

# CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA 2021

# LA FIDUCIA PRECEDE LA GUIDA

CONOSCENZE E PERCEZIONI DEGLI OPERATORI SANITARI
SULLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Candidato

Maicol Carvello

Relatore

Dott.ssa Milena Muro

Controrelatore

Dott. A.M. Lapenta

# **INDICE**

Premessa	pag. 3
INTRODUZIONE	
Il ruolo della relazione nelle professioni assistenziali	pag. 4
L'ipnosi clinica come relazione	pag. 5
Inquadramento teorico e concettuale dell'ipnosi	pag. 6
Applicazioni cliniche dell'ipnosi	pag. 8
Aspetti giuridici	pag. 11
LA RICERCA	
Scopo della ricerca	pag. 14
Metodi	pag. 14
RISULTATI	
Caratteristiche del campione	pag. 15
Analisi T0-T1 (breve termine)	pag. 16
Analisi T0-T2 (lungo termine)	pag. 23
CONCLUSIONI	pag. 27
BIBLIOGRAFIA	pag. 30

#### **PREMESSA**

C'era una volta Gabriella.

Gabriella ha 78 anni ed ha subito un delicato intervento di artrodesi delle vertebre lombari. Viene ricoverata presso l'Ospedale di Comunità per riattivazione motoria tramite fisioterapia: un progetto che si scontra da subito con un dolore costante ed estremamente invalidante (7 su NRS); un dolore che le impedisce non soltanto la riattivazione motoria, ma qualsiasi altra attività di vita quotidiana. La terapia antidolorifica - con oppioidi transdermici, FANS e paracetamolo - non sembra sortire gli effetti sperati e la fisioterapista, già dalla prima seduta e per diversi giorni successivi, non può che constatare all'interno della cartella che Gabriella "lamenta dolore; non tollerata la posizione seduta" e ancora "Oggi dolore importante". Sono passati diversi giorni dal ricovero e non sembrano esservi miglioramenti, né strategie efficaci di controllo.

Tuttavia la lettura del diario clinico-assistenziale sembra descrivere, improvvisamente, un soggetto completamente diverso: "scomparse algie" (infermiere), "oggi deambula con DESK, non lamenta dolore" (fisioterapista), "tono dell'umore buono, si mobilizza in poltrona", "riferisce di sentirsi bene" (infermiere).

Ci si chiede, al briefing settimanale, **cosa sia accaduto** che giustifichi questo importante e rapido cambiamento di condizioni cliniche; tuttavia la domanda più corretta da porsi, in realtà, dovrebbe essere un'altra: **dov'è stata Gabriella?** 

Già, perché *mentre* Gabriella era sul suo letto numero sette, era *anche* a casa sua.

Con i suoi adorati gatti. Nella sua intimità, camminava in soggiorno in mezzo agli oggetti accumulati in tanti anni e che tanto le danno sicurezza. Non solo, è stata anche nella sua cucina – proprio la sua - dove, regolando abilmente la manopola del forno come probabilmente ha fatto migliaia di volte, ha potuto abbassarne la temperatura: da 250° a spento. Freddo. E *mentre* la temperatura scendeva, scendeva *anche* il dolore.

Chi le ha (soltanto) indicato la strada per tornare a casa è un giovane infermiere che esattamente due anni indietro, ad un corso di formazione, per la prima volta aveva sentito parlare di ipnosi clinica e che, da quel giorno, non ha più smesso di cercare.

Ecco, lo scopo delle pagine che seguono è proprio raccontare questa storia.

Raccontarla per tutte le Gabriella che, nei loro letti numero sette, vorrebbero (soltanto) qualcuno che indicasse loro la strada di casa e raccontarla per tutti quegli operatori sanitari che, leggendola, potrebbero sentire la necessità di iniziare a cercare.

Perché *mentre* si cerca, si possono *anche* trovare cose inaspettate.

#### INTRODUZIONE

#### Il ruolo della relazione nelle professioni assistenziali

La medicina convenzionale si è negli ultimi secoli sviluppata verso concetti come l'oggettività, il positivismo ed il riduzionismo (Herman, 1990; Watson, 2005) ovvero nella valutazione dell'individuo come una somma di apparati e componenti organiche e biologiche perfettamente separabili l'una dall'altra. Sebbene questo approccio abbia portato ad elevatissimi livelli di specializzazione e conoscenza delle specifiche fisio-patologie, altrettanto fondamentale - soprattutto nella professione infermieristica - rimane la risposta a domande sull'umanità, sull'assistenza morale e relazionale verso la persona (Watson, 2008); anzi, gli ultimi decenni sembrano aver ampliato notevolmente la richiesta, da parte dei pazienti, di non "subire un processo disumanizzante, in cui la loro esperienza di sofferenza e malattia venga ridotta ad un'identificazione con il nome tecnico di un segno, di un sintomo, di un dato biochimico, di un organo malato. Questa visione dell'individuo, percepito dal mondo assistenziale come una complessa bio-macchina, genera la non considerazione e la svalorizzazione di ciò che invece la persona più di tutto percepisce, intuisce e "sente"." (Burrai, 2013)

Un numero crescente di studi epidemiologici, scienze sociali e ricerche sperimentali sembrano, infatti, sempre più suggerire che le iniziative che mirano a promuovere il benessere fisico con l'esclusione di benessere mentale e sociale siano più facilmente destinate a risultare incomplete e inefficaci (Pavis S. et al, 1996).

In questa direzione, Jormfeldt sostiene che un elemento essenziale di conoscenze, comune a tutte le specializzazioni infermieristiche, dovrebbe essere la capacità degli infermieri di fornire sostegno emotivo (Jormfeldt H, 2014), sostegno che, storicamente, risulta parte integrante di una assistenza infermieristica che si possa realmente definire olistica (Hogan, 2004).

Una delle formulazioni più riconosciute del sostegno emotivo è certamente rappresentato dalla relazione infermiere-paziente che, se orientata in modo strategico ed efficace verso scopi di cura, può divenire a tutti gli effetti relazione *terapeutica*. Il termine "relazione" assume diversi significati: viene definita come "una condizione propria di due o più termini in quanto analoghi, interdipendenti o reciprocamente commensurabili" oppure come "una qualsiasi forma di legame esistente tra due o più persone" (Oxford Languages).

La relazione nell'assistenza infermieristica si concretizza attraverso un concetto cardine della professione, ovvero la person-centred-care: un tipo di relazione dove al centro c'è il paziente ed

ogni atto è rivolto alla persona malata verso la quale l'assistente se ne assume la responsabilità.

L'unicità di ogni relazione si verifica perché la combinazione dei contributi di ciascun soggetto è più importante dei contributi individuali sia dell'infermiere che della persona assistita. Ogni persona porta esperienze, convinzioni, aspettative e modelli unici di relazione con gli altri, in tutte le relazioni interpersonali (Peplau, 1952).

L'unicità nella relazione infermiere-persona significa che un infermiere sperimenterà relazioni diverse con persone diverse e viceversa (Cheryl Forchuk, 1995).

## L'ipnosi clinica come relazione

Contrariamente a quanto spesso percepito, la comunicazione ipnotica è – prima di tutto – relazione. Anzi, durante una interazione tra operatore sanitario e persona assistita che sfrutta le dinamiche comunicative ipnotiche, si realizza qualcosa *di più* rispetto ad una relazione "convenzionale": si verifica infatti una vera e propria interconnessione, misurabile (e misurata) anche sotto il profilo strumentale e tecnologico, che si traduce nell'attivazione di simili aree cerebrali.

La comunicazione ipnotica avviene durante ogni relazione terapeutica fin dal momento dell'incontro con il paziente e non è di fatto riconducibile né ad un luogo né ad un tempo predefiniti. La differenza con una comunicazione "normale" tra operatore e paziente, risiede perciò nella consapevolezza, da parte del professionista, di sfruttare le conoscenze dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente umana. L'obiettivo in ambito clinico è quello di aiutare il paziente durante il suo percorso diagnostico terapeutico e di aiutare ad entrare in uno stato modificato di coscienza ma pur sempre fisiologico, che permette una particolare partecipazione mente-corpo nella quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche. Nello stato di coscienza ipnotico è possibile modificare la rappresentazione che abbiamo del mondo, si possono produrre fenomeni al livello fisico e mentale altrimenti non ottenibili con la volontà. Nella comunicazione le parole che raccontano i fatti sono solo una parte delle informazioni che trasmettiamo, la maggior parte della comunicazione è inconscia e poco controllabile dalla parte razionale. Infatti la comunicazione avviene sempre a due livelli: uno logico analitico e l'altro appartiene al mondo magico della metafora e dell'immaginazione mentale che sarà sempre diversa tra una persona e un'altra. La comunicazione ipnotica utilizza la persuasione e le suggestioni con la quale supera l'analisi razionale e si rivolge direttamente all'inconscio

della persona superando difese e preconcetti stimolando le emozioni. La comunicazione ipnotica si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che si instaura tra operatore e paziente. Ogni esperienza del mondo causa dei vincoli che sono: neurologici (lunghezza onde sonore, spettro cromatico visivo), sociali (regole, linguaggio), individuali (esperienze di vita) e non esiste quindi una realtà oggettiva. L'evento dopo che è stato percepito mediante i nostri canali viene filtrato attraverso la cancellazione, la distorsione e la generalizzazione.

## Inquadramento teorico e concettuale dell'ipnosi

Vi possono essere molte definizioni di ipnosi; nel contesto italiano, riveste una rilevanza particolare la definizione dal Prof. Franco Granone, illustre fondatore del Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale con sede a Torino (CIICS) in cui definisce l'ipnosi come "una manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata" (Granone, 1989). L'utilizzo dell'ipnosi risale agli albori della storia dell'umanità, ma i primi studi sono stati documentati nell'Europa del XVIII secolo. La storia dell'ipnosi inizia come tecnica alternativa all'anestesia, per poi essere studiata come metodo complementare e solo negli ultimi anni è stata sperimentata come trattamento aggiuntivo alla sedazione cosciente (Lang & Rosen, 2002; Facco et al. 2013). Nel 1800, l'ipnosi medica veniva utilizzata in alternativa ai farmaci anestetici che non erano ancora stati scoperti. Nella letteratura di allora troviamo la documentazione di molti interventi chirurgici eseguiti sul paziente con la tecnica dell'ipnosi che, tuttavia, è stata abbandonata anche a causa della scoperta e successiva diffusione in medicina dei nuovi anestetici (Wobst, 2007). Solo all'inizio del XX secolo è nuovamente cresciuto l'interesse medico per l'ipnosi, specie in campo psichiatrico, ove è particolarmente significativa la relazione terapeutica (Erickson & Rossi, 1985). Altresì, questi studi hanno riacceso l'interesse verso usi diversificati di questa tecnica in contesti clinici e hanno permesso di favorire l'accettazione e la conseguente attuabilità del trattamento da parte della comunità medico-scientifica (Montgomery et al. 2002; Patterson & Jensen, 2003).

Vari studi neurofisiologici hanno dimostrato che l'ipnosi differisce dalla semplice immaginazione, dai placebo e dal sonno (Dumont et al., 2012). L'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (PET) dimostra che durante l'ipnosi vi è una attivazione della corteccia cingolata anteriore del cervello in grado di modificare le percezioni della persona e ridurre sensibilmente lo stimolo doloroso (Kosslyn et al. 2002; Rainville et al, 2002). La risonanza magnetica computerizzata dimostra durante la condizione ipnotica una

significativa attività nelle regioni corticali chiamate DMN o Default mode network del resting-state, presente nei soggetti vigili che non esercitano attenzione all'ambiente circostante (Lipari et al., 2012). Questi studi hanno riacceso l'interesse verso usi diversificati di questa tecnica in contesti clinici e hanno permesso di favorire l'accettazione e la conseguente attuabilità del trattamento da parte della comunità medico-scientifica (Montgomery et al. 2002; Patterson & Jensen, 2003).

Per quanto riguarda la variabilità individuale e la risposta potenziale del singolo rispetto alle suggestioni ipnotiche, si parla di ipnotizzabilità. L'ipnotizzabilità è stata descritta come misura caratteristica che valuta la capacità di una persona di essere ipnotizzata (Elkins et al 2015). Una delle caratteristiche più notevoli dell'ipnosi è la differenza individuale nella risposta al suggerimento, dunque l'ipnoterapeuta non dovrà trattar in egual modo ogni paziente che si troverà di fronte ma, al contrario, dovrà capire e studiare il paziente e pianificare il trattamento di conseguenza, con la consapevolezza che potrebbe anche essere un individuo non ricettivo non rispondendo o rispondendo solo in parte e in maniera unica alle suggestioni (Barabasz & Perez, 2007). La misurazione dell'ipnotizzabilità è da tempo riconosciuta come un aspetto importante nella ricerca sull'ipnosi. La Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, modulo A e B (SHSS) è stata la prima scala utilizzata per misurare l'ipnotizzabilità (Woody e Barnier, 2008). Sono state poi sviluppate la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, modulo C e la Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, modulo A (HGSHS). Più recente è invece la Elkins Hypnotizability Scale (EHS), che è stata realizzata in modo che fosse più semplice da utilizzare nella pratica. Queste scale sono piuttosto complesse e gli ipnologi ricercano un'univoca soluzione che indichi, in modo chiaro e definito, le capacità ipnotiche del soggetto (Wagstaff et al. 2008).

Esistono pazienti più o meno suscettibili all'ipnosi. I risultati ottenuti si differenziano sia in base alla suggestionabilità del soggetto, che alle capacità del terapeuta. Ciò comporta che due campioni differenti in termini di suggestionabilità, e due terapeuti differenti in termini di tecnica di induzione e carisma/capacità intrinseche comunicative-relazionali, potrebbero produrre risultati molto differenti. (Perussia, 2011, Arone di Bertolino, 1988, Tirone, 1983). Prima di applicare l'ipnosi a questi pazienti è fondamentale per l'operatore immedesimarsi, capire fino in fondo cosa voglia dire essere vicino alla propria fine e capire qual è, per la persona, l'aspetto più disabilitante. Si deve tener conto di un criterio di proporzionalità rispetto al tipo d'intervento, al tempo a disposizione e al grado di invadenza e di capacita residua del paziente a concordare e a poter effettivamente lavorare durante l'intervento con l'ipnosi. (Liossi & White, 2001)

Il paziente inoltre può anche essere educato all'autoipnosi, da professionisti che fungono da facilitatori, che lo aiutano a raggiungere in autonomia uno stato ipnotico rilassato e terapeutico (Kravits, 2013). L'autoipnosi è la realizzazione dello stato ipnotico su se stessi. E' proprio qui che troviamo l'aspetto più affascinante, profondo e ricco dell'ipnosi come esperienza personale molto forte e significativa.

Se la persona è allenata risulta molto semplice; richiede il tempo di un'intenzione ed è possibile effettuare il fenomeno anche nel corso della propria attività quotidiana. In ambito clinico l'ipnotista impartisce al paziente delle istruzioni particolari affinché impari ad entrare autonomamente nello stato ipnotico: l'ancoraggio. (Gava et al. 2012; Jensen et al. 2009; Siani, 2004; Shone, 1994). Il soggetto può ampliare o ridurre le sensazioni provenienti dall'interno del suo corpo e può alterare i parametri fisiologici avvertibili come il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura cutanea. (Casiglia & Rossi, 2006 Lapenta, 1986 Rainville et al. 1999).

# Applicazioni cliniche dell'ipnosi

Uno staff professionale che approcci il paziente con attenzione alla riduzione dell'ansia correlata all'intervento migliora il profilo di rischio, ottenendo una migliore aderenza alle cure, un ridotto bisogno di farmaci analgesici, una più rapida ripresa post intervento, un eccezionale rimando positivo sulla qualità percepita delle cure ricevute e una significativa riduzione del costo globale delle cure. L'ipnosi infatti può essere utilizzata in vari ambiti: durante le sedute di mammografia, dolore procedurale (impianto neuro-stimolatore midollare, biopsie ossee, impianti di pace maker cardiaci, ablazioni cardiache, chiusure del forame ovale pervio, RMN in paziente in stato fobico, gastroscopie, colonscopie e broncoscopie), neurologia, cure palliative e molti altri. Altre applicazioni dell'ipnosi e delle tecniche di rilassamento sono per l'ansia, i disturbi con una forte componente psicologica come l'asma e la sindrome dell'intestino irritabile e le condizioni che possono essere modulate dai livelli di eccitazione. Sono anche comunemente usati nei programmi per la gestione dello stress.(Vickers A. et al, 2001). Questa tecnica è utilizzata da medici, psicologi e operatori sanitari, tutti specificatamente formati. (Vadrot G., 2014). Per quanto concerne le indicazioni riguardo all'uso medico, l'ipnosi può essere efficace:

- Nella riduzione del dolore nei disturbi gastrointestinali come ulcere, colon irritabile, colite, morbo di Crohn (Conlong & Rees, 1999; Montgomery et al. 2006)

- Nella riduzione del dolore di disturbi dermatologici come eczemi, herpes, neurodermite, prurito, psoriasi, verruche (Shenefelt, 2005; Erssfr et al. 2014)
- Nella riduzione del dolore acuto e cronico come mal di schiena, dolore oncologico, mal di testa ed emicranie, artrite o reumatismi (Patterson & Jersen, 2003; Cuellar, 2005; Castel et al. 2006; Elkins et al. 2007; Kirsh et al. 2007; Nusbaum et al. 2011; Jones et al. 2015)
- Nella riduzione di nausea e vomito come sintomi conseguenti alla chemioterapia (Deng & Cassileth, 2005; Nèron & Stephenson, 2007; Faymonville et al. 2009; Kwekkeboom et al. 2010; Montgomery et al. 2010);
- Nello stabilizzare il flusso ematico (Jambrik et al. 2005; Santarcangelo et al. 2005)
- Nella gestione dell'ansia in eventi acuti respiratori correlati ad allergie, in particolare dell'asma (Stewart, 2005)
- Nella riduzione dell'ipertensione e nelle procedure invasive vascolari (Ashton et al. 1995; Casiglia et al. 2007; Novoa & Hammond, 2008). La comunicazione ipnotica riveste ad oggi una notevole importanza, sia nella pratica clinica che in termini di evidenze scientifiche, nella gestione delle procedure invasive cardiologiche, come ad esempio l'ablazione cardiaca (Scaglione et al, 2021; Scaglione et al, 2019; Barbero et al, 2018)
- Nella riduzione del dolore correlato alla sostituzione delle medicazioni su ferite da ustioni di secondo grado ed oltre (Wernick et al. 1981; Patterson et al. 1992; Wright & Drummond, 2000; Berger et al. 2010; Gamst-Jensen et al. 2014; Provençal et al. 2018)
- In chirurgia come analgesico, soprattutto nelle situazioni in cui l'anestesia farmacologica sia controindicata a causa di allergie o iper-sensibilità; o in alcune condizioni in cui il paziente debba essere in grado di rispondere alle domande o direttive del chirurgo (Disbrow et al. 1993; Lebovits et al. 1999; Meurisse et al. 1999; Faymonville et al. 2000; Montgomery et al. 2002; Faymonville et al. 2003; Faymonville et al. 2006; Spiegel, 2007; Faymonville et al. 2009; Facco et al. 2013)
- Durante il parto e per ridurre la nausea determinata dalla gravidanza (hyperemisis gravidico) (Beebe, 2014)
- Come alternativa all'anestesia farmacologica in contesti odontoiatrici (Ghoneim et al. 2000; Medlincott & Harris, 2006; Abrahamsen et al. 2010; Mackey, 2010). In particolare il recente studio di Facco et. al (2021) ha dimostrato che l'ipnosi è stata efficace

nel condurre interventi odontoiatrici in modo indolore, in pieno rilassamento e senso di benessere, con parametri cardiovascolari stabili.

- Riduzione dell'ansia e dolore correlata a procedure invasive in regime ambulatoriale (Montgomery et al. 2000; Nilson et al. 2003; Lang et al. 2004; Schulz-Stűbner et al. 2004; Lang et al. 2006; Spiegel, 2006; Flory et al. 2007; Montgomery et al. 2007; Lang et al. 2014)
- Nella riduzione dell'ansia, attraverso il blocco della reazione simpatica dovuta a stress, ne determina l'ansiolisi (Lang et al. 2000; Lang et al. 2002; Deng & Cassileth, 2005; Lang et al. 2006; Saadat et al. 2006; Lang et al. 2008; Lang et al. 2010);
- Riduzione ansia e dolore in paziente pediatrico (Duhamel et al. 1999; Kuppenheimer & Brown, 2002; Wild et al. 2004; Nash, 2004; Spiegel et al. 2005; Cyna et al. 2007; Mackenzie & Frawley, 2007; Stinson et al. 2008; Uman et al. 2008; Liossi et al. 2009; Restif et al. 2010; Bayat et al. 2010; Rutten et al, 2015).

L'utilizzo della comunicazione ipnotica in ambito sanitario presenta punti di forza ed aspetti critici. Per quanto riguarda gli elementi di forza, oltre ai numerosi campi di applicazione supportatati da forti evidenze, l'assenza di effetti collaterali e la dimostrata efficacia clinica, si segnalano:

- Spese economiche limitate: La disponibilità di nuovi farmaci sempre più mirati e di tecnologie sempre più miniaturizzate ed affidabili, ha offerto nuove opzioni terapeutiche molto valide, ma ha fatto aumentare i costi di produzione di alcuni dei prodotti sanitari offerti dai centri più avanzati di terapia del dolore. L'utilizzo dell'ipnosi potrebbe essere un'ottima risorsa per ridurre i costi delle cure, con un riscontro davvero positivo sul benessere e la qualità di vita dei malati terminali (Brugnoli, 2006)
- Possibilità di indipendenza dei soggetti: l'ipnosi offre la possibilità al malato di accedere in maniera autonoma alla trance, in seguito solo ad un insegnamento ed un ancoraggio offerto dal ipnotista durante una seduta di ipnosi. In base alla qualità di vari fattori questo risulta più o meno semplice, ma concede uno strumento utilissimo. (Jensen et al. 2009).

Per quanto riguarda gli aspetti critici, il fattore tempo può rappresentare una difficoltà oggettiva perché la comunicazione ipnotica richiede spesso di entrare in contatto con pazienti e nelle cure palliative in fase molto avanzata di malattia, la maggior parte delle volte con sintomi non controllati e con una alterata capacità cognitiva. Inoltre, nonostante il lavoro

d'équipe, le resistenze opposte da alcuni pazienti, ma soprattutto da molti familiari diffidenti non permettono di poter stringere in tempi brevi quel legame di fiducia che rende possibile quell'alleanza terapeutica utile e necessaria per poter proporre serenamente una terapia con ipnosi, vista ancora da molti come fenomeno televisivo. Purtroppo le metodiche ipnotiche sono state spesso utilizzate da persone non adeguatamente preparate e questo ha creato nella popolazione un'idea completamente errata o inesatta. Prima di utilizzare lo strumento dell'ipnosi, si rende necessario modificare i pregiudizi e chiarificare a pazienti e famigliari che cosa in realtà sia la trance. (Belletti, 2007). Le difficoltà riscontrate, in particolare il fattore tempo, si può affrontare se esiste un buon gioco di squadra, un'ottima comunicazione tra i membri dell'équipe e se il paziente è fiducioso e predisposto a lasciarsi andare.

# Aspetti giuridici

Nell'ottenimento dello stato ipnotico in ambito clinico, non è presente alcuna forma d'influenza manipolativa dell'ipnotista sulla persona ipnotizzata. Ciò che si sviluppa nelle fasi di trance infatti, deriva esclusivamente dalle attività consapevoli e volontarie del soggetto ipnotico. Il ruolo dell'ipnotista risulta quindi essere esclusivamente quello di facilitatore nell'ottenimento dello stato d'ipnosi. È la persona a mantenere il controllo totale del proprio stato di coscienza e non l'ipnotista; è possibile infatti, in ogni momento, rifiutare ogni suggestione non gradita ed anche interrompere l'ipnosi. Senza il consenso della persona che deve essere ipnotizzata, quindi, non può essere effettuato nessun tipo d'induzione. Per questo, risulta implicito il consenso della persona (Erickson, 1982). E'da tenere ben presente, inoltre, quali siano i principi su cui si fonda l'ipnosi (non quella inscenata per il mondo dello spettacolo): massima considerazione per il benessere fisico e mentale di ogni persona; astensione da ogni abuso verbale, fisico o sessuale; utilizzo della trance strettamente entro i limiti della formazione competenza dell'ipnotista, operando in rispetto alle leggi dello Stato di appartenenza (The National Guild of Hypnotists, 1951). Per quanto riguarda invece la conoscenza (per il consenso informato), è d'obbligo informare la persona, in maniera veritiera, su che cos'è l'ipnosi, come si svolgerà la seduta e rassicurarla sul mantenimento totale della propria coscienza per eliminare ogni pregiudizio esistente. La pratica di utilizzare la comunicazione ipnotica con il paziente durante l'assistenza nelle procedure invasive diagnostico-terapeutiche rientra nelle competenze infermieristiche poiché si tratta di conoscere e applicare in modo consapevole la comunicazione, guidando il paziente ad una migliore compliance alla procedura, con il risultato di una riduzione dell'ansia e della percezione del dolore. Per l'utilizzo della comunicazione ipnotica in

ambito infermieristico, occorre il possesso di un attestato di "esperto in comunicazione ipnotica", che permette di utilizzare le competenze apprese nell'ambito della professione. L'esercizio e lo sviluppo della comunicazione ipnotica da parte degli infermieri rapresenterebbe un forte valore aggiunto ed uno strumento altamente qualificante nella relazione operatore-paziente (Mottern R, 2010), che tuttavia è spesso limitata dalla forte presenza di pregiudizi e stereoptipi errati rispetto a questa tecnica. La legge 251 del 2000 sancisce l'autonomia, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie e ridisegna le competenze entro i limiti definiti dai profili professionali e dai codici deontologici. Oltre ai riferimenti normativi, l'infermiere è tutelato nell'utilizzo della comunicazione ipnotica anche da diversi riferimenti di tipo etico, espressi nel Codice Deontologico del 13 Aprile 2019, in particolare "nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. [...] Il tempo di relazione è tempo di cura (art. 4); 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. 18). Grazie a questa legislazione è possibile l'applicazione della comunicazione ipnotica come intervento di cura e assistenza per migliorare la comunicazione con i pazienti, ridurre l'ansia e il dolore cronico e da procedura. Nella nostra professione d'aiuto occorre sempre essere presenti al fianco del paziente, ma il vero obiettivo è attivare le risorse dell'assistito sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile (Codice Deontologico dell'infermiere, 2019). L'associazione internazionale per lo studio del dolore definisce quest'ultimo come un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale reale o potenziale o descritta in termini di tale danno. Questa definizione sottolinea come la natura del dolore sia un'esperienza dipendente dall'affettività e non solo al danno. L'ipnosi svolge la sua azione sui recettori periferici, sul gate control lungo lo stimolo afferente, ha azione sulla rappresentazione mentale e sulla componente emotiva. Per ottenere un sollievo dal dolore con l'ipnosi non è necessario che le persone siano altamente ipnotizzabili o abbiano grandi capacità di esprimere tale stato ma è sufficiente dare le giuste suggestioni, affinché i pazienti possano ridurre la percezione del dolore. Le emozioni legate alle sofferenze influenzano la percezione del dolore e le risposte fisiologiche collegate. La suggestione di uno stato di benessere, di calma, di controllo e più in generale di uno stato di relax aumenta la soglia della percezione di dolore (Facco et al, 2011).

#### LA RICERCA

# Scopo della ricerca.

Scopo del presente studio è sondare le percezioni e le conoscenze degli infermieri rispetto al tema della comunicazione ipnotica, al fine di rilevare i principali gap conoscitivi e gli stereotipi più frequenti che limitano l'uso di questa tecnica all'interno della pratica assistenziale.

Obiettivo secondario della ricerca è valutare l'efficacia di un evento formativo sul tema della comunicazione ipnotica nel modificare i preconcetti e le lacune presenti nei professionisti, sia nel breve termine sia nel medio-lungo termine (2 anni).

Inoltre, si è inteso valutare come un evento formativo con lo scopo di sensibilizzare la comunità professionale sul tema dell'ipnosi sia in grado di innescare meccanismi proattivi rispetto alla comunicazione ipnotica, come ad esempio la capacità di percepirne l'efficacia potenziale durante la pratica clinica oppure stimolare l'interesse verso l'approfondimento teorico e pratico del tema.

#### Metodi.

La raccolta dei dati è avvenuta in occasione dell'evento formativo "La comunicazione ipnotica", aperto esclusivamente a personale infermieristico e organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ravenna in data 09 marzo 2019, previa autorizzazione del Consiglio Direttivo dell'Ordine e, a distanza di due anni, attraverso raccolta informatizzata (mail).

Lo strumento, anonimo e creato ad hoc, è stato progettato in formato pre-test (T0), post-test A (T1), post-test B (T2). Nel modulo *pre-test*, somministrato al tempo zero (T0), erano contenute, oltre alle variabili sociografiche (età, sesso, ambito lavorativo, anni di lavoro), otto domande sul tema della comunicazione ipnotica, con quesiti a risposta multipla, che miravano a valutare le conoscenze teoriche e due items che puntavano ad indagare la presenza di eventuali stereotipi e pregiudizi nei partecipanti; il modulo post-test A, somministrato subito dopo il corso (T1) conteneva le stesse otto domande teoriche del pretest ed una nuova domanda sulla dimensione delle percezioni; il modulo post-test B, somministrato dopo due anni dal corso (T2) conteneva anch'esso le stesse otto domande teoriche del pre-test e tre nuove domande sull'impatto che la conoscenza (anche solo divulgativa) di tali argomenti abbia influenzato la pratica clinica.

Il corso di formazione è stato tenuto da una personalità altamente qualificata sul tema, la Dott.ssa Milena Muro (Presidente dell'Associazione Scientifica Infermieri Esperti in Comunicazione Ipnotica). Le otto domande teoriche del pre-test e post-test sono state concordate con la docente del corso di formazione.

Il campione è di convenienza e composto da tutti gli infermieri che spontaneamente si sono iscritti al corso di formazione. Lo studio, prima della somministrazione, ha ricevuto parere favorevole unanime da parte del Comitato Bioetico dell'Università di Bologna (Prot.71554 del 29/3/2019). Lo strumento era totalmente anonimo e, prima della somministrazione, si è data lettura del consenso informato che è stato sottoscritto da tutti i partecipanti.

I dati raccolti sono stati inseriti in un database elettronico (foglio di calcolo) ed analizzati attraverso il software Excel.

I risultati della raccolta dati pre-test e post-test T1 sono stati divulgati su rivista indicizzata PubMed nel mese di luglio 2021, con la seguente bibliografia:

Carvello M, Lupo R, Muro M, Artioli G, Grilli G, Ogorzalek K, Rubbi I (2021) Nurse's knowledge and perceptions on communicative hypnosis: an observational study, Acta Biomed for Health Professions, Vol. 92, Supplement 2: e2021027

#### RISULTATI

# Caratteristiche del campione

I campioni da tenere in considerazione sono due: il campione 1, che nella stessa giornata ha effettuato il pre-test e post-test, ed il campione 2 (di minor ampiezza) che è composto dagli stessi soggetti reclutati a distanza di due anni attraverso indirizzo mail.

Il **campione 1** che ha aderito allo studio risulta composto esclusivamente da infermieri che volontariamente hanno partecipato all'evento formativo "La comunicazione ipnotica". Il campione 1 totale risulta composto da **78 infermieri** di cui 71 donne (91%) e 7 uomini (9%). L'età media dei partecipanti è di 46 anni (±10.5) con anni di esperienza media di 23 (±12.2). Altra variabile inserita nel test è l'ambito lavorativo in cui svolgono la loro professione; che si è suddiviso in 9 classi principali tra cui poter scegliere. Dai risultati si è quindi individuato che il 16.7% dei partecipanti (n. 13) lavora in contesti di degenza medica o chirurgica, l'8.9% in sala operatoria e lo stesso valore per l'ambito ambulatoriale. La maggior parte dei partecipanti (46.2%) non si è riconosciuta in nessuno degli ambiti proposti. Una parte minore di infermieri svolge la propria attività sul territorio (5.2%) o contesti quali emergenza, psichiatria e pediatria (3.8%) sono impegnati in questi reparti. Dai risultati emerge infine che una minima parte (2.6%) dei partecipanti lavora nelle terapie intensive. Le variabili sociografiche sono descritte nella (Tab.1). Nel grafico a torta si può visualizzare la suddivisione del campione nei diversi ambiti

		m	(sd)		
Età	1	46	(10.5)		
Anni di esperienza		23	(12.2)		
	Maschi		Femmine		
Sesso	n <i>(%)</i>		n <i>(%)</i>		
	7 (9.0)		71 (91.0)		
Ambito		n	(%)		
Degenze		13	16.7		
Sala Operatoria		7	8.9		
Emergenza		3	3.8		
Terapie intensive		2	2.6		
Territoriale		4	5.1		
Psichiatria		3	3.8		
Pediatria		3	3.8		
Ambulatoriale		7	8.9		
Altro	,	36	46.2		

Il **campione 2**, reclutato a distanza di due anni, risulta composto da 33 partecipanti, ovvero il 42.3% del campione 1. Il numero di persi al follow-up (n. 45, 57.7%) si deve alle seguenti motivazioni:

- n. 15 (33.3%) non avevano comunicato un indirizzo mail, oppure avevano comunicato un indirizzo mail errato o non più attivo;
- n. 30 (66.6) non hanno risposto alla mail a distanza di due anni.

# **Analisi T0-T1 (breve termine)**

Dall'analisi dei risultati relativi al settore delle conoscenze teoriche si evidenzia una forte discontinuità tra le risposte fornite dai partecipanti prima dell'evento formativo (pre-test) ed al termine dello stesso (post-test). Questa tendenza si osserva in modo piuttosto chiaro in quasi tutti gli 8 item del questionario, sebbene con qualche eccezione.

Per esempio nell'item 1, nel quale veniva sondata la conoscenza degli infermieri rispetto alla fisiologia dello stato ipnotico e, nello specifico, se sia da ricondurre ad uno stato di coscienza fisiologico (risposta corretta) o in qualche modo alterato, la variazione di conoscenze sembra essere realmente evidente: dal 40.3% di risposte corrette nel pre-test al 100% nel post-test (Grafico 1). In tale item, può essere rilevante tuttavia considerare anche l'andamento delle risposte errate all'interno del pre-test, dove oltre un infermiere su dieci (13%) riporta risposte fortemente distanti dalle evidenze: il 7.8% ha infatti identificato l'ipnosi come uno "stato di coscienza astrale", mentre il 5.2% come una condizione di sottomissione.

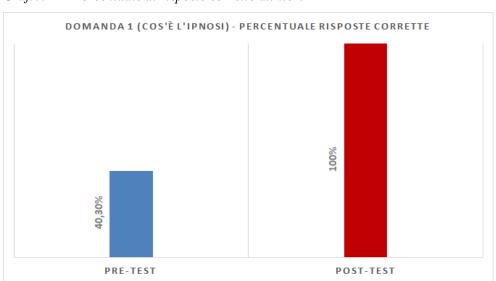


Grafico 1 – Percentuale di risposte corrette all'item 1

La variazione di risposte tra post-test e pre-test, che ha visto una radicale modifica delle conoscenze (95% - 100% di risposte corrette) non ha riguardato soltanto l'item 1, ma anche altre 4 risposte.

Quando si sono sondate le conoscenze relative alla percentuale di popolazione sensibile alla comunicazione ipnotica per scopi chirurgici (item 2) - percentuale che si attesta intorno al 20% - i risultati del post test hanno visto una percentuale di risposte corrette superiore del 36% e tale differenza risulta anche in questo caso essere statisticamente significativa.

Quando si è analizzata l'importanza della relazione tra paziente ed operatore esperto di comunicazione ipnotica (item 3) - relazione che non riguarda necessariamente ed esclusivamente il dialogo verbale, bensì il contatto su più livelli - già nel pre-test si evidenzia una corretta sensibilità da parte degli operatori sul tema, che infatti rispondono correttamente, già prima dell'evento formativo, nel 74% dei casi (Grafico 2).

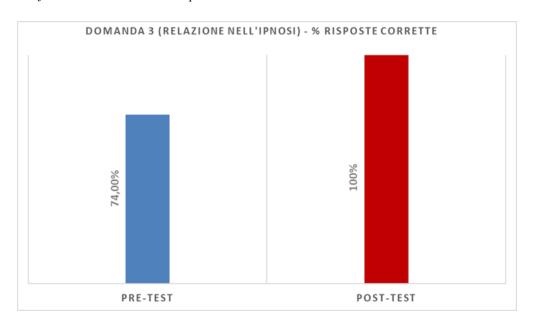


Grafico 2 – Percentuale di risposte corrette all'item 3

Nel momento in cui è stato chiesto ai partecipanti quale fosse, secondo loro, il tempo necessario per poter ottenere l'induzione allo stato d'ipnosi (item 4) solo il 6.5 % ha risposto correttamente in fase di pre-test; ossia che avviene in pochi minuti. Anche in questo caso si registra un importante cambiamento della risposta nel post test, che ottiene il 67.1% di risposte corrette.

Alcune conoscenze adeguate, anche soltanto in termini di intuizione, sembrano essere presenti negli infermieri già prima dell'evento formativo. Infatti, il successivo quesito (item 5) riguardava chi nella popolazione – tra bambini, anziani, persone con basso QI o giovani adulti - fosse più facilmente sensibile a condizionamenti di natura ipnotica. In questo caso, già nel pre-test si rileva un adeguato livello di conoscenze dei partecipanti, che hanno risposto correttamente (giovani adulti) nel 84.9% dei casi.

Un'altra conoscenza esaminata nel questionario (item 6) riguardava quali fossero i segnali oggettivi di trance ipnotica tra varie scelte ad eccezione di una, ossia tachipnea: tale risposta corretta è stata data in fase preliminare solo 17 partecipanti su 74. In seguito alla lezione informativa invece, più del 70% ha risposto correttamente (Graf. 3)

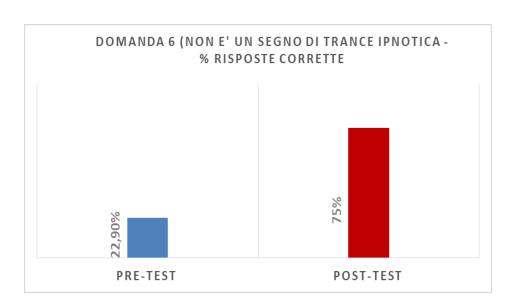


Grafico 3 – Percentuale di risposte corrette all'item 6

Nel Item 7 si è domandato ai partecipanti la percentuale di soggetti capaci di tutte le abilità ipnotiche (rilassamento, analgesia, etc) che, secondo la letteratura e le evidenze sperimentali, risultano essere circa il 20%. Questa alternativa è stata selezionata dal 36.4% nel pre-test mentre nel post-test dalla quasi totalità degli infermieri (97.5%).

L'ultimo Item mirava a sondare le conoscenze dei professionisti relativamente alle questioni normative e giuridiche che regolano l'utilizzo della comunicazione ipnotica in ambito sanitario. Nello specifico, si è richiesto quali professionisti fossero abilitati all'utilizzo di tali tecniche per finalità cliniche (ossia solo i professionisti sanitari che abbiamo svolto

adeguata formazione). In tal caso si è evidenziata una discreta capacità di valutazione già nel pre-test, a cui hanno risposto correttamente l'84% dei discenti. In seguito alla lezione la domanda ha ricevuto il 100% di risposta esatta.

Nel seguente grafico a dispersione (Graf. 4) si può osservare in modo globale l'intera sezione relativa alle conoscenze. Tale grafico mette chiaramente in evidenza l'importante modifica di risposta tra pre-test (in blu) e post-test (in rosso). Infatti più la risposta corretta è stata scelta dai partecipanti e maggiore risulta la vicinanza con l'esterno. Da questo grafico si può comprendere l'importante funzione che ha ricoperto la lezione formativa.

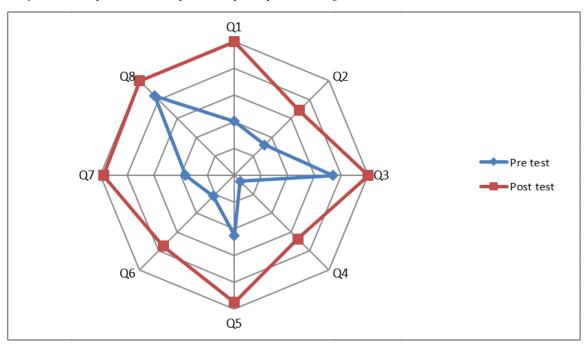


Grafico 4 – Dispersione di risposte tra pre e post test negli 8 item

Nella Tabella 2 si può visualizzare la significatività statistica degli otto items relativi alla sessione delle conoscenze. Come evidente dai risultati, l'intervento formativo si è dimostrato efficace nella totalità dei campi esplorati, modificando in modo statisticamente significativo – anche se tale valutazione è relativa esclusivamente al breve termine – le conoscenze dei partecipanti.

Tabella 2. Analisi delle conoscenze

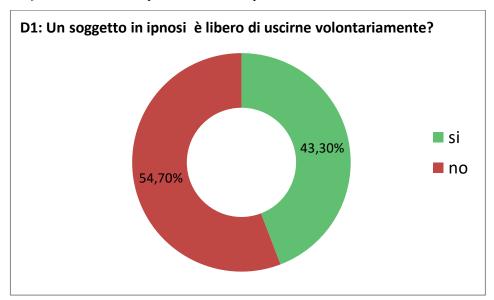
			Pre test		Post Test	
		n = R75-78		n	P 	
		n	%	n	%	
Q1	Errata	46	59.7	0	0.0	<,0001
Q1	Giusta	31	40.3	80	100.0	١,٥٥٥ ١
02	Errata	51	68.0	25	31.3	<,0001
Q2	Giusta	24	32.0	55	68.8	<,0001
02	Errata	20	26.0	0	0.0	0004
Q3	Giusta	57	74.0	80	100.0	<,0001
Q4	Errata	72	93.5	26	32.9	<,0001
	Giusta	5	6.5	53	67.7	
05	Errata	43	55.1	4	5.0	. 0001
Q5	Giusta	35	44.9	76	95.0	<,0001
Q6	Errata	57	77.0	20	25.0	.0004
	Giusta	17	23.0	60	75.0	<,0001
07	Errata	49	63.6	2	2.5	.0004
Q7	Giusta	28	36.4	78	97.5	<,0001
Q8	Errata	12	16.0	0	0.0	0001
	Giusta	63	84.0%	80	100.0	<,0001

# 3.3 Analisi delle percezioni

Per l'analisi delle percezioni sono state somministrate tre domande suddivise tra pre-test e post-test: due nel primo e una nel secondo.

Come primo quesito è stato chiesto ai partecipanti quale fosse la loro opinione riguardo la capacità di un soggetto sotto ipnosi di uscirne o meno volontariamente. Come si può visualizzare dal grafico sottostante (Graf. 5), Più della metà degli infermieri ha risposto negativamente sbagliando in quanto un soggetto in ipnosi è in grado, in qualunque momento egli voglia, di uscire dallo stato ipnotico. La risposta corretta è stata data dal 43.3%.

Grafico 5 -Domanda 1 per l'analisi delle percezioni



Un dato ricavato da questa domanda è stata la differenza di risposta in relazione all'età dei partecipanti. Infatti la risposta No è stata data per la maggior parte da persone con età < 40 anni mentre i soggetti con età superiore a 50 hanno risposto correttamente Si.

La successiva domanda chiedeva ai partecipanti di assegnare un punteggio da 0 a 10 su quanto l'ipnosi fosse per loro una manipolazione. Come si può vedere dal grafico, gran parte dei partecipanti - 20% - ha conferito un punteggio medio tra 0 e 10; il 10% circa valuta l'ipnosi una non manipolazione dando punteggio 0 mentre 8 partecipanti considerano l'ipnosi una manipolazione (Graf. 6).

Grafico 6 - Domanda 2 per l'analisi delle percezioni

Da 0 a 10 quanto l'ipnosi è una manipolazione?

La domanda nel post- test che esaminava le percezioni degli infermieri ricercava le cause principali alla base del poco utilizzo della comunicazione ipnotica nella pratica infermieristica. Agli infermieri sono state date sette alternative da scegliere con un massimo di 3 risposte. La presenza di stereotipi e pregiudizi è stata condivisa dalla maggioranza (82.5%) come la causa principale secondo la quale questa tecnica non viene utilizzata dagli infermieri. Questo dato risulta particolarmente interessante soprattutto dal momento in cui viene raccolto dopo l'evento formativo: sembra infatti che la presenza di stereotipi e pregiudizi abbia un peso maggiore rispetto alla carenza oggettiva di conoscenze tecniche. Infatti è proprio la mancanza di formazione continua ad occupare il secondo posto e che, secondo i partecipanti, non permette l'instaurarsi strutturato della comunicazione ipnotica nell'assistenza infermieristica. Inoltre, una insufficiente formazione universitaria è stata identificata come un altro possibile motivo: dopo l'evento, quasi il 40% degli infermieri riconosce un gap proprio a livello della formazione base. Gli operatori sembrano inoltre aver compreso che la procedura non sia di per sé complessa o riservata a scarsi campi di applicazione, tanto che tali opzioni sono state indicate da un numero non rilevante di partecipanti. Di seguito nel grafico (Graf. 7) si possono osservare le possibili cause con la relativa percentuale di scelta da parte dei professionisti sanitari.

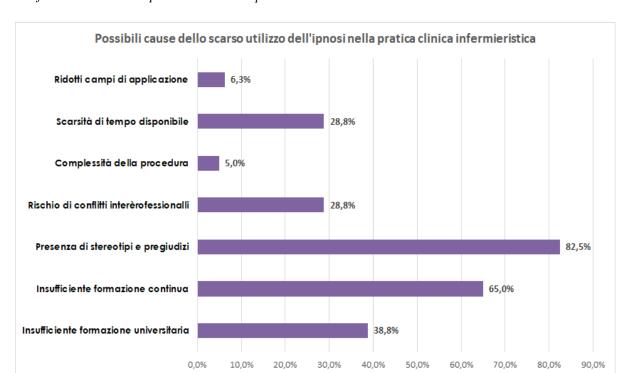


Grafico 7- Domanda 3 per l'analisi delle percezioni

#### **Analisi T0-T1-T2 (lungo termine)**

L'analisi dei risultati raccolti a distanza di due anni sembra mettere in luce, in modo piuttosto evidente, alcuni aspetti importanti.

Le conoscenze acquisite durante il corso, a due anni di distanza (T2), sembrano essere ritornate sostanzialmente al punto di partenza (T0). Rispetto a questo, si consideri tuttavia che l'evento formativo aveva un taglio prettamente divulgativo (durata: 4 ore) e non orientato agli aspetti tecnici della comunicazione ipnotica. Al T2, sebbene le conoscenze risultino in media del 6,6% maggiori rispetto al momento iniziale (T0), sembra essersi disperso circa il 40% (38,8%) delle conoscenze acquisite rispetto all'immediato momento post formativo (T1) (Graf. 8)

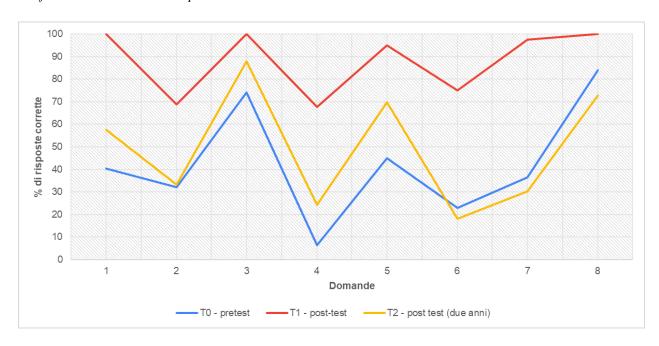


Grafico 8 – Percentuali di risposte corrette: T0-T1-T2

Come evidente dal grafico, a distanza di due anni le conoscenze di tipo teorico sembrano tornare ad allinearsi con quelle iniziali.

Per quanto concerne invece gli elementi più correlati agli stereotipi o pregiudizi (ad esempio, la manipolazione forzata dell'ipnotista sul soggetto o ancora la capacità della persona di uscire autonomamente e liberamente dalla condizione ipnotica) i dati sembrano dimostrare al contrario che l'informazione ricevuta sia rimasta maggiormente impressa negli infermieri. Una ipotesi alla base di questa differenza è che una informazione che è stata in grado di sovvertire un preconcetto radicato abbia avuto un impatto più importante in termini di conservazione mnemonica del dato.

Grafico 9 – Analisi delle percezioni T0-T1 (I)

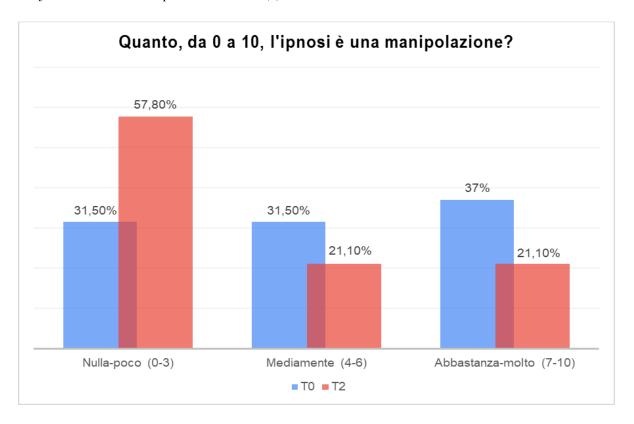
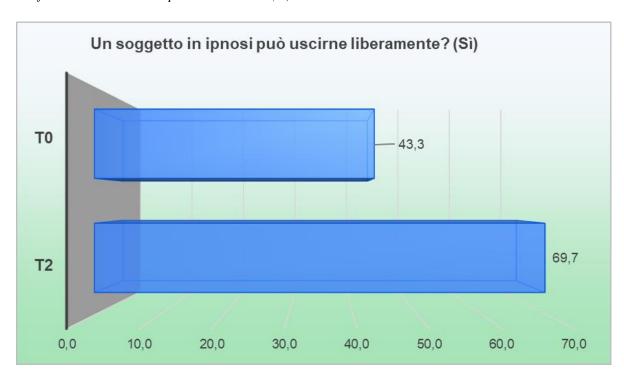


Grafico 10 – Analisi delle percezioni T0-T1 (II)



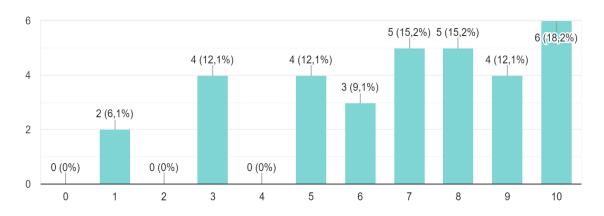
Altro elemento molto rilevante è rappresentato dalla capacità dell'evento divulgativo di generare nei partecipanti stimoli e suggestioni cliniche che sembrano perdurare nel tempo e radicarsi in profondità negli operatori sanitari.

Infatti, nonostante come evidenziato dal Grafico 8 le conoscenze di tipo strettamente teorico tendano a riallinearsi ai valori iniziali, gli infermieri hanno iniziato – a partire proprio dal corso – a percepire in modo chiaro la *potenzialità* della comunicazione ipnotica all'interno della pratica clinica quotidiana.

Infatti, alla domanda (presente solo nel post-test T2) "Da 0 a 10, dopo il corso del 2019, quanto ha percepito durante la pratica clinica situazioni che si sarebbero potute gestire con la comunicazione ipnotica?", sei operatori su dieci (60,7%) hanno dichiarato valori corrispondenti a molto-moltissimo (7-10) (Graf. 11). I dati sembrano affermare con una certa chiarezza che, sebbene diversi elementi concettuali siano sfumati, negli infermieri sia rimasta ben impressa l'ampia applicabilità della tecnica ipnotica nell'agire professionale quotidiano.

# Grafico 11 – Risposte su percezioni cliniche, T2

Da 0 a 10, dopo il corso del 2019, quanto ha percepito durante la pratica clinica situazioni che si sarebbero potute gestire con la comunicazione ipno...es. dolore, agitazione, ansia da procedura, etc)? <sup>33 risposte</sup>



Si è inteso infine sondare - sempre a distanza di due anni - se l'evento formativo abbia in qualche misura generato o influenzato il desiderio degli operatori di approfondire ulteriormente il tema della comunicazione ipnotica, anche in questo caso con risultati piuttosto positivi. Il 21,1% dei partecipanti, dopo il corso ha intrapreso una formazione

avanzata, mentre quasi il 60% (57.6) ha dichiarato che sarebbe intenzionata a farlo (Graf. 12). Inoltre, più di 8 partecipanti su dieci (81.8) ha affermato che frequenterebbe oggi un corso più approfondito (Graf. 13).

Grafico 12

Dopo il corso del 2019, ha mai valutato di approfondire la comunicazione ipnotica?

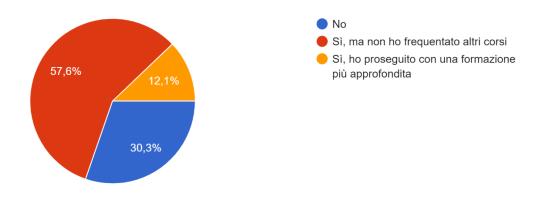
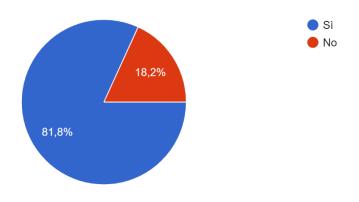


Grafico 13

Frequenterebbe oggi, nella sua Provincia/Regione, un corso più approfondito sulla comunicazione ipnotica in ambito clinico?

33 risposte



### **CONCLUSIONI**

La comunicazione ipnotica rappresenta una forma di intensa relazione tra assistito e operatore, basata sulla creazione di un rapporto di fiducia, rispetto ed empatia.

"la pratica di utilizzare la comunicazione ipnotica rientra nelle competenze infermieristiche poiché si tratta di conoscere e applicare in modo consapevole la comunicazione; guidando il paziente ad una migliore compliance alla procedura con il risultato di una riduzione dell'ansia e della percezione di dolore." (Muro, 2009)

"Il tempo di relazione è tempo di cura" afferma il recente Codice Deontologico dell'Infermiere (2019) e la comunicazione ipnotica può, in questo senso, rispondere pienamente a questo mandato; trattandosi di una reale e concreta relazione comunicativa di aiuto, volta a ad ottimizzare il potenziale della persona, questa tecnica consente infatti all'infermiere di "prendere per mano" la persona assistita e sostenerla nell'affrontare alcune delle sfide più complesse della malattia: il dolore, la paura ed il senso di impotenza.

Le conoscenze iniziali dei professionisti che hanno partecipato allo studio, sembrano tuttavia trattenere l'implementazione di tale tecnica in quanto fortemente influenzate dalle forme di spettacolarizzazione della pratica dell'ipnosi, che nulla hanno a che fare con la prospettiva clinica di questo approccio. Il fatto che 6 infermieri su 10 considerino l'ipnosi come uno stato di coscienza "alterato" o addirittura "astrale", che ritengano impossibile per l'assistito uscire volontariamente dalla relazione ipnotica o che la ritengano, nella maggior parte dei casi, una forma di manipolazione, sembra supportare pienamente questa ipotesi. Resta infatti assodato che, diversamente da quanto generalmente ritenuto, è sempre la persona a mantenere il controllo totale del proprio stato di coscienza e non l'ipnotista ed è possibile in ogni momento interrompere l'ipnosi. Come ben espresso da Milton Erickson, (1982) nell'ottenimento dello stato ipnotico non è presente alcuna forma di influenza manipolativa da parte dell'ipnotista, ma ciò deriva esclusivamente dalle attività consapevoli e volontarie dell'assistito.

Perciò, considerato il forte supporto, in termini di letteratura biomedica, che riguarda la comunicazione ipnotica in ambito clinico nonché i benefici emergenti dalle esperienze di implementazione (riduzione di effetti collaterali, riduzione di tempi e costi correlati alla degenza), occorre certamente riflettere sulle strategie più idonee per superare tale pregiudizi ed introdurre tale tecnica nei setting assistenziali.

L'analisi delle possibili cause alla base di un utilizzo ridotto della comunicazione ipnotica all'interno della pratica clinica, apre a numerosi spunti di riflessione. Il fatto che oltre 8 infermieri su 10 (82.5%) dichiari che l'ostacolo principale sia da ricercarsi nella presenza di stereotipi conferma quanto fin qui sostenuto e riflette un discreto livello di consapevolezza ed auto-analisi dei partecipanti. Ciò è probabilmente indotto dall'evento formativo stesso che, oltre ad aver ampliato il grado di conoscenze, è stato in grado di influenzare anche le percezioni.

Altro fattore determinante sembra essere da ricercare, sulla base delle risposte del campione, nella formazione ricevuta. Molto semplicemente, gli infermieri dichiarano che non possono mettere in pratica ciò che non conoscono sotto il profilo teorico e che non hanno mai potuto mettere in pratica in termini di esperienze. Si evidenzia perciò un vero e proprio "vuoto" di competenze, la cui origine – sempre secondo gli infermieri partecipanti – è da ricercare tanto nella formazione continua (65.0%) quanto nella formazione universitaria di base (38.8%).

Per rispondere a tale stimolo e proprio in considerazione di questi dati, si segnala che sono già stati attivati presso il Corso di Laurea in Infermieristica progetti di implementazione della comunicazione ipnotica all'interno dei programmi di studio e attività formative specifiche nel territorio della Provincia di Ravenna. Minore, ma comunque non trascurabile, è la percentuale di coloro che temono la possibile presenza di conflitti interprofessionali (28.8%), manifestando perciò perplessità sull'effettivo livello di autonomia, per l'infermiere, nell'utilizzo di questa tecnica. Questo risultato suggerisce che la strategia migliore per una corretta *knowledge translation*, ovvero per un reale trasferimento di queste evidenze all'interno della pratica, deve necessariamente passare da una formazione e da un coinvolgimento non mirati esclusivamente ad un profilo professionale, ma orientati allo sviluppo di competenze di una intera equipe lavorativa.

Ancora, la stessa percentuale di partecipanti (28.8%) ravvisa delle criticità nella possibile mancanza di tempo. Occorre riflettere su questo dato, dal momento che l'induzione ipnotica richiede dai 3 ai 5 minuti per essere eseguita: tale elemento andrebbe perciò rinforzato nelle percezioni degli operatori.

L'analisi dei dati a due anni di distanza ha consentito di formalizzare ulteriormente un elemento del quale si ha già una certa contezza: le informazioni correlate ad una riformulazione di un pregiudizio – e quindi contaminate da una reazione emotiva più intensa – tendono a fissarsi molto più intensamente negli operatori e, di conseguenza, a disperdersi meno rispetto ad informazioni strettamente teoriche e conoscitive.

E questa potrebbe certamente rappresentare una direzione funzionale per introdurre la comunicazione ipnotica in un contesto che ne ignora i benefici e le potenzialità: *generare* cultura, chiarezza e consapevolezza sul tema, al fine di dissolvere la foschia di incertezza legata ai radicati pregiudizi e diffidenze in materia di ipnosi. Tale operazione non può che coinvolgere il sistema a tutti i livelli: dai professionisti stessi, alle Direzioni Sanitarie ai cittadini/pazienti.

Bypassare una progettualità attenta, programmata e strutturata, che preveda il superamento delle resistenze attraverso informazione, formazione e sperimentazione (il tutto in tempi definiti e monitorati) sarebbe come cercare di indurre e guidare un persona attraverso l'ipnosi senza aver prima investito in un contratto, nella creazione del rapporto di fiducia e nella riduzione della componente critica.: chiunque conosca o pratichi l'ipnosi in ambito clinico sa bene che una tale impresa è certamente destinata a fallire, dal momento che la fiducia precede – sempre – la guida.

# **BIBLIOGRAFIA**

Abrahamsen, R., Dietz, M., Lodahl, S., Roepstorff, R., Zachariae, R., Ostergaard, L., & Svensson, P. (2010). Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with temporomandibular disorder pain. Pain,151(3), 825-833.

Barbero U, Ferraris F, Muro M, Budano C, Anselmino M, Gaita F (2018), Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias, J. Cardiovasc. Med. (Hagerstown) 19(1):18–21

Burrai F (2013). Infermieristica Olistica, Gruppo Editoriale l'Espresso: Roma.

Arone di Bertolino, R. (1988). Lo stato mentale di Ipnosi. Rivista della Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi (S.M.I.P.I.) n°1

Ashton, R., Whitworth, G., Seldomridge, A., Shapiro, P., Michler, R. Smith, C., Rose, E., & Fisher, S. (1995). The effects of self-hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: preliminary results of a prospective, randomized trial. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 1(3), 285-290.

Barabasz A, Perez N (2007). Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. The international journal of clinical and experimental hypnosis. (55)3, 372-9

Beebe, K. (2014). Hypnotherapy for labor and birth. Nursing for Womens Health, 18(1), 50-59.

Belletti, M. (2007). L'ipnosi nelle cure palliative. Articolo pubblicato nella Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, settembre 2007

Berger, M., Davadant, M., Marin, C., Wassarfallen, J., Pinget, C., Maravic, P., Kock, N., Raffoul, W., &

Brugnoli, M.P (2006). Nonpharmacological and noninvasive management in pain: physical and psychological modalities. Editrice La Grafica

Casiglia, E., Rossi A.M. (2006). Ipnosi sperimentale e clinica. Bassano del Grappa: Artistica Bassano.

Casiglia E., Schiavon L., Tikhonoff, V., Haxhi-Nasto, H., Azzi, M., Rempelou, P., Giacomello, M., Bolzon, M., Bascelli, A., Scarpa, R., Lapenta, A., & Rossi, A. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. American Journal of Clinical Hypnosis, 49(4), 256-266.

Castel, A., Perez, M., Sala, J., Patrol, A., & Rull, M. (2006). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison. European Journal Pain, 11(4), 463-468.

Conlong, P., & Rees, W. (1999). The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. Postgraduate Medicine, 75(822), 223-236.

Cuellar, N. (2005). Hypnosis for pain management in the older adult. Pain Management Nursing, 6(9), 105-111.

Cyna, A., Tomkins, D., Maddock, T., & Barker, D. (2007). Brief hypnosis for severe needle phobia using switch-wire imagery in a 5-year old. Pedriatic Anesthesia, 17(8), 800-804.

Deng, G., & Cassileth, B. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. Journal Clinical Cancer, 55(2) 109-116

Disbrow, E., Bennet, H., & Owings, J. (1993). Effect of preoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility. The Western Journal of Medicine, 158(5), 488-492.

Duhamel, K., Redd, W., & Vickberg S. (1999). Behavioral interventions in the diagnostic treatment and rehabilitation of children with cancer. Acta oncologica, 38(6), 719735.

Dumont L., Martin C., Broer I., (2012) Functional neuroimaging studies of hypnosis and meditation: a comparative perspective. J Mind Body Regul 1:58-70.

Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. (2015) Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. The American journal of clinical hypnosis, 57(4), 378-85.

Elkins GR, Fisher W, Johnson AJ, Sliwinski J. (2012) Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. Oncology (NY), (8), 26-30.

Elkins, G., Jersen, M., & Patterson, D. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55(3), 275-287.

Erickson, M. H. (1982). Opere. Roma: Astrolabio-Ubaldini.

Erickson, M., & Rossi, E. (1985). L'esperienza dell'ipnosi. Approcci terapeutici agli stati alterati. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Erssfr, S., Cowdell, F., Latter, S., Gandiner, E., Flohr, C., Thompson, A. Jackson, K., Farasat, H., Ware, F., & Drury, A. (2014). Psychological and educational intervention of atopic eczema in children: review. The Cochrane Collaboration, 18(3).

Facco E, Bacci C, Zanette G (2021) Hypnosis as sole anesthesia for oral surgery: The egg of Columbus, J Am Dent Assoc. 2021 Jul 28;S0002-8177(21)00248-8.

Facco, E., Pasquali, S., Zanette, G., & Casiglia, E. (2013). Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. Anaesthesia, 68(9), 961-965.

Facco, E. et al. (2011). Effects of Hypnotic Focused Analgesia on Dental Pain Threshold. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 59:4, 454-468

Faymonville, M., Boly, M., & Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. Journal of Physiogy Paris, 99(4), 463-469.

Faymonville, M., Defechereux, T., Degueldre, C., Fumal, I., Joris, J., & Hamoir, E. (2000). L'hypnosedation un nouveau mode d'anesthesie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisee. Annales de Chirurgie, 125(6), 539-546.

Faymonville, M., Roediger, L., Del Fiore, G., Delgueldre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., & Maquet, P. (2003). Increased cerebral funcional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. Cognitive Brain Research, 17(2), 255-262.

Faymonville, M., Vanhaudenhuyse, A., Boly, M., Balteau, E., Schnakers, C., Moonen, G., Luxen, A., Lamy, M., Degueldre, C., Brichant, J., Maquet, & P., & Laureys, S. (2009). Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG eventrelated fMRI study. NeuroImage, 47(3), 1047-54.

Flory, N., Lang, E., & Martinez Salzar, G. (2007). Hypnosis for acute distress management during medical procedures. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55(3), 303-317

Gamst-Jensen, H., Vedel, P., Lindberg-Larsen, V., & Egerod, I. (2014). Acute pain management in burn patients: appraisal and thematic analysis of four clinical guidelines. Burns, 40(8), 1463-1469.

Gava, N. et al. (2012). Accompagnare. Ipnosi e malattia terminale. Sublivion Edizioni

Ghoneim, M., Block, R., Sarasin, D., Davis, C., & Marchman, J. (2000). Tape-recorded hypnosis instructions as adjuvant in the care of patient scheduled for third molar surgery. Anesthesia & Analgesia, 90(1), 64-68.

Granone, F. (1989). Trattato d'ipnosi. Torino: UTET.

Hogan, M.A. (2004). The Nursing Profession. In S. Epstein, L. Stagg & R.L. Brinks (Eds.), Fundamentals of Nursing: Caring and Clinical Judgment 2nd Ed. St. Louis: Elsevier. Pag. 1-14

Jambrik, Z., Sebastiani, L., Picano, E., Santarcangelo, E., & Ghelarducci, B. (2005). Hypnotic modulation of flow-mediated endothelial response to mental stress. International Journal of Psychophysiology, 55(2), 221-227.

Jensen M.P, Joseph Barber, Joan M. Romano, Marisol A. Hanley, Katherine A. Raichle, Ivan R. Molton, Joyce M. Engel, Travis L. Osborne, Brenda L. Stoelb, Diana D. Cardenas, and David R. Patterson (2009). Effects of self-Hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. International Journal of Clinical Hypnosis, 57, 239-268.

Jones, H., Cooper, P., Miller, V., Brooks, N., & Whorwell, P. (2015). Treatment of noncardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. Neurogastroenterology, 55(10), 1403-1408.

Jormfeldt H (2014), "Perspectives on health and well-being in nursing", International journal of qualitative studies on health and well-being. Vol. 9, n° 10, pag. 3402.

Kirsh, K., Thornberry, T., Schaeffer, J., Wright, P., & Haley, M. (2007). An exploration of the utility of hypnosis in pain management among rural pain patients. Palliative and Supportive Care, 5(2), 147-152.

Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. (2000) Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. Am J Psychiatry;157:1279–84.

Kravits K. (2013) Hypnosis: Adjunct Therapy for Cancer Pain Management. Journal of the advanced practitioner in oncology, 4(2), 83-8

Kuppenheimer, W., & Brown, R. (2002). Painful procedures in pediatric cancer. Clinical Psychology Review, 22(5), 753-786.

Kwekkeboom, K., Cherwin, C., Lee, J., & Wanta, B. (2010). Mind-body treatments painfatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 39(1), 126-138.

Lang, E., & Rosen, M. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. Radiology 222(2), 375-382.

Lang, E., Benetosch, E., Lutgendorf, S., Fick, L., & Watson, D. (2000). Rapid anxiety assessment in medical patients: evidence for the validity of verbal anxiety ratings. Annals of Behavioral Medicine, 22(3), 199-203.

Lang, E., Berbaum, K., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M., Laser, E., & Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. Pain,126(4), 155-164.

Lang, E., Berbaum, K., Pauker, S., Faintuch, S., Salaza, G., Lutgendorf, S., Laser, E., Logan, H., & Spiegel, D. (2008). Beneficial Effects of Hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: When being nice does not suffice. Journal Vascolar Intervention Radiology, 19(6), 897-905.

Lang, E., Tan, G., Amihai, I., & Jensen, M. (2014). Analyzing acute procedural pain in clinical trials. Pain, 155(6), 1365-1373.

Lang, E., Ward, C., & Laser, E. (2010). Effect of team training on patients ability to complete MRI examinations. Academic Radiology, 17(1), 18-23.

Lapenta, A. M. (1986). L'ipnosi nella terapia psichiatrica. Rassegna di Ipnosi e Psicoterapie, 13.3

Lebovits, A., Twersky, K., & McEwan, B. (1999). Intraoperative therapeutic suggestion in day-case surgery: are benefits for postoperative outcome? British Journal of Anesthesia, 82(6), 861-866.

Liossi, C. & White, P. (2001). Efficacy of Clinical Hypnosis in the Enhancement of Quality of Life of Terminally III Cancer Patients. Contemporary Hypnosis, 18(3), 145-160.

Liossi, C., White, P., & Hatira, P. (2009). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients. Pain 142(3), 255-263.

Lipari S, Baglio F, Griffanti L (2012) Altered and asymmetric default mode network activity in a "hypnotic virtuoso": an fMRI and EEG study; 21:393–400.

Mackenzie, A., & Frawley, P., (2007). Preopeative hypnotherapy in the management of a child with anticipatory nausea and vomiting. Anesthesia and Intensive Care, 35(5), 784-787.

Mackey, E. (2010). Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction; a randomized, blind, controlled study. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58(1), 21-38

Meurisse, M., Hamoir, E., Defechereux, T., Gollogly, L., Derry, O., Postal, A., Joris, J., & Faymonville, M. (1999). Bilateral neck exploration under hypnosedation. Annals of Surgery, 229(3), 401-408.

Montgomery, G., Bovbjerg, D., Schnur, J., David, D., Goldfarb, D., Weltz, C., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D., & Silverstain, J. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. Journal of the National Cancer Institute, 99(17), 1304-1311.

Montgomery, G., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. Anesthesia and Analgesia, 96(6), 1639-1645.

Montgomery, G., Elkins, G., White, J., Patel, P., Marcus, J., & Perfect, M. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: case studies and possible benefits. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 54(4), 416-431.

Montgomery, G., Sohl, S., Stossel, L., Schnur, J., Tatrow, K., & Gherman, A. (2010). Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. American Journal of Clinical Hypnosis, 53(2), 89-96.

Montgomery, G., Weltz, C., Seltz, M., & Bovbjerg, D. (2000). Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 50(1), 17-32.

Mottern R (2010) Using hypnosis as adjunct care in mental health nursing. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 48(10):41-4.

Nash, M. (2004). Salient findings: pivotal rewiew and research on hypnosis, soma and cognition. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 52(1), 8288.

Nèron, S., & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients trajectory: emesis, acute pain and analgesia and anxiolysis in procedures. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55(3), 336-35.

Novoa, R., & Hammond, T. (2008). Clinical hypnosis for reduction of atrial fibrillation after coronary bypass graft surgery. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 75 (supple 2), 44-47.

Nusbaum, F., Redoutè, J., Le Bars, D., Volckmann, P., Simon, F., Gaucher, J., Hannaun, S., Ribes, G., Laurent, B., & Sappey-marinier, D. (2011). Chronic low-back pain modulation is enhanced by hypnotic analgesic suggestion by recruiting an emotional network: a PET imaging study. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 59(1), 27-44.

Patterson, D., & Jensen, M. (2003). Hypnosis and clinical pain. Psychological Bulletin, 129(4), 496-521.

Patterson, D., Everett, J., Burns, G., & Marvin, J. (1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 60(5), 713-717.

Pavis S, Masters H, Burley SC. (1996), Lay concepts of positive mental health and how it can be maintained. *Edinburgh: University of Edinburgh*.

Perussia, F. (2011). Manuale di ipnosi. Milano: Unicopli.

Provençal SC, Bond S, Rizkallah E, El-Baalbaki G. (2018) Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis, journal of the International Society for Burn Injuries 44(8):1870-1881

Rainville, P. et al. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. Journal of Cognitive Neuroscience, 11, 110-125

Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Dunca GH, Price DD. (2002) Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. J Cogn Neurosci;114:887–901.

Restif, A., (2010). L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux.. Soins Pediatrie Puericulture, 31(254), 37-39.

Rutten, J., Korterink, J., Venmans, L., Benninga, M., & Tabbers, M. (2015). Nonpharmacologic treatment of functional abdominal pain disorders: a systematic review. Pediatrics, 135(3), 522-535.

Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S., & Kain, Z. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. Anesthesia & Analgesia, 102(5), 1394-96.

Santarcangelo, E., Jambrik, Z., Rudisch, T., Varga, A., Foster, T., & Carli, G. (2005). Modulation of pain-induced endothelial dysfunction by hypnotizability. Pain, 116(3), 181-186.

Scaglione M, Battaglia A, Di Donna P, Peyracchia M, Bolzan B, Mazzucchi P, Muro M, Caponi D. (2019) Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. Int J Cardiol Heart Vasc. Jul 27;24:100405

Scaglione M, Battaglia A, Lamanna A, Cerrato N, Di Donna P, Bertagnin E, Muro M, Caruzzo CA, Gagliardi M, Caponi D. (2021) Adjunctive hypnotic communication for analgosedation in subcutaneous implantable cardioverter defibrillator implantation. A prospective single center pilot study, Int J Cardiol Heart Vasc, Jul 13;35:100839

Schulz-Strubner, S., Krings, T., Meister, I., Rex, S., Thron, A., & Rossaint, R. (2004). Clinical hypnosis modulates functional magnetic resonance imaging signal intensities and pain perception in a thermal stimulation paradigm. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 29(6), 549-556.

Shenefelt, P. (2005). Complementary pyschocutaneous therapies in dermatology. Dermatologic Clinics, 23(4), 723-734.

Shone, R. (1994). La tecnica dell'autoipnosi, Astrolabio.

Siani, A. (2004). L'autoipnosi. Pavia: Selecta Medica

Spiegel, D. (2006). Wedding hypnosis to the radiology suite. Pain, 126(1) 3-4.

Spiegel, D., Butler, L., Symons, B., Henderson, L., & Shortliffe, L. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedural for children. Pediatrics, 115(1), 77-85.

Stewart, J. (2005). Hypnosis in contemporary medicine. Majo Clinic Proceedings, 80(4), 511-524.

Stinson, J., Yamada, J., Dickson A., Lamba, J., & Stevens, B. (2008). Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. Pain Res. Manage, 13(1), 51-57.

Tirone, G. (1983). Ipnosi: Un potenziale dell'uomo. Torino: Centro scientifico Torinese.

Uman, L., Chambers, C., McGrath, P., & Kisely, S. (2008). Systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needlerelated procedural pain and distress

in children and adolescent: an abbreviated Cochrane Review. Psychological Interventions for Needle Pain, 33(8), 842-855.

Vadrot G. Revue de l'infirmière 2014 Dec;(206):31. Practice of hypnosis in the nurse care.

Vickers A, Zollman C, Payne D (2001) Clinical assistant psychologist Hypnosis and relaxation therapies. The Western journal of medicine, 2001 Oct; 175(4): 269–272.

Wernick, R., Jeremko, M., & Taylor, P. (1981). Pain management in severely burned adults: a test of stress inoculation. Journal of Behavioral Medicine, 4(1), 103-109.

Wild, M., & Colin, A. (2004). The efficacy of hypnosis n the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology: a systematic review. Journal Developmental and Behavioral Pediatrics, 25(3), 207-213.

Wobst, A. (2007). Hypnosis and surgery: past, present and future. Anesthesia & Analgesia, 104(5), 1099-1208.

Woody, E. Z., Barnier, A. J. (2008). Hypnosis scales for the twenty-first century: What do we need and how should we use them?. The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research, and practice, 255–281.

Wright, R., & Drummond, P. D. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. Burns, 26(3), 257-282

Wagstaff, G., Cole, J., & Brunas-Wagstaff, J. (2008). Measuring hypnotizability: the case for self-report depth scales and normative data for the long Stanford Scale. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 56(2), 119-142.