opportunità. Una strada per me nuova ma già percorsa da altri e legalmente riconosciuta.

³ L.Benci, infermiere, giurista, esperto di professioni sanitarie, consulente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI)

⁴ “Qual è la cosa più importante in medicina? Non è tanto sapere che malattia ha quel paziente, ma chi è quel paziente che ha quella malattia!” Cit. Ippocrate [di Kos](#)

3. LA COMUNICAZIONE E LA NORMATIVA DELL'INFERMIERE

Quella dell'infermiere rimane una posizione critica davanti alla legge, poiché siamo potenzialmente predisposti a fare tutto ma in realtà rimaniamo ai limiti di tutte le altre competenze sanitarie. Questo potrebbe portare all'idea che l'infermiere è ciò che non sono gli altri professionisti sanitari. Provando a delineare un profilo che possa identificare l'infermiere come degno, capace, competente, e quindi meritevole di una formazione nell'ambito dell'ipnosi clinica, di seguito riporto alcune informazioni importanti sulle norme di riferimento a cui si deve attenere un infermiere e che ne delineano il profilo.

Con la Legge n. 43 del 1° febbraio 2006 si era stabilito che gli infermieri potessero essere chiamati a svolgere funzioni diverse in relazione alla loro formazione ed esperienza.

Inoltre, la legge 250 del 2000 definisce ancora l'**autonomia della professione sanitaria** infermieristica, che nelle sue specifiche attività di prevenzione, cura e salvaguardia della salute esplica le proprie funzioni. All'art. 1 della legge 250 del 2000 pubblicata sulla gazzetta ufficiale leggiamo:

Art.1.

(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)
1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

Recentemente la “Legge Gelli”⁵ ha cambiato la visione d’insieme degli infermieri, sottolineando in modo marcato che nell’esercizio delle proprie funzioni, come esercenti le professioni sanitarie, dovranno attenersi alle pratiche clinico assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida.

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Art. 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché' dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Gli aspetti più importati della riforma della responsabilità professionale riguardano l’art 6 della nuova normativa, disposizione mediante la quale viene ridisegnata la responsabilità penale degli infermieri. Grazie all’introduzione dell’art. 590-ter c. p, l’esercente la **professione sanitaria** che, nello svolgimento del **proprio lavoro**, cagioni per **imperizia** (ignoranza-inadeguatezza-inesperienza) **l’evento morte o la lesione del paziente**, risponderà penalmente solo in caso di **colpa grave**. Fondamentale è precisare come la applicabilità della **colpa grave verrà meno** nel caso in cui, nell’esercizio della sua attività, l’infermiere abbia rispettato le **linee guida** e le **pratiche clinico-assistenziali**.

⁵ LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 nota come Legge Gelli

Art. 6

Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 590-sexie (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite pubblicate ai sensi di legge ovvero, mancanza di queste le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 abrogato.

Inoltre nel Codice Deontologico infermieristico aggiornato al 2019 leggiamo:

Art. 1 – Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile.

È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici.

Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

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

Con il ricorso al ddl Gelli⁶, rimane in vita la responsabilità penale dell'operatore sanitario, ma solo per colpa grave, questa si avrà quindi, quando il comportamento del sanitario risulti privo della dovuta perizia e sia realizzato in violazione delle linee guida e delle pratiche clinico-assistenziali. Con la medesima proposta di legge si ha invece la totale depenalizzazione della colpa, con particolare attenzione alla soppressione dello strumento civilistico della colpa lieve, sempre che siano rispettate le linee guida.

Questi sono gli aspetti legali che ogni professionista dovrebbe tenere a mente nello svolgimento della propria professione, e l'infermiere, inserito in questo contesto, nell'ambito della propria professione e nell'utilizzo di tecniche per le quali ha ottenuto una formazione deve sempre tenerli a mente.

Dunque, possiamo applicare la Comunicazione Ipnotica avendo le competenze riconosciute dalla realizzazione di un percorso formativo di E.C.M. e con l'assoluta responsabilità data dalle conoscenze acquisite e dal rispetto per il paziente e il suo diritto di cura? La risposta è sicuramente: **Sì**, tenendo sempre a mente il principio base della medicina, NON NUOCERE.

⁶ 5. Legge 8 marzo 2017 n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n. 64 del 17-03-2017)

Facendo riferimento alla normativa presente sull'ipnosi cito gli articoli:

Art. 428 c.c. Annullabilità degli atti giuridici posti in essere dal soggetto, qualora risulti che costui al momento del loro compimento era sottoposto ad uno stato ipnotico.

Art. 591 cpv. n.3 c.c. L'incapacità naturale occasionale derivante da ipnosi configura un'ipotesi di incapacità a testare, e prescinde dal requisito del grave pregiudizio.

Art. 188 c.p.p. Non possono essere utilizzati, neppure col consenso della persona interessata, metodi o tecniche idonei ad influire sulla libertà di autodeterminazione ovvero ad alterare la capacità di ricordare e valutare i fatti. Analogamente l'**Art. 64 c.p.p.** fissa tale divieto con riferimento all'interrogatorio dell'indagato.

Da una lettura "a pelle" di questi articoli ne deriva che gli operatori del diritto abbiano un'immagine scorretta dell'ipnosi, un'erronea considerazione che li porta a pensare che il soggetto sottoposto a trattamento ipnotico sia uno strumento nelle mani dell'ipnotista, un soggetto privo di autonoma volontà. La mancanza di comprensione, l'errata considerazione della tecnica è data, probabilmente, dall'ignorare il concetto base del fenomeno ipnotico, le fondamenta, il MONOIDEISMO PLASTICO. L'ipnotista e l'esperto in comunicazione ipnotica hanno ben chiaro questo concetto, hanno ben chiara la tecnica e solo chi è adeguatamente formato è consapevole e responsabile nell'utilizzarla.

A questo proposito, per concludere, cito altri due articoli che rafforzano questo concetto.

Art. 348 c.p. (*Esercizio abusivo fi professione*) <<chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da euro 130 a euro 516>>.

Art. 728 c.p. *sanziona a titolo contravvenzionale <<chiunque pone taluno con il suo consenso, in stato di narcosi od ipnotismo o esegue su di lui un trattamento che ne sopprima la coscienza o la volontà>> qualora dal fatto derivi <<pericolo per l'incolumità della persona>>.*

È bene quindi che ogni professionista che si avvicina alla tecnica abbia chiari in mente i concetti fondamentali della tecnica, della legislazione, della deontologia e della relazione di cura. È anche bene utilizzare ogni possibile metodo per migliorare la relazione di cura con il paziente, senza togliere niente ma sempre dando valore aggiunto.

“Se puoi, aiuta gli altri.

“Se non puoi, almeno non fare loro del male.”

Buddha

4.SALA DI ELETTROFISIOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE:

4.1 L'ESPERIENZA DI APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Dopo la prima tranne di lezioni frontali a Torino il Covid-19 ha ostacolato il percorso che mi accingeva a percorrere ma non l'ha sicuramente interrotto. Anzi, le lezioni in webinar mi hanno dato la possibilità di rivedere con più calma alcune parti teoriche che sono state fondamentali per iniziare ad avvicinarmi al paziente con questa nuova tecnica.

Nella sala dove lavoro presto assistenza sia a pazienti che incontro direttamente in sala per la prima volta (pazienti a cui si impiantano pacemaker, defibrillatori o che eseguono studi elettrofisiologici e ablazioni) sia a pazienti che già ho avuto modo di conoscere, ad esempio i pazienti con scompenso che eseguono cateterismi destri o pazienti trapiantati di cuore che periodicamente eseguono le biopsie endomiocardiche. Ho potuto utilizzare quindi la Comunicazione Ipnotica sia su pazienti che non avevo mai incontrato che su pazienti che avevo già avuto modo di conoscere.

Inizialmente ho voluto mettere in pratica le parti della tecnica alla base della comunicazione ipnotica, rivolgendola a tutti i pazienti in modo indistinto. Volevo capire quali sarebbero state le differenze rispetto alla mia esperienza avuta sino ad allora, in che modo sarebbe cambiato il mio vissuto e quello dei pazienti. Avevo già consapevolezza del fatto che una buona comunicazione cambiasse in positivo l'approccio con il paziente facendogli acquisire più fiducia, ma non avevo idea della potenza e dell'effetto ancora più amplificato della comunicazione ipnotica. Man mano che mi esercitavo a metterla in pratica prendevo coscienza degli errori fatti

sino ad allora, del valore della tecnica e di quanto questa potesse davvero essermi ed essere utile.

Il paziente che arriva in una sala operatoria per eseguire un intervento, di qualsiasi entità, è spaventato, preoccupato, teso, anche se apparentemente non lo dimostra. È una reazione assolutamente normale. Una delle cose che erroneamente ma in buona fede dicevo sempre era “stia tranquillo, non si preoccupi, ci siamo noi e la assisteremo al meglio”. In realtà, riflettendoci a fondo, credo che quelle parole servissero più all’operatore che al paziente, anzi, al paziente non erano assolutamente d’aiuto. In questo approccio mancavano una serie di tecniche e passi fondamentali che poi ho imparato con lo studio della comunicazione ipnotica.

Manca la “conoscenza dell’altro” e il riconoscerlo come “unico”. Manca lo spostamento della focalizzazione dall’“IO” al “TU”. Ogni paziente è una persona, unica, anche se deve sottoporsi ad un intervento che hanno già fatto in tanti (e questo non solo dal punto di vista psicologico ma anche anatomico se vogliamo). Di certo il poco tempo a disposizione prima dell’inizio dell’intervento non è stato d’aiuto, ma con il passare delle settimane ho compreso come basti davvero poco per conoscere l’altro, comprendere il suo bisogno e quindi definire il suo obiettivo. Osservare, ascoltare, accogliere, la triade perfetta che, all’operatore che la fa propria, consente in poco tempo di arrivare a definire il bisogno e l’obiettivo del paziente. Osservo, tutto ciò che il paziente mi fa capire tramite la comunicazione non verbale. Ascolto ciò che il paziente mi dice, il modo in cui lo dice, gli operatori modali che usa, i suoi canali comunicativi preferenziali. Accolgo il suo bisogno senza giudicare. Delle tre penso sia la parte che meno usavo, perché non sapevo farlo. Mi sono proprio resa conto

che dire al paziente di stare tranquillo, di non preoccuparsi, non significava “rassicurarlo” e nemmeno accoglierlo. Accogliere il bisogno del paziente significa comprendere davvero ciò che lui prova e rimandargli il fatto che abbiamo compreso le sue ragioni. Quindi, ad esempio, all’affermazione del paziente:

<< Sono preoccupato per l’intervento, ho paura di sentire dolore, un mio amico mi ha detto che fa tanto male>>, non rispondo più dicendogli di stare tranquillo e di non preoccuparsi ma con: <<Capisco che lei sia preoccupato per l’intervento, ha ragione, sentire dolore non è piacevole ma ognuno sente il dolore in modo diverso, ogni procedura è diversa e noi abbiamo tutti i farmaci anestetici e sedativi pronti all’uso che la aiuteranno ad eliminare il dolore>>. Non giudico la paura del paziente, non la minimizzo, ma la accolgo.

L’uso di parole quali il MA (per cancellare la parte spiacevole della frase precedente), VUOI e PUOI (per lasciare la possibilità di decisione al paziente), MENTRE e QUANDO (per fargli capire che osserviamo ciò che fa) per quanto mi riguarda hanno avuto successo, e mi hanno permesso di ottenere la fiducia del paziente in modo più semplice e rapido. E per chi potrebbe pensare che siano solo dei trucchetti per ingannare il paziente (come mi è stato fatto notare da qualcuno) posso garantire che se tutto ciò viene utilizzato con consapevolezza, volontà e lealtà, nella relazione di cura con il paziente si otterranno solo notevoli e rispettosi risultati. Del resto come già detto è impossibile non comunicare ed è impossibile che la comunicazione non porti a risposte alla relazione da parte dell’individuo, essere consapevole dei come il nostro dire influenza il vissuto dell’altro ci permette semplicemente di scegliere consapevolmente appunto, cosa dire affinché l’altro possa avere una buona esperienza anziché una brutta.

Proseguendo nella mia esperienza ho potuto sperimentare come sia necessario che tutte le parti della comunicazione ipnotica siano in relazione tra loro e anche come le suggestioni e le metafore che usiamo con il paziente non debbano essere complicate ed elaborate, ma quanto più semplici e chiare. Il mio obiettivo è il realizzarsi di una situazione che porti il paziente ad avere un ricordo quanto più piacevole dell'esperienza vissuta in sala, oltre ad ottenere la sua collaborazione e, ove possibile, la riduzione del dolore operatorio fino all'analgesia.

Le tecniche che si possono utilizzare sono molteplici, ma come disse Prof. Franco Granone:

<<Ognitecnica è comunque valida nelle mani dell'ipnotista che se l'è creata e l'adopera con fiducia>>.

Nel prossimo paragrafo ho voluto descrivere le mie esperienze più complete. Ci sono state varie esperienze che ho inizialmente ed erroneamente definito "fallimentari" solo per il fatto di non aver potuto ottenere catalessi delle palpebre o analgesia, ma ora posso dire che in ogni caso tutte sono state positive, perché so di aver prestato la mia assistenza con un valore aggiunto, e chi più chi meno ha comunque giovato della tecnica. Tanti pazienti sono andati via dalla sala ringraziandoci, qualcuno mandandoci abbracci virtuali, altri sorridendo. Questo è per me un ottimo traguardo.

5.1 MIEI APPROCCI A QUESTA MODALITÀ DI ASSISTENZA

5.1 PRIMA ESPERIENZA IMPORTANTE DI INDUZIONE IPNOTICA

Paziente: M.S.

Procedura: Ablazione Cardiaca a paziente con Fibrillazione Atriale.

Durata della procedura: circa 4,5 ore.

Farmaci: ½ fl Fentanest.

I: Buongiorno signora S., sono Giusi l'infermiera che si occuperà di lei in sala durante la procedura. Come va?

S: Buongiorno, sono un po' preoccupata per l'intervento e per il fatto che dovrò stare tanto tempo sdraiata.

I: Certo, capisco la sua preoccupazione. Come può vedere abbiamo tutti i macchinari che monitorizzano ogni sua funzione vitale e ho qui tutti i farmaci che potranno esserci utili per il dolore e per un eventuale sedazione (glieli faccio vedere). Ha ragione, dovrà stare sdraiata per qualche ora. Ora sistemereмо il lettino in modo che possa trovare una posizione comoda per lei.

Inizio a fargli delle domande chiuse a cui so che risponderà SI, tipo la conferma della data di nascita, residenza. La signora risiede in un paesino vicino al mio e venendo a conoscenza di questo da parte della mia collega un grande sorriso appare sul suo volto, colgo quindi l'occasione per proporle l'utilizzo dell'ipnosi come modo per ridurre l'ansia per l'intervento. Questo ovviamente non avrebbe modificato in nessun modo il normale

svolgersi della procedura per quanto riguarda la somministrazione di farmaci sedativi qualora se ne fosse reso necessario l'uso. (CONTRATTO)

S: Certo, sono nelle vostre mani.

(Nel frattempo entra il medico che fa delle domande alla paziente).

I: Bene S., ora che il medico le ha spiegato bene la procedura ed è consapevole che questo intervento è necessario per eliminare questa fastidiosa aritmia, abbiamo bisogno della sua collaborazione poiché dovrà stare ferma durante la maggior parte della procedura. Per fare in modo che questo accada trovi una posizione per lei comoda e rilassi i muscoli delle gambe ruotando i piedi verso l'esterno. (ORDINE MOTIVATO)

S: ok sono comoda.

I: Benissimo. Ora le chiedo di fissare quel punto sul soffitto sopra di lei, lo guardi con tutta l'attenzione di cui è capace, e se anche dovesse distogliere lo sguardo da quel punto non importa, perché poi lo guarderà con maggiore attenzione. (FOCALIZZAZIONE DELL'ATTENZIONE).

Bene, vedo che il suo sguardo rimane fisso sul punto, che la sua posizione sembra comoda, con la testa poggiata sul cuscino, le mani lungo i fianchi e le gambe leggermente aperte con i piedi ruotati verso l'esterno. Vedo che il suo torace si alza e si abbassa regolarmente sincrono al respiro e che le sue palpebre sbattono sempre più veloci. (DESCRIZIONE).

Può sentire come continuando a fissare il punto, gli occhi possano diventare stanchi, la vista sfocata e come, ogni volta che sbatte le palpebre esse rimangono sempre più piacevolmente chiuse. (RICALCO).

Può ora sentire come sia sempre più faticoso tenere gli occhi aperti e quanto sia piacevole tenerli chiusi, sempre di più, sempre più a lungo.

Le sue palpebre sono sempre più pesanti, come se ad ogni battito, facesse più fatica a riaprirli perché sta bene così con le palpebre pesanti. E gli occhi rimangono sempre più chiusi, sempre più piacevolmente chiusi, le palpebre abbandonate...sempre di più.... Sempre più pesanti, come se fossero rivestite di piombo...(SUGGESTIONE)

S: (Chiude gli occhi)

I: Molto bene, le tue palpebre sono piacevolmente pesanti, così piacevolmente abbandonate che sarà molto difficile riaprirle...provi pure... (RATIFICA)

S: (Ci prova e apre un po' gli occhi ma li richiude subito)

I: (Faccio un passo indietro riprendendo con RICALCO e SUGGESTIONE)

Brava, può rendersi conto di avere un ottimo controllo. Ora che ha capito come controllare tutto può rendersi conto di come sia tutto più facile da controllare ad occhi chiusi, e può percepire il suo respiro, i movimenti del torace sincroni ad esso e la sensazione di piacevole abbandono e immobilità che può provare ogni volta che butta fuori l'aria. Ogni volta che l'aria esce può sentire i suoi muscoli abbandonarsi sempre di più, sciogliersi come burro al sole, sempre più sciolti e piacevolmente abbandonati. E ora, buttando fuori l'aria il suo braccio destro sarà completamente abbandonato (lo sfioro usando i PASSI), e quando terrò il suo polso tra le mie dita potrà sentire quanto sarà pesante, piacevolmente pesante e abbandonato (RATIFICA dell'abbandono del braccio.)

Proseguo suggerendole di immaginare di trovarsi in un luogo per lei conosciuto e piacevole, dove ne ricorda i vari dettagli, profumi e rumori, e chiedendole in che posto sia mi riferisce di essere in montagna. Proseguo cercando di approfondire con il metodo della SCALA (una scala su un

costone della montagna) e al termine cercando di darle analgesia suggerendo di immergere i piedi in dell'acqua fresca che intorpidisce e anestetizza (in concomitanza della disinfezione dell'inguine e delle successive punture inguinali).

L'immobilità della paziente e la sua serenità mi portano a non parlare molto spesso, ma ogni tanto cercavo di tenerla collegata a ciò che poteva immaginare, in modo che la sua critica fosse sempre un po' "accondiscendente".

Quasi al termine della procedura:

I: E ora che ha capito di avere queste capacità, potrà utilizzarle ogni volta che ne avrà necessità stringendo forte il pugno della mano destra, e chiudendo gli occhi potrà tornare in questo piacevole stato. (ANCORAGGIO).

Ora faccia 3 respiri profondi e quando si sentirà pronta potrà aprire gli occhi e sentirsi perfettamente presente.

Tutto bene?

S: Credo di aver dormito e sognato, ma non è stato proprio così, è come se fossi in un altro luogo e la sua voce mi accompagnava, ho sentito il profumo della menta del mio orto in montagna, il fresco...è stato piacevole.

I: Bene, mi fa piacere. Ha provato dolore?

S: No, nessun dolore, un fastidio ad un certo punto (durante l'ablazione e la stimolazione del diaframma, dove in effetti non avevo dato nessuna suggestione di benessere o di analgesia e a circa 3 ore dall'induzione), ma non è stato così terribile. Un'esperienza piacevole, ecco, strana e diversa.

Non avrei mai pensato di provare qualcosa del genere, sono molto scettica solitamente. Grazie.

Con la signora ho avuto modo di parlare in modo più approfondito dell'esperienza e ho fatto tesoro di tutto ciò che mi ha rimandato di positivo ma anche di tutto ciò che devo e posso migliorare.

5.2 COMUNICAZIONE IPNOTICA, ESPERIENZA BREVE

Una mattina arriva in sala un paziente di 79 anni che ha in programma la sostituzione della batteria del pacemaker e anche la sostituzione del catetere ventricolare, che al controllo risulta avere un'elevata soglia di stimolazione che comporta una più rapida scarica della batteria del pacemaker. Il paziente ci appare da subito abbastanza preoccupato e sembra aver capito le modalità con le quali si svolgerà l'intervento. Purtroppo non ho modo di comunicare con lui prima della procedura poiché vengo chiamata per un'urgenza e il paziente entra in sala assistito dalla mia collega, che molto amorevolmente cerca di rasserenarlo. Durante la procedura la collega mi riferisce che il paziente è stato fermo e non ha avvertito molto dolore, ma continuava a fare tantissime domande e sembrava molto confuso. La procedura non è andata completamente a buon fine perché il vaso attraverso cui sarebbe dovuto passare il nuovo catetere era chiuso, per cui al paziente, per il momento, è stata solo sostituita la batteria del pacemaker. Durante la procedura ovviamente al paziente è stato spiegato varie volte ciò che si stava andando a fare. Al mio arrivo in sala, a fine procedura noto che il paziente inizia a guardarsi intorno

in modo molto veloce, con occhi spalancati e chiede continuamente le stesse cose. Alle sue domande rispondono tutte le persone presenti in sala ma non sembra stare più sereno. Decido di avvicinarmi, mi presento e gli dico:

I: “Vedo dal suo sguardo e dal suo modo di muoversi che è molto spaventato!”

P: “Sì signorina, lo sono, molto!”

I: “Capisco e penso che questa sua preoccupazione sia dovuta al fatto che lei è venuta qui per fare un certo tipo di intervento invece alla fine ha fatto solo la sostituzione del dispositivo e ora ha paura che succeda qualcosa di brutto per la sua salute. Anche se tante persone le hanno spiegato cosa sia successo si sente un po' disorientato perché ancora non ha capito quali siano gli svantaggi per lei.”

P: “Sì, è esattamente questo.”

I: Ok, allora ora voglio che faccia tre bei respiri profondi e che mi stia a sentire bene, ascolti solo le mie parole. (Gli spiego brevemente l'intervento, ciò che è successo e ciò che dovrà fare con una comunicazione semplice e facendo attenzione ai rimandi di consenso non verbale).

P: “Ora ho capito, avevo molta paura di ciò che sarebbe successo non avendo potuto fare questo intervento e anche se il medico mi parlava non riuscivo a capire niente. Ma ora sono più calmo e so che anche voi avete capito, siete stati tutti gentilissimi. Grazie.”

Ripensando a questa esperienza sono riuscita ad interiorizzare alcuni aspetti che costituiscono la comunicazione. La ricezione del messaggio che il nostro interlocutore ci fa arrivare passa attraverso l'ascolto, l'osservazione e le domande. Per elaborare il messaggio dobbiamo

necessariamente capire senza giudicare e comprendere il significato per l'altro (per l'altro da intendersi come "nei panni dell'altro"). La nostra risposta al messaggio passerà quindi per la ricapitolazione e la riformulazione del messaggio stesso, che dimostrerà all'interlocutore di essere stato compreso. In questa esperienza è stato molto importante "definire la richiesta" del paziente. La nostra vita si svolge sempre tra realtà e desiderio, tra ciò che realmente accade e ciò che vorremmo accadesse. Ed è proprio questo che a mio parere ha mandato in confusione il paziente, ciò che è accaduto in sala non corrispondeva esattamente a ciò che si aspettava. Cercando quindi di attenuare un po' la tensione tra realtà e desiderio ho provato a rendere più sereno il paziente ottenendo discreti risultati.

5.3 ESPERIENZA DI INDUZIONE IPNOTICA E VERIFICA DELL'ANCORAGGIO

Dopo qualche mese dall'inizio del corso ad un giovane caro amico, Antonio, è stata diagnosticata la sindrome di Brugada. Gli è stato quindi proposto uno studio elettrofisiologico che avrebbe eseguito nella sala dove lavoro. Da subito mi ha espresso la sua preoccupazione per l'esame e per ciò che sarebbe potuto accadere dopo (eventuale impianto di defibrillatore. Ho quindi pensato che proporgli l'utilizzo dell'ipnosi avrebbe riscosso un discreto successo. Dopo una breve chiacchierata, durante la quale ho chiarito bene il fatto che sarebbe stata un'esperienza aggiuntiva alla gestione standard dell'intervento, ha accettato in modo molto curioso e mi ha chiesto se potevamo provare qualcosa prima. Ho quindi pensato che

sarebbe stata una buona idea sperimentare prima le sue capacità e provare a dargli un ancoraggio che avrebbe poi utilizzato in sala. E così è stato.

Qualche settimana prima dello studio ci siamo incontrati, con noi era presente anche sua mamma. Si è comodamente seduto sul divano dandomi completa fiducia e collaborazione. Durante il colloquio che avevamo avuto pochi giorni prima ho avuto modo di lavorare sull'aumento della fiducia, ragion per cui ho iniziato (dopo qualche "yes set") con la tecnica. L'obiettivo era quello di testare le sue capacità e provare catalessi delle palpebre e levitazione del braccio.

ORDINE MOTIVATO: Ho scelto la fissazione di un punto, e precisamente il mio dito indice che ho posizionato in alto davanti a lui e a circa 20cm di distanza, dicendogli che in questo modo si sarebbe potuto concentrare meglio e avere meno distrazioni.

DESCRIZIONE: *C'è tanto silenzio in questa stanza e vedo che guardi con molta attenzione il mio dito e le tue palpebre non sbattono più tanto velocemente.*

RICALCO: *Quando si fissa così intensamente qualcosa, ad un certo punto gli occhi si stancano, possono pizzicare e la vista si sfoca. E ogni volta che le palpebre si chiudono gli occhi si possono riposare e sarà sempre più piacevole tenerli chiusi. Ogni volta che le tue palpebre si chiudono rimangono chiuse sempre un po' più di tempo, senti quanto è piacevole lasciarle chiuse e quanto è difficile riaprirle. Puoi tenerle chiuse se vuoi. BENE, ad occhi chiusi è più semplice concentrarsi. (Questa fase è durata un po' di tempo e successivamente il mio amico mi ha riferito di aver cercato di resistere alla chiusura degli occhi perché pensava di dover continuare a fissare il punto e non voleva disattendere alla mia richiesta, probabilmente*

a mio parere, poco precisa. Solo dopo averglielo detto esplicitamente infatti si è lasciato andare).

SUGGERZIONE DELLA MODIFICA: *i tuoi occhi si sono stancati, si sono appesantiti e ora sono così piacevolmente pesanti e stanchi come se le ciglia superiori fossero aggrappate a quelle inferiori che ti costerebbe troppa fatica riaprirli.*

RATIFICA/SFIDA: *puoi anche provare a riaprirli ma sarà troppo faticoso per te, prova. (cerca di aprirli leggermente, con fatica e poi li lascia chiusi). Bene.*

SUGGERZIONE: *E mentre continui a tenere gli occhi chiusi puoi immaginare di stare in un bellissimo giardino. Legati ad un ramo ci sono due palloncini. Puoi dirmi di che colore sono? (ROSSI). Molto bene. Ora, io prendo un palloncino e lo lego al tuo polso. È un palloncino molto leggero, gonfiato con dell'elio. (Senza aggiungere altro vedo che dopo avergli sfiorato il polso come nell'atto di legarli il palloncino il braccio inizia a tirarsi su, la mano è rilassata e tende verso il basso e il gomito si stacca dal bracciolo della poltrona). Ora prenderò anche l'altro palloncino e lo legherò insieme all'altro. (Il braccio sale ancora di più e Antonio inizia a ridere tantissimo. Non nego di essermi inizialmente preoccupata per questa reazione. Gli chiedo quindi di dirmi il motivo della sua risata e lui mi dice che si rende conto che il suo braccio sale su, tirato su dai palloncini, ma è una cosa che lui non riesce a controllare. Decido quindi di fargli aprire gli occhi per qualche secondo per dimostrargli che è capace di seguire la tecnica e che è tutto sotto controllo. Lui li apre, guarda il suo braccio, smette di ridere e richiude gli occhi). Ora toglierò i palloncini uno per volta. Uno (il braccio si abbassa un po'), due (il braccio si poggia completamente sul bracciolo dove era poggiato prima).*

ANCORAGGIO: *Ora che hai capito quanto sei capace, potrai tornare in questa condizione ogni volta che ne avrai necessità semplicemente fissando un punto davanti a te in alto, finché il tuo sguardo si stancherà.*

RIORIENTAMENTO: *e ora fai 3 bei respiri profondi e lenti, e quando ti sentirai pronto potrai riaprire gli occhi.*

RACCONTO: *è stata un'esperienza strana. All'inizio quando mi hai parlato del palloncino ero un po' in ansia perché ho pensato al palloncino che mi hanno fatto gonfiare prima dell'intervento, quando da piccolo sono stato operato alle adenoidi. Poi però mi hai chiesto il colore e ho subito visualizzato un bel palloncino rosso e grande. Quando mi hai detto che lo legavi al polso ho proprio sentito il filo che mi tirava su la mano, volevo controllarlo ma tirava su forte, mi sono quasi spaventato ma quando mi hai detto di aprire gli occhi e guardare ho proprio capito che la mente è veramente potente.*

Qualche settimana dopo Antonio ha eseguito lo studio elettrofisiologico sfruttando l'ancoraggio che gli avevo dato in precedenza. Ero presente in sala e mi ha chiesto di guidarlo comunque anche se fosse riuscito da solo a tornare in quella particolare situazione. Una volta chiusi gli occhi gli ho dato delle suggestioni che lo portassero ad immaginare una situazione per lui piacevole (ha immaginato un coro che cantava canti gregoriani) in cui lui si è totalmente immerso tanto da non sentire nessun fastidio durante le punture inguinali e a stare fermo per tutta la procedura. Purtroppo la procedura elettrofisiologica non si è conclusa positivamente come invece l'uso dell'ipnosi, poiché è stata indotta una fibrillazione ventricolare che ha poi portato alla decisione per l'impianto di un defibrillatore sottocutaneo.

Mi ha però riferito di aver vissuto il tutto con grande serenità, anche se un po' scocciato perché la scarica ricevuta dal defibrillatore esterno ha interrotto la sua performance da direttore d'orchestra di un grande e famoso coro gregoriano!

6.DIFFICOLTA' RISCONTRATE

Dopo la prima parte del corso ho incontrato diverse difficoltà non tanto nell'utilizzo della tecnica quanto nel farla accettare. Accettare in primis a me stessa. Doversi mettere in gioco con i pazienti e con il team di lavoro è stato per me un grosso ostacolo. In gioco ci sono stati vari fattori. Paura di sbagliare, di essere giudicata "strana" sia dai pazienti che dai colleghi. Era già per me un mondo nuovo tutto da esplorare che un po' mi intimoriva non lo nego, quindi il mio pensiero era che anche i pazienti e i colleghi avrebbero potuto pensare negativamente questo. Ho scelto quindi di non buttarmi a capofitto e di procedere gradatamente. Ho passato tutto il primo periodo (due mesi circa) a dedicarmi esclusivamente alla comunicazione ipnotica non provando mai nessuna induzione sui pazienti.

AUMENTARE LA FIDUCIA E RIDURRE LA CRITICA: può sembrare semplice, ma a mio parere è molto più complicato di quanto possa sembrare. I pazienti che incontro sono per la maggior parte pazienti che non conosco e che non ho mai incontrato, ho pochi minuti da dedicare loro prima dell'intervento per me all'inizio è stato molto difficile riuscire a capire in così poco tempo i loro canali comunicativi, percepire i messaggi non verbali e soprattutto capire quali fossero le parole giuste da dire loro.

ACCETTAZIONE DELLA TECNICA: Ci sono tanti modi per proporre al paziente di affrontare l'intervento anche con l'ausilio dell'ipnosi. Inizialmente mi sembrava più onesto e opportuno dire chiaramente al paziente: "Proviamo ad utilizzare l'ipnosi?". Per la mia esperienza purtroppo devo dire che mai ci fu frase più nefasta! A volte ottenevo anche l'effetto opposto e in quel momento la fiducia del paziente nei miei confronti sprofondava negli abissi

più profondi. Ora, semplicemente, accolgo, guido e mi faccio guidare dal paziente.

OBIETTIVO COMUNE: Molto spesso è stata la mancanza dell'obiettivo comune che ha compromesso una possibile procedura in ipnosi. Partivo spesso spedita con l'obiettivo di far stare il paziente fermo immobile sul lettino, non fargli sentire dolore e fastidio, ma il paziente magari aveva semplicemente bisogno di qualcuno che durante la procedura stesse lì vicino a spiegargli cosa stesse succedendo e cosa sarebbe successo, e delle parole che io gli dicevo per cercare di ottenere catalessi delle palpebre non gliene poteva fregare proprio niente.

RATIFICA: Punto dolente. Tantissime volte è stata la mia "demoralizzatrice". All'inizio della mia esperienza in realtà la definirei come "questa sconosciuta", infatti: <<No ratifica, no party!!!>>. Successivamente una ratifica non andata a buon fine accendeva in me l'interruttore "TILT" e da quel momento in poi c'era solo un fiume di parole buttate lì a caso per cercare di salvare la situazione.

SUGGERZIONI: Dare delle chiare suggestioni è tanto importante quanto difficile, soprattutto all'inizio. Spesso la mia più grande difficoltà stava nel trovare la giusta suggestione, darla con le giuste e chiare parole e soprattutto tenere la linea della prima suggestione. Mi son ritrovata spesso a dare suggestioni confuse, complicate che poi non hanno sortito l'effetto sperato.

Dovrò superare ancora tanti ostacoli e se è vero il detto che "SI IMPARA DAGLI ERRORI" sto già imparando tanto.

7.VISSUTO DEGLI OPERATORI SANITARI

Da quando ho iniziato il mio percorso CIICS devo ammettere che il mio approccio al paziente, alla sua cura e alla sua accoglienza è radicalmente migliorato, e con il termine “migliorato” non intendo dire che prima si sbagliava tutto, ma semplicemente che ho iniziato ad acquisire nuove conoscenze e nuove tecniche che hanno significativamente reso molto più positivo il mio approccio. Parole, sguardi, attenzioni a cui prima non facevo caso, che prima non conoscevo e che ora trovo fondamentali nella mia relazione con il paziente.

Ho lavorato in terapia intensiva per 10 anni e da quasi 3 ho iniziato un nuovo percorso in sala operatoria di cardio stimolazione ed elettrofisiologia. In questi 3 anni ho potuto apprezzare due cambiamenti fondamentali del mio vissuto. Il primo riguarda ovviamente il passaggio da un reparto dove il tempo giocava in mio favore. Nonostante le tante cose da fare il tempo per arricchire la relazione di cura con il paziente lo si trovava sempre, magari in un modo meno perfetto, ma un tentativo veniva fatto. Si aveva il tempo di conoscere il paziente, di dialogare con lui. L’ambiente protetto, la possibilità di poter gestire le difficoltà con l’aiuto di altri colleghi più esperti mi dava l’impressione di poter gestire meglio la relazione di cura con il paziente. L’inizio dell’attività in sala è stato un cambiamento radicale, brusco, all’inizio inaspettato. Il turnover dei pazienti è spesso frenetico, il tempo a disposizione per ogni paziente è ridotto e questo era per me una grande fonte di stress. Sentivo che non riuscivo a gestire l’ansia preoperatoria del paziente e questo aveva ripercussioni sia sul tempo procedurale che sul vissuto di tutti gli operatori sanitari presenti (soprattutto medici e infermieri) e ovviamente del paziente.

Quando mi è stata data l'opportunità di frequentare il corso CIICS, dopo un iniziale scetticismo, diventato subito entusiasmo, ho passato un periodo di transizione durante il quale la voglia di voler far provare a tutti una nuova esperienza è stata un po' frenata da alcuni tentativi non andati a buon fine, dalla grande fatica che provavo nel farli. Ma andando avanti e continuando a mettermi in gioco ho potuto notare come quelle esperienze, anche quelle che non sfociavano poi in un'induzione da manuale rendevano il mio vissuto e quello degli altri operatori in sala migliore. Avere il paziente "consapevolmente pronto" ad affrontare la procedura, collaborante, spesso immobile creava una situazione serena, tranquilla. Una buona base di partenza che ci ha consentito di affrontare ogni intervento in modo diverso e piacevole. E se all'inizio non tutti gli operatori della sala credevano che questa tecnica potesse facilitare anche loro ora la maggior parte è consapevole del suo potere e del fatto che possa migliorare tantissimi aspetti dell'intervento, dalla serenità nella sua esecuzione alla riduzione dei tempi.

Credo quindi di poter affermare con molta convinzione che l'utilizzo della comunicazione ipnotica e delle tecniche ipnotiche nella nostra sala operatoria abbia portato un bellissimo cambiamento per tutti, dal paziente agli operatori che lavorano per lui.

CONCLUSIONI

Frequentare il corso dell'istituto Franco Granone CIICS è stata forse la migliore opportunità ricevuta in questi ultimi anni. È stata la chiave di accesso ad un mondo nuovo, diverso, che ha dato inizio ad un mio cambiamento personale ma anche ad un nuovo approccio di cura per il paziente. Un approccio diverso dal precedente che metteva al centro dell'attenzione la malattia rispetto al paziente. Usare questa tecnica con consapevolezza, conoscendone i limiti, le potenzialità e i rischi, e stare nell'ambito delle proprie competenze è una potentissima risorsa a favore del paziente e degli operatori che la usano e che ne traggono un trasversale beneficio.

Non nego che il percorso sia stato molto difficile e faticoso, mentalmente impegnativo, ma la soddisfazione che ne deriva ripaga ogni sacrificio, ogni fatica, ogni difficoltà. Posso affermare di aver dato un valore aggiunto al mio livello di assistenza al paziente, di aver iniziato a capire come e cosa poter migliorare nel percorso di cura dei pazienti, che da standard è via via sempre più personalizzato, sempre più legato a ciò che "VEDO" del paziente. Se prima GUARDAVO il paziente, ora lo "VEDO", e questo è per me una conquista notevole alla quale non potrò mai più rinunciare.

Il mio futuro obiettivo sarà sicuramente quello di riuscire a migliorare le conoscenze, pratiche e teoriche che questo corso mi ha fornito, affinché il percorso di cura di ogni paziente sia piacevolmente diverso, migliore o comunque più positivo di come lo sarebbe stato senza.

Ringrazio chi con tanta pazienza mi ha seguita in questo percorso, chi mi ha supportata, consigliata e anche chi in modo scettico non ha creduto alla potenza e alla grande possibilità che questa tecnica dà al paziente, perché mi ha dato l'opportunità di dimostrarne i benefici.

Ringrazio infinitamente il mio mentore, la dott.ssa Muro, che è riuscita a trasmettermi parte della sua immensa conoscenza e la tantissima passione. La ringrazio per la pazienza avuta nel seguirmi per l'elaborazione di questa tesi e per la sua grande voglia di insegnare.

Ringrazio tutti i docenti e il presidente dott. Lapenta del CIICS per avermi permesso di accedere alle loro conoscenze.

Ringrazio SELENE per l'impeccabile organizzazione e disponibilità.

Ringrazio l'ARNAS Brotzu per avermi dato la possibilità di partecipare al corso.

Ringrazio i pazienti per avermi dato la possibilità di imparare con e per loro.

BIBLIOGRAFIA

GRANONE F., 1989 "Trattato di ipnosi", vol. 1 e 2 Utet. TORINO

FACCO E., 2014 "Meditazione e ipnosi. Tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio", Edizioni altravista.

Mastronardi, 4° edizione (17 aprile 2013): *Le strategie della comunicazione umana*, Milano, Franco Angeli

CASIGLIA E., 2015 "Trattato di ipnosi e alter modificazioni di coscienza". Cleup, Padova

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE, Rev. 2019

VIGINI G., 1985 "Glossario di biblioteconomia e scienza dell'informazione", Editrice Bibliografica, Milano, p. 38.

SECCI A.M., Duò C., 2019. *La comunicazione strategica nelle professioni sanitarie. Psicotecniche d'interazione con il paziente (e non solo)*

IPASVI, F. N. (2012). XVI Convegno. *La comunicazione ipnotica nella gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche*, Bologna.

CASIGLIA E., TIKHONOFF V., GIORDANO N., GIACOMELLO M., FACCO E., BORDIN D., REGALDO G., TOSELLO M., 2012. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. "Measured Outcomes With Hypnosis as an Experimental Tool in a Cardiovascular Physiology Laboratory. 60:2, 241-261

"Infermiere esperto in comunicazione ipnotica contro il dolore". Pubblicato il 01.11.2017 di Francesca Gianfrancesco. Aggiornato il 06.06.2018

RIVELLO P., 2018. *Il pubblico ministero tra aperture e inconsce resistenze al progresso scientifico. La prova scientifica nel processo penale*. A cura di G. Carlizzi, G. Tuzet. Giappichelli editore, p. 32

SITOGRAFIA

<https://www.ciics.it/tesi/>

<https://asieci.it/>

<gazzettaufficiale.it>

<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/comunicazione-ipnotica-infermiere-esperto.html#:~:text=La%20comunicazione%20ipnotica%20%C3%A8%20uno%20strumento%20efficace%20che%20pu%C3%B2%20essere,e%20di%20riduzione%20dei%20costi.>

