

Torino, il 26 Settembre 2009

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

C.I.I.C.S.

(Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale)

Relazione finale

**“UTILIZZO DELLA COMUNIZIONE
IPNOTICA IN SITUAZIONI DI
EMERGENZA URGENZA”**

RELATORE

Dott. Giuseppe Regaldo

Inf. Monica Codognotto

*Dite alla mente, più volte,
quello che volete che essa faccia,
lusingatela, stimolatela, datele ordini,
ed essa obbedirà.*

(William W. Atkinson)

Il termine "ipnosi" (dal greco "hypnos", *sonno*) fu introdotto da James Braid nella prima metà del 1800 sulla base delle analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico e la condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori.

Oggi sappiamo che in realtà il sonno non ha nulla a che fare con l'ipnosi. Quest'ultimo non è certo il termine più adeguato per sintetizzare e descrivere quanto avviene nella particolare condizione di funzionamento dell'organismo umano detta appunto "ipnosi", in cui sono coinvolti diversi aspetti neuro-psico-fisiologici particolari, una relazione interpersonale e l'impiego di potenzialità specifiche del soggetto.

In effetti, molti autori hanno proposto nel corso del tempo diversi neologismi sostitutivi di questo termine sulla base di conoscenze sempre più approfondite del fenomeno, ma nessuno di essi ha finora avuto fortuna: lo stesso Braid, ad esempio, adottò il termine *monoideismo* nel 1847 senza successo.

Storia e definizione

L'ipnosi, intesa come potenzialità della mente umana, è un concetto che risale fino all'antichità; Charles Musès nel 1972 scrisse di aver trovato un'antica registrazione

di una seduta ipnotica nell'incisione di una stele egiziana risalente al regno di Ramesse XI della XX Dinastia (circa 3.000anni fa).

In generale, si può affermare che tutti i fenomeni riguardanti specifiche potenzialità dell'immaginazione sono stati considerati come manifestazioni divine o diaboliche, oppure come il risultato di pratiche magiche, prima delle ricerche condotte da Franz Anton Mesmer, a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento.

Questo medico tedesco formulò nel 1779 la *teoria del magnetismo animale*¹, che fu condannata dall'Accademia delle Scienze e dalla Facoltà di Medicina di Parigi nel 1784.

La commissione, formata da grandi scienziati nominati dal re Luigi XVI, giunse alla conclusione che gli apparenti benefici della terapia erano dovuti esclusivamente da una forma di suggestione, simile a quella che intendiamo oggi con il concetto di effetto placebo. Nonostante le teorie di Mesmer si diffusero nella società dell'epoca furono sempre smentite dalla comunità scientifica perché ritenute inefficaci sul piano terapeutico e prive di ogni fondamento scientifico.

Solamente a metà del 1800 le teorie di Mesmer vennero riprese da James Braid che introdusse il termine ipnosi e diede un'interpretazione fisiologica al fenomeno, per poi essere oggetto di un'aspra disputa tra Hippolyte Bernheim (1840 – 1919) fondatore della scuola di Nancy, e Jean-Martin Charcot (1825 – 1893) stimatissimo neurologo della Salpêtrière di Parigi, sul finire del secolo.

Per la scuola di Nancy l'ipnosi era un fenomeno psicologico normale e tutti i suoi fenomeni potevano essere spiegati con la suggestione; al contrario, Jean-Martin Charcot considerava l'ipnosi un fenomeno patologico, ossia una nevrosi isterica artificiale riscontrabile soprattutto in soggetti di sesso femminile.

Nel XX secolo, anche Sigmund Freud (1856-1939) si occupò inizialmente di ipnosi, per poi distaccarsi da tale ambito preferendo l'analisi dell'inconscio e la cura dei pazienti con il metodo della psicoanalisi.

¹ Franz Anton Mesmer (1734 –1815) fu un medico tedesco che, a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento, elaborò una terapia innovativa detta *Mesmerismo*. Questa si basa su quattro presupposti fondamentali: l'esistenza di un fluido che riempie l'universo e permette una forma di connessione tra l'uomo e l'ambiente, detto magnetismo animale, la carenza di tale fluido da origine alla malattia, il fluido può essere incanalato con particolari tecniche di aiuto e, infine, la possibilità di provocare delle crisi nel paziente per curarne le malattie.

Sulla base di questa teoria, egli ideò un metodo di cura costituito dalla semplice applicazione di magneti sulle parti del corpo da curare. Successivamente questo metodo venne sviluppato con molte varianti tra cui imposizione di mani irraggianti "energie benefiche", i bagni collettivi in grandi tinozze contenenti "acque magnetizzate" e il *sonnambulismo artificiale*, ovvero l'induzione di stati di coscienza alterati, che possono essere considerati precursori dell'ipnosi.

L'affermazione della scuola psicoanalitica freudiana e la contemporanea morte di Charcot relegarono il tema dell'ipnosi su un piano secondario e portarono alla caduta del suo utilizzo terapeutico per alcuni decenni successivi.

In particolare, nel 1954 Milton H. Erickson (1901-1980), psichiatra statunitense famoso per l'importanza attribuita alla relazione medico-paziente, pubblicò una delle prime definizioni di ipnosi su base scientifica; egli la definì come "un tipo molto particolare di comportamento complesso e insolito, ma normale, che in condizioni opportune può essere sviluppato probabilmente da tutte le persone comuni e anche dalla gran parte di quelle che hanno problemi di salute".

Egli sviluppò un'ipnoterapia chiamata *ipnosi ericksoniana*: si tratta di una particolare forma di ipnoterapia che, attraverso una normale conversazione e l'induzione di una trance ipnotica nel soggetto, permette di comunicare con l'inconscio del paziente.

Egli utilizzò la tecnica dell'ipnosi non solo per la cura di problemi psichici e della nevrosi, ma anche per rimodellare i comportamenti ed intervenire sugli stati d'animo e la personalità dei soggetti.

Oggi, intendiamo l'ipnosi come una speciale condizione sia psicologica sia neuro-fisiologica nella quale la persona può pensare, agire e comportarsi come nel normale stato di coscienza o anzi anche meglio, grazie all'intensità della sua attenzione e alla forte riduzione delle distrazioni. In questa situazione la persona mantiene la capacità di usare la volontà o la ragione, ma dimostra anche di essere meno manipolabile, al punto che non è in alcun modo possibile costringerla ad agire contro il suo volere.

L'eventuale processo terapeutico inoltre non dipende affatto dalle parole o dalle azioni del terapeuta, ma deriva interamente da una riorganizzazione interna che solo il paziente può portare a termine in un ambiente favorevole.

Fra i pregiudizi diffusi ancora oggi sull'ipnosi vi è quello secondo cui essa consentirebbe il controllo della mente e la perdita di coscienza. In realtà, l'ipnosi fa vivere al soggetto un'esperienza di trance, senza tuttavia modificarne la personalità.

Grazie a tecniche di indagine sofisticate (RM funzionale, tomografia a emissione di positroni), attualmente sappiamo che il funzionamento ipnotico produce evidenti alterazioni neuro fisiologiche indotte in modo non farmacologico, ma naturale e sovente anche spontaneo.

In termini neurofisiologici l'ipnosi viene interpretata come condizionamento, apprendimento, inibizione ed eccitazione corticale, mentre in psicologia è intesa come rapporto interpersonale e suggestione.

Secondo la definizione del CIICS (Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale), l'ipnosi non è altro che "la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata".

La teoria di Granone

Concentrandoci maggiormente sul contesto nazionale, possiamo dire che uno degli autori più influenti rispetto al tema dell'ipnosi è Granone (1912-2000), neuropsichiatra italiano e fondatore del CIICS.

Egli definisce l'ipnosi nel suo *Trattato di ipnosi* come "un modo di essere dell'organismo per l'azione di determinati stimoli dissociativi che lo fanno regredire a livelli di comportamenti parafisiologici", e la differenzia dall'ipnotismo che considera invece come "la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore".

L'ipnosi sarebbe pertanto un modo di essere dell'organismo, una condizione fisiologica dell'essere umano che, come tale, può essere anche autoindotta attraverso spontanei monoideismi suggestivi o altre tecniche. Diversamente, l'ipnotismo sarebbe quella tecnica che permette di attuare il fenomeno ipnotico attraverso la figura centrale

dell'ipnotizzatore e l'instaurarsi di un rapporto interpersonale tra questi e il soggetto che si intende ipnotizzare.

Secondo Granone, esistono diversi metodi per indurre uno stato ipnotico, e ogni operatore utilizza quello che si addice maggiormente alle sue attitudini e personalità.

Esiste comunque un comune denominatore per tutte le tecniche induttive: la capacità di esaltare la *suggestionabilità individuale*, attuando il controllo e i poteri di critica del paziente per fargli accettare tutte le idee enunciate dall'operatore.

Questa condizione si può ottenere attraverso l'esaltazione delle funzioni dell'emisfero cerebrale destro (immaginario, creativo, artistico) e con la sorveglianza quiescente del sinistro (emisfero della logica della critica e del linguaggio articolato).

Tutti i metodi ipnotici considerati da Granone avrebbero inoltre la capacità di provocare il fenomeno del monoideismo suggestivo, fenomeno per cui l'attenzione del soggetto si concentra su una sola rappresentazione mentale che, imponendosi nella coscienza, si attua secondo il suo contenuto in movimento, in sensazione, in immagine.

Un problema riscontrato invece frequentemente in tali metodi sembra essere il fatto di non riuscire a provocare in soggetti diversi dei gradi di ipnosi paragonabili, e in uno stesso soggetto degli stati di ipnosi simili in differenti occasioni.

Secondo Erickson queste difficoltà dipendono dal fatto che l'ipnosi è basata su rapporti inter e intrapersonali, che sono incostanti e variano secondo le reazioni di una data personalità a ogni sviluppo ipnotico. Inoltre ogni singola personalità è unica e i suoi quadri di comportamento spontaneo e responsivo variano necessariamente in rapporto al momento, alla situazione, agli scopi del caso e alle personalità che vi prendono parte.

In base a queste considerazioni, Erickson deduce la futilità di proporre una tecnica ipnotica rigida che non tiene conto delle variabilità del comportamento umano.

La variabilità dei soggetti, l'individualità dei loro bisogni generali e immediati, le loro differenze circa i requisiti di tempo e di situazione, l'unicità delle loro personalità e capacità, rendono in sostanza impossibile ogni procedimento assolutamente rigido.

Lo stesso Granone reputa fondamentale, ogni qual volta si voglia indurre uno stato ipnotico, basare la propria tecnica sulla particolare personalità del soggetto, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle risposte e del suo atteggiamento all'istante dell'induzione senza mai opporvisi. L'importante è che l'ipnotista adatti alle attività comportamentali del soggetto qualsiasi tecnica intenda impiegare.

L'apparente resistenza attiva che a volte si riscontra nei soggetti non è altro che una forma di precauzione inconscia, che può essere aggirata e superata. La resistenza del paziente può quindi essere sfruttata al fine di favorire lo sviluppo dell'ipnosi: risposte positive, negative o l'assenza della risposta possono essere intese ugualmente come comportamento responsivo.

Granone aggiunge che l'arte dell'ipnosi sta nell'intervenire al momento opportuno con la suggestione adatta al soggetto e alle circostanze, tenendo conto della cultura e del temperamento dell'ipnotizzando, del suo grado di resistenza e di suggestionabilità, e della sua progressiva passività e quiescenza agli ordini.

L'autore teorizza diversi gradi di ipnosi:

1. torpore, difficoltà di sollevare le palpebre, pesantezza delle membra per suggestione;
2. torpore più profondo con inizio di catalessi di breve durata;
3. distacco dall'ambiente circostante e catalessia di lunga durata;
4. avulsione sempre più profonda dallo spazio circostante e dal tempo (l'attenzione è concentrata sull'ipnotizzatore e l'ipnotizzato può ricordare solo ciò che è intercorso con questi qualora si dia questa suggestione);
5. contrattura suggestiva (a questo grado anche analgesia suggestiva e discreta amnesia);
6. obbedienza automatica ma non assoluta (non è possibile far compiere ad un soggetto delle azioni che si oppongono alla sua particolare personalità), amnesia più profonda ma non sempre assoluta;
7. allucinabilità positiva, sonnambulismo, amnesia completa spontanea;
8. allucinabilità negativa durante la trance e postipnotica, possibilità di eseguire anche a distanza di molto tempo dalla seduta ipnotica le suggestioni date durante la seduta stessa, o di realizzare intense somatizzazioni suggestive.

Granone aggiunge anche il concetto di profondità dello stato ipnotico, riferito non all'intensità dello stimolo necessario per riportare il paziente allo stato di veglia, bensì alla possibilità di produrre determinate condizioni psicosomatiche, possibilità che esistono solo nei gradi più intensi di ipnosi e non nei lievi.

Egli nel suo trattato intenderà per ipnosi profonda quegli stati in cui elemento basilare è l'amnesia, e per ipnosi leggera e media gli altri casi a suggestibilità diverse in cui non si raggiunge l'amnesia.

L'ipnosi profonda è, quindi, quel livello di ipnosi che permette al soggetto di funzionare adeguatamente e direttamente ad un livello inconscio senza che la mente cosciente vi interferisca.

Disegno e scopo del lavoro

L'ipnosi può essere utilizzata anche in ambito terapeutico prevalentemente per il controllo del dolore; presso la struttura ospedaliera come metodica analgesica, soprattutto nei reparti di odontoiatria e ostetricia, mentre in ambito extra-ospedaliero viene utilizzata nella psicologia clinica (disturbi d'ansia, attacchi di panico), nella gestione delle dipendenze (alcool, fumo, droghe) e nello sport.

Questa seconda parte della relazione ha invece l'obiettivo di valutare l'utilizzo e l'efficacia della comunicazione ipnotica in situazioni di emergenza-urgenza.

Nello specifico, sono un' infermiera che lavora da dieci anni presso il DEA dell'ospedale S. Croce di Moncalieri (TO) e per il 118 (Mezzo di Soccorso Avanzato di Base, MSAB). Nel DEA vengono assistiti circa 45.000 pazienti l'anno, e gli interventi del 118 sono circa 2500 l'anno per la sola postazione di Moncalieri.

Le applicazioni della comunicazione ipnotica in DeA e sul 118 possono essere prevalentemente correlate al trattamento del dolore e dell'ansia, pertanto il mio obiettivo è stato quello di condurre uno studio concretamente realizzabile nelle condizioni di lavoro quotidiane, senza impiego di risorse, personale e tempo aggiuntivo. È importante precisare che l'ambiente nel quale si svolge tale studio rende l'applicazione dell'ipnosi difficoltosa a causa di diversi fattori, soprattutto influisce la carica emotiva correlata alle situazioni di criticità (stato d'ansia di pazienti e operatori, e la scarsa prevedibilità e programmabilità degli interventi).

In tale contesto, possiamo optare tra due metodi di intervento sul paziente: per raggiungere obiettivi immediati dobbiamo spesso agire con autorevolezza, oppure possiamo proporre una tecnica di rilassamento progressivo per ridurre il dolore, l'emotività e lo stato di agitazione del paziente.

1 Metodologia

Innanzitutto è importante analizzare i bisogni del paziente che usufruisce del servizio 118 o si reca al DEA, perché questi non sempre coincidono necessariamente con le prestazioni che noi riteniamo utili per lui.

Possiamo evidenziare due modalità di approccio con il paziente, da adottare in relazione

alla specificità del paziente stesso:

- ✓ DIRETTIVO, AUTOREVOLE
- ✓ NON DIRETTIVO, ma PERSUASIVO e ACCOGLIENTE.

Fondamentale è l'attenzione verso il paziente e la capacità di osservarlo e ascoltarlo:

- ✓ Induzione classica con rapporto orizzontale/paritario tra operatore e paziente (non utilizzabile nella situazione del nostro studio)
- ✓ Tecniche di induzione rapida: rapporto verticale in cui il paziente si trova in posizione DOWN rispetto all'operatore. Dobbiamo catturare la sua attenzione tentando di metterci in comunicazione con il suo "emisfero destro"
- ✓ Tecniche di rilassamento: non sempre utilizzabili a causa dei tempi ristretti di intervento.
- ✓ Approccio "EMPATICO": adottare una comunicazione verbale in modo tale da "prendere in carico" il paziente nella sua complessività, in modo olistico.

2 Campo di applicazione

Il campo di applicazione è quello particolare e tipico del DeA/118: la sedazione del dolore e la gestione dell'ansia. L'utilizzo della comunicazione ipnotica può avere effetti molto più rapidi di quelli della terapia farmacologica, ma comporta anche molti problemi, tra cui la possibilità di dedicare un operatore a quell'unico paziente.

Ulteriori difficoltà sono date dai tempi ristretti e non prevedibili dell'intervento, dalla mancanza di spazi per salvaguardare la privacy del soggetto, le resistenze del paziente che spesso non è incline ad accettare una tecnica non usuale, il senso di inadeguatezza dell'operatore e la perplessità dei colleghi.

3 selezione dei pazienti

Ho scelto di utilizzare in modo casuale tutti i pazienti che si sono presentati in DEA o che hanno usufruito del servizio 118 durante il mio turno di lavoro.

4 Metodi

Ho scelto di rilevare i seguenti parametri a tutti i pazienti da me presi in esame:

- a. Presenza o meno di ansia manifesta o espressa dal paziente
- b. Presenza o meno di dolore acuto

Sono state prese in considerazione inoltre eventuali controindicazioni, soprattutto quelle legate all'età: pazienti anziani con difficoltà a realizzare monoideismi, con demenza o decadimento delle funzioni psichiche, mentre nella casistica non sono stati presi in considerazione pazienti con malattie di tipo psicotico, data la difficoltà e pericolosità di trattamento.

5 Conclusioni

In sintesi, ho cercato di valutare l'utilizzo e l'efficacia della comunicazione ipnotica in situazioni di emergenza-urgenza in un ambiente di lavoro difficile quale il DEA / 118. Dalla mia esperienza si evince che le indicazioni all'utilizzo della comunicazione ipnotica sono soprattutto orientate a gestire uno stato di ansia, primitiva o secondaria, e a gestire il dolore acuto e cronico.

Si sono evidenziate alcune criticità legate all'ambiente di lavoro (specie in caso di sovraffollamento del DEA o di interventi sanitari in ambiente extra-ospedaliero), ai ritmi di lavoro (dover intervenire sempre, o quasi, in situazioni di criticità o emergenza ci impone di lavorare nel più breve tempo possibile), alla scarsa prevedibilità dell'afflusso dei pz, alla difficile programmabilità del lavoro (in relazione ai passaggi in DEA dove, spesso, siamo "incalzati" dall'affluenza di pz e dai codici di priorità), al senso di inadeguatezza dell'operatore e alla perplessità dei colleghi (nello specifico il "mio" senso di inadeguatezza perché non mi sento in grado di utilizzare pienamente la comunicazione ipnotica come strumento di lavoro, e perché ritengo difficoltoso dover spiegare a colleghi e medici questo mio "strano e inconsueto" approccio verso il pz).

Inoltre, l'ipnosi non è una tecnica attualmente molto conosciuta e, soprattutto, accettata dal mondo scientifico; spesso viene ancora considerata una "stregoneria" dalla quale ci si discosta e si deve "proteggere" il pz.

Personalmente, invece, ritengo di averne constatato l'efficacia dato che, nella maggior parte dei casi da me trattati, mi ha permesso di raggiungere ottimi risultati nella gestione dell'ansia e del dolore dei pz.

Questa tecnica mi ha in aggiunta permesso di modificare l'atteggiamento verso pz e

parenti: presto più attenzione ai loro bisogni e cerco di soddisfarli, pur non perdendo di vista le priorità di intervento, e soprattutto ho imparato ad instaurare con loro una più efficace relazione di aiuto che influisce positivamente sia sulla sfera emotiva del pz sia sul buon esito dell'intervento.

Infine, qui di seguito ho scelto di illustrare alcuni esempi per me significativi dell'utilità della comunicazione ipnotica:

1° CASO

SCENARIO: pz di 16 anni giunto in DEA per flc profonda del quadricipite femorale dx con interessamento del muscolo, correlata ad incidente motociclistico.

OBBIETTIVO: gestire lo stato d'ansia e la soglia del dolore molto intenso.

APPROCCIO/CONCLUSIONE: il giovane si presenta molto sofferente, spaventato e con agitazione psicomotoria. Viene immediatamente "catapultato" sul lettino chirurgico e "aggredito" dall'equipe sanitaria formata da un ortopedico, un tecnico gessista e un infermiere. Il medico ed il tecnico gessista si preoccupano principalmente di controllare la ferita e valutare il danno d'organo. Io, invece, mi preoccupo di tranquillizzare il pz e di aiutarlo a controllare il dolore.

Mentre lo specialista continua l'ispezione dell'arto e decide il tipo di intervento da attuare, io comincio ad instaurare con il giovane un rapporto empatico. Mi "prendo cura" della sua "sfera emotiva". Incominciamo un dialogo con l'intento di distrarlo dall'evento: gli chiedo di provare a rilassarsi in modo tale da proiettare la sua attenzione sulla respirazione, che avrebbe dovuto essere lenta, regolare e profonda. Il pz ha risposto accogliendo positivamente la mia proposta e in breve tempo ha cominciato a rilassare ogni parte del suo corpo: lo stato di agitazione psicomotoria, piano piano, lascia spazio a uno stato di totale rilassamento muscolare. Il passo successivo consiste nell'invitarlo a realizzare un "monoideismo". In pratica gli chiedo di focalizzare la sua attenzione sull'arto ferito immaginando che sia immerso nella neve fresca. Anche questa mia ulteriore proposta viene subito accolta positivamente dal pz. La suggestione consiste, appunto, nell'immaginare di avere la gamba completamente immersa nella neve fresca, un elemento in grado di produrre una sensazione di freddo e quindi di insensibilità.

Il paziente riesce in effetti a riprodurre tale sensazione, determinando un' importante

riduzione del dolore e una vasocostrizione che ha permesso all'ortopedico di intervenire chirurgicamente senza dover tamponare continuamente la zona interessata. Il pz ha raggiunto uno stato di rilassamento tale da destare stupore e timore sul medico presente, il quale ha cercato più volte di interferire sul rilassamento del pz stimolandolo a "risvegliarsi".

2° CASO

SCENARIO: pz di 58 anni giunto in DEA affetto da K pancreas in fase terminale.

OBBIETTIVO: gestire il dolore del pz, accompagnarlo verso la morte e sostenere i parenti.

APPROCCIO/CONCLUSIONI: il pz giunge in DEA con forti dolori diffusi e dispnea. Si rende pertanto necessario gestire immediatamente il dolore con l'ausilio di farmaci oppiacei. Dopo la prima fase di "pronto intervento", instauro un approccio empatico nei confronti del pz e dei suoi familiari che, nonostante siano a conoscenza delle condizioni cliniche del proprio congiunto, non si sentono pronti ad affrontare ed a metabolizzare la repentina morte. Decido di instaurare un contatto fisico e verbale con il pz, gli chiedo di portare l'attenzione sul suo respiro, inizialmente affannoso e poi, a poco a poco, sempre più lento e regolare. Gli suggerisco di immaginare l'ossigeno (a cui è collegato per aiutarlo a respirare) come un flusso luminoso che, entrando nei suoi polmoni, rilascia tutta l'energia necessaria per eliminare il dolore e donargli una piacevole sensazione di benessere. Gli chiedo anche di focalizzare il suo pensiero su qualsiasi cosa possa suscitare in lui un "senso di benessere" e di tranquillità (un luogo, un evento, un momento particolare della sua vita). Non so cosa abbia pensato in quel momento il pz, ma il suo viso contratto dal dolore e dal terrore, si è lentamente rilassato fino a mostrare un timido sorriso. La FC e FR si sono regolarizzate e il pz ha cessato le sue funzioni vitali passando da uno stato di "torpore" ad uno stato di sonno, fino alla morte, in modo naturale. La sua famiglia era accanto a lui, gli stringeva la mano e gli accarezzava la fronte per accompagnarlo in quell'ultimo viaggio, avvenuto con grande coraggio e serenità.

3° CASO

SCENARIO: pz di 41 anni che afferisce al servizio 118 per colica renale.

OBBIETTIVO: gestire l'intenso dolore e lo stato d'ansia

APPROCCIO/CONCLUSIONE: il pz in oggetto chiama il 118 perché riferisce forte dolore al fianco sx irradiato alla zona pelvica. Al nostro arrivo appare sofferente, pallido e sudato, non riesce a trovare una posizione antalgica ed è allergico a FANS e antidolorifici di cui non ricorda il principio attivo. Non potendo intervenire farmacologicamente sul dolore cerco di tranquillizzare il pz circa l'eziologia del dolore, sottolineando che sospetto una colica renale, patologia che si manifesta con caratteristiche di intenso dolore, ma non grave. Nell'attesa di arrivare al più presto in DEA, non potendo somministrare farmaci, gli suggerisco di focalizzare l'attenzione sul respiro in modo da distogliere la sua concentrazione sul dolore. Non senza qualche difficoltà, il respiro si normalizza (da tachipnoico e superficiale diventa più lento e regolare). Gli chiedo di descrivere il dolore e lui riferisce che è urente come un fuoco. Allora gli propongo di pensare a come poter "spegnere" l'incendio che si è propagato dentro il suo organismo. Ci troviamo in accordo nel pensare che un'abbondante quantità di acqua fresca e continua possa essere in grado di spegnere il "suo fuoco". Così ripetiamo insieme che l'acqua fredda scorre sul suo fianco rinfrescandolo ripetutamente e producendo una piacevole e soddisfacente sensazione di benessere. All'arrivo in DEA il pz si presenta meno sofferente, con un colorito roseo e FC e FR regolari e, cosa di non poco conto, mi ringrazia per averli risolto quasi completamente il problema.

4° CASO

SCENARIO: pz di 38 anni che afferisce al DEA per lussazione di clavicola dx correlata ad un trauma.

OBBIETTIVO: rilassare la muscolatura del pz per ridurre manualmente la lussazione senza l'utilizzo di anestesia.

APPROCCIO/CONCLUSIONE: non è possibile ridurre la lussazione con l'ausilio dell'anestesia perché la sala emergenza è occupata da un pz in gravi condizioni cliniche. L'ortopedico ha difficoltà a ridurre la lussazione a causa della contrattura muscolare che il pz presenta come risposta involontaria alla tensione emotiva e al trauma. Comincio a dialogare con il pz cercando di trasferire la sua attenzione dalla spalla dolente alla sua capacità di modificare il respiro, ed alla contrattura muscolare diffusa a tutto il soma. Con qualche difficoltà accetta di rilassarsi e questo mi consente di chiedergli di immaginare che il suo braccio dx "non gli appartenga". Gli suggerisco in effetti di immaginare che il braccio rappresenti un pezzo anatomico "scollegato" dal suo corpo,

anzi un pezzo meccanico con un ingranaggio ben oleato in grado di compiere un movimento completo di extrarotazione. E così, realizzato il “monoideismo”, l’ortopedico riesce finalmente a ridurre la lussazione senza dover attendere l’intervento dell’anestesista e la sala emergenza libera.

Bibliografia

- (1) Erickson M. H. 1967 “Le nuove vie dell’ipnosi”
- (2) Erickson M. H. 1979 “Ipnoterapia”
- (3) Erickson M. H. 1971 “Tecniche di suggestione ipnotica”
- (4) Granone F. 1989 “Trattato di ipnosi”
- (5) Atti del “Congresso Nazionale per l’osservazione breve: innovazione ed efficacia in PS per gestire la domanda di salute”, Trieste 6 – 7 dicembre 2004