

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

Trapianto renale da vivente: applicazione di un protocollo di comunicazione ipnotica.

Candidato

Daniele Curci

Relatore

Filomena Muro

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio Erika e miei adorati Gaia, Viola e Gabriele, per avermi concesso questa ennesima avventura, che inevitabilmente ha ridotto la mia presenza in famiglia, ma vi ha fatto guadagnare un posto d'onore nel mio "luogo sicuro". Ringrazio Milena per la sua interminabile disponibilità e per avermi insegnato quanto l'impegno e la determinazione possano far raggiungere obiettivi straordinari. Ringrazio Laura per avermi trascinato e accompagnato in questo meraviglioso mondo e per aver creduto in me. Ringrazio Fabrizio, senza il quale probabilmente i miei risultati sarebbero stati meno interessanti

Ringrazio per ultimi ma non per importanza tutti i donatori e riceventi di rene per la disponibilità prestata e per essere attualmente una delle uniche fonti di gratificazione professionale.

INDICE

Introduzione.....	4
L'ipnosi come strategia terapeutica assistenziale.....	6
Analisi del contesto: l'Unità Trapianti Renali del P.O. Molinette di Torino.....	10
Obiettivo.....	11
Materiali e metodi.....	12
Risultati.....	14
Discussione.....	21
Conclusioni.....	22
Bibliografia.....	23
Allegato A.....	25
Allegato B.....	26

INTRODUZIONE

L'Insufficienza Renale Cronica è una patologia che negli ultimi anni ha avuto una crescita esponenziale nella popolazione mondiale; anche l'Italia è interessata da un aumento dell'incidenza media di tale patologia. Basti pensare che rispettivamente già nel 1995 e nel 2000, per un milione di abitanti, 118 (0,012%) e 134 (0,013%) di questi avevano l'IRC^[1].

Essendo una patologia con larga diffusione, sono state ideate con gli anni diverse strategie per arrestare la sua progressione e per sopperire alla perdita della funzione renale

- *Terapia conservativa*: dieta ipoproteica, moderata restrizione sodica, valori della pressione arteriosa compresi tra 120/80 mmHg, controllo dei valori glicemici in caso di diabete mellito, terapia specifica se presente iperlipemia (statine, ezetimibe, fibrati), abolizione nell'uso di farmaci e sostanze nefrotossiche e riduzione del dosaggio di quelle che hanno un'eliminazione renale, correzione di alterazioni quali acidosi metabolica, iperpotassiemia, ipocalcemia, iperfosfatemia, anemia, iperuricemia.
- *Preparazione per terapia sostitutiva*: dialisi (emodialisi, dialisi peritoneale), trapianto di rene.

L'insufficienza renale cronica è una condizione che ha una progressione più o meno lenta e continua, avanza indipendentemente dalla scomparsa del fattore causale^[2] e incide in maniera importante sulla Qualità di Vita e sugli affetti della persona.

Oggi il trapianto di rene rappresenta la terapia d'elezione per i pazienti che soffrono di un'insufficienza renale avanzata^[3-4]; in particolare quello da donatore vivente garantisce una cospicua percentuale di effetti positivi sia per il ricevente (aumento della sopravvivenza, migliore Qualità di Vita, minore incidenza sui costi sanitari) che per il donatore (benefici psicologici, altruismo, autonomia).

Di fatto, la legge n.458 del 26 giugno 1967, in deroga all'art. 5 del cc ("Atti di disposizione del proprio corpo") consente di effettuare la donazione di rene tra viventi^[5].

La donazione da vivente è una condizione moralmente complessa; i donatori, infatti, vengono sottoposti a potenziali rischi per la salute sia a breve che a lungo termine, con possibili ripercussioni sulla loro Qualità di Vita. Inoltre, negli ultimi anni, sempre più soggetti sono stati interessati da trattamento sostitutivo di trapianto di rene.

Nell'agosto del 2014 in Piemonte è stato raggiunto il traguardo di 4000 trapianti di rene, di cui 3825 (96%) da donatore deceduto e 175 (4%) da donatore vivente; 3767 trapianti di rene singolo (94%), 145 trapianti di rene doppio (4%), 88 trapianti di rene combinati con altri organi (2%).

Nel 2013 sono stati eseguiti 114 trapianti di rene (8,55%) a Torino nel centro trapianti dell'AOU Città della Salute e della Scienza.

Se scendiamo più nel particolare riguardo la donazione nel trapianto di rene, quella da vivente è una pratica che si sta diffondendo in molti paesi poiché, essendo la richiesta di organi molto superiore all'offerta di reni da donatore deceduto, l'unica fonte alternativa è caratterizzata dalla donazione da vivente, tenendo conto che tale modalità di trapianto è la terapia d'elezione per molti pazienti in lista d'attesa.

Ma tutte le conseguenze ed eventuali ripercussioni del trapianto non riguardano solo il ricevente, bensì è coinvolto anche il donatore.

Per l'importanza della sua funzione il donatore è un candidato che si presenta con una salute fisica e mentale ottimali, per cui con una Qualità di Vita sicuramente superiore rispetto a quella della popolazione generale^[6]; può essere quindi definito come una qualsiasi persona capace di intendere e di volere, sana, con due reni e una funzione renale normale ed equamente distribuita tra i due organi

Come afferma il Consiglio di Etica e di Giustizia dell'Associazione Medica Americana, non dobbiamo dimenticare che anche il donatore, seppure in misura minore rispetto al ricevente, è esposto a una serie di rischi che hanno comunque un'incidenza relativamente bassa e sono considerati minimi al di là di quelli intraoperatori^[7]. Tali rischi possono essere di due tipi:

Rischi a breve termine: sono prevalentemente di tipo intraoperatorio e comprendono il sanguinamento, le infezioni, il pneumotorace, il dolore in sede di incisione, la deiscenza della ferita, lo sviluppo di ernie, l'oclusione intestinale ecc.

Rischi a lungo termine: comprendono il possibile impatto della nefrectomia sul rischio cardiovascolare nel donatore, l'ipertensione arteriosa, la decurtazione della funzione renale, la proteinuria ecc.

La frequenza di tali complicanze può essere ricondotta anche al tipo di tecnica chirurgica adottata: nefrectomia tramite accesso lombotomico convenzionale e nefrectomia laparoscopica.

L'ipnosi come strategia terapeutica/assistenziale

L'utilizzo della comunicazione ipnotica^[8] ha avuto un importante impatto per il trattamento dell'ansia che accompagna il momento dell'ospedalizzazione e quindi l'esecuzione di esami diagnostici,^[9,10] oltre che per il contenimento della sintomatologia dolorosa associata agli interventi.

È ormai possibile, nei diversi contesti ospedalieri, riscontrare l'utilizzo dell'ipnosi nelle pratiche medico/chirurgiche e diagnostiche,^[11,12]

Si può quindi considerare come un ulteriore strumento disponibile di ricerca ed applicazione in campo medico-sanitario.^[8,9,12]

Per ipnosi, secondo la definizione fornita da F. Granone, si intende: “uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente”.^[13]

Attraverso questa tecnica è possibile indurre una trance ipnotica vigile, ossia uno stato di rilassamento e abbassamento delle difese razionali tipiche dello stato di pre-addormentamento, simile a quello che si sente quando si è così immersi in un libro o in un film da provare lo stesso stato emotivo dei protagonisti.^[13] L'ipnosi è quindi uno stato di coscienza modificato “naturale”, tale da rendere l'organismo capace di accedere alla totalità delle sue risorse, sia somatiche che mentali: si tratta in sostanza di uno strumento biologicamente adattativo, che permette di creare uno stato di attenzione selettiva nei confronti di uno specifico stimolo. È necessario quindi dimenticare l'antica credenza che considerava gli ipnotisti come i possessori di un potere magico.^[14]

La comunicazione ipnotica, di maggior competenza infermieristica, è una capacità comunicativa particolare attraverso la quale è possibile, mediante il rapporto empatico, comprendere meglio i bisogni del paziente così da poterlo aiutare in modo efficace. Grazie ad essa è anche possibile imparare ad applicare tecniche particolari, come quelle utilizzate dall'ipnosi terapeutica, per ottenere ad esempio stati di rilassamento e distacco da interventi particolarmente stressogeni.

La comunicazione ipnotica permette quindi di imparare a comunicare in qualsiasi momento e in qualsiasi contesto in maniera efficace e utile a rendere una realtà difficile più accettabile.^[15] Si può dunque constatare quanto la comunicazione ipnotica abbia infiniti ambiti di applicazione.

L'infermiere che attua la comunicazione ipnotica, coinvolge la persona in uno stretto rapporto di alleanza, tale da permettergli di guidare il soggetto. Solitamente sviluppa un percorso di progressivo rilassamento in modo da ottenere un cambiamento di stato di coscienza in cui è possibile per l'operatore suggerire la creazione di rappresentazioni mentali che riverberano sul corpo, (monoideismi plastici) L'operatore, aiuta il paziente a focalizzare l'attenzione sulle suggestioni date mantenendo su di esse la concentrazione invece che sugli stimoli esterni. Infatti, durante la trance ipnotica, si crea uno stato di dissociazione indotta, temporanea e reversibile, in cui il soggetto ipnotizzato, accoglie criticamente la suggestione attraverso la realizzazione plastica del monoideismo, ossia la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea ricca di contenuto anche emozionale; questa idea è dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerale e comportamentali.^[13]

La capacità del paziente di realizzare l'ipnosi è mediata da variabili favorevoli (rapporto di fiducia con l'ipnotista, motivazioni cosce ed inconscie, aspettative, intelligenza, età) e variabili ostacolanti (rapporto negativo con l'operatore, pregiudizi, paure).^[14,15,16]

La particolare modificazione della coscienza che si verifica durante l'ipnosi presenta sia analogie sia differenze (evidenziabili dal punto di vista elettroencefalografico) con il sonno vero e proprio: neurofisiologicamente gli usuali metodi induttivi di sonno o di ipnosi provocano in ambedue i casi rilassamento muscolare e la chiusura degli occhi e facilitano una deafferentazione funzionale, che riduce al minimo lo stato di eccitazione della sostanza reticolare per riduzione degli impulsi afferenti, attivando così la creazione di monoideismi plastici.^[13,17]

A livello neurologico è possibile ipotizzare che le tecniche ipnotiche rilassanti, proprio perché deprimono l'attività cosciente di veglia, e quindi, riducono l'attivazione reticolare, mettono in moto i meccanismi tronco-encefalici che presiedono ai sogni, senza peraltro bloccare l'attività muscolare: questo spiegherebbe il rallentamento e la tipica stereotipia motoria del soggetto in ipnosi.

In questa fase si verifica spesso un fenomeno estremamente interessante e ricorrente durante la trance ipnotica: i rapidi movimenti oculari che si verificano durante la fase REM (Flutter delle palpebre utile per la riarmonizzazione dei due emisferi) del soggetto ipnotizzato, senza esecuzione di movimenti fisici.

Va inoltre sottolineato che l'ipnotizzabilità di un soggetto, sia pure allenato e con lo stesso operatore, non è sempre egualmente rapida e/o espressiva di tutte le abilità del

soggetto. In sostanza, è come se anche la trance ipnotica (almeno quella relativa all'impiego di tecniche induttive di tipo rilassante) subisse le oscillazioni tipiche di tutti i ritmi biologici.^[14]

Per comprendere come la comunicazione ipnotica agisca a livello neurofisiologico, è necessario conoscere il funzionamento del sistema limbico, in quanto interessato durante il processo di "trance". A livello comportamentale il sistema limbico dà espressione ai bisogni viscerali del corpo, interpretando le esperienze in termini "affettivi" piuttosto che razionali, modalità quest'ultima che sembra prerogativa delle attività neocorticali superiori. L'influenza modulatrice del sistema limbico, però, non si limita soltanto alla mediazione delle espressioni emozionali soggettive, ma entra in gioco ogni volta che vengono attivati i più primitivi processi emotivo-motivazionali, basilari per la sopravvivenza dell'individuo.^[18] Studi elettrofisiologici hanno identificato due aree appartenenti al sistema limbico che sono implicate nei fenomeni ipnotici: l'ippocampo, che sembra responsabile del mantenimento della condizione ipnotica, e l'amigdala, che sembra svolgere un ruolo primario nei meccanismi di risveglio dall'ipnosi. Lo stato ipnotico sarebbe mediato dall'attività combinata di queste due strutture attraverso una inibizione funzionale dell'amigdala, responsabile del senso di calma, dell'ipoattività e dell'insensibilità all'ambiente e una attivazione funzionale delle strutture ippocampali.^[19]

Si può quindi dedurre che attraverso questa tecnica si favorisca una riorganizzazione selettiva di una certa quantità di stimoli-risposta, in modo da ristrutturare il complesso comportamentale del soggetto al fine di eliminare tutte quelle reazioni automatiche indesiderate (ansia) o non adattive (dolore).^[19]

L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva. In soggetti altamente ipnotizzabili è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa.^[19] E' probabile che, nello stato di coscienza ipnotico, specie se finalizzato alla desensibilizzazione dal dolore, si realizzi un aumento della produzione di endorfine che spiegherebbe la "disattivazione" delle vie dolorifiche.^[18]

Va però sottolineato che il vero e totale controllo del dolore, l'analgesia ipnotica, è ottenibile soltanto in uno stato di ipnosi sonnambulica che caratterizza solo il 12-14% delle persone.^[20]

Struttura dell'ipnosi:

- Pre-induzione: realizzazione di un rapporto di fiducia e confidenza (Rapport)^[21], nel quale sono identificati i canali comunicativi maggiormente sviluppati della persona (cenestesico, visivo, auditivo) che permetteranno di individuare la migliore metodologia d'induzione; la creazione di un "Rapport" efficace, consente un riorientamento della critica da parte del paziente nei confronti dell'operatore e favorisce l'accettazione delle suggestioni fornitegli, oltre ad essere utile nel convincere la persona a sottoporsi alla procedura applicando l'ipnosi;
- Induzione: manovre atte a realizzare un percorso di rilassamento (attraverso "l'attenzione focalizzata"), al fine di attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici, secondo le suggestioni fornite dall'operatore; le affermazioni fatte dall'operatore devono essere prontamente verificabili dal paziente e aperte, mai come ordini, ma come possibilità. Vanno quindi forniti degli "ordini motivati";
- Terapia: la realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia ipnotista-soggetto;
- De-induzione: progressivo allontanamento dalla realizzazione dei monoideismi plastici, con ripristino dello stato di coscienza ordinario.

Analisi del contesto: l'Unità Trapianti Renali del P.O. Molinette di Torino

In questa struttura complessa la comunicazione ipnotica viene utilizzata da circa tre anni grazie alle competenze fornite dai canali formativi aziendali (corsi di formazione: "Applicazione della comunicazione ipnotica per le procedure invasive in nefrologia dialisi e trapianto" e "La gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche con l'ipnosi medica") e non (scuola di specializzazione C.I.I.C.S.), messi a disposizione del personale infermieristico. Attualmente circa la metà degli operatori è formata tramite il corso aziendale all'esecuzione della pratica di comunicazione ipnotica, ed entro la fine dell'anno la formazione dovrebbe essere garantita a tutta l'equipe medico-infermieristica. La tecnica è stata resa sempre più parte integrante delle varie fasi del percorso assistenziale, anche se principalmente viene attuata durante la biopsia renale; infatti la persona che viene ricoverata per un peggioramento funzionale dell'organo trapiantato spesso deve sottoporsi a biopsia renale diagnostica; tale tecnica genera sentimenti quali ansia e stress riguardanti la diagnosi relativa all'esito dell'esame istologico e le possibili complicanze derivanti dall'esecuzione dell'esame diagnostico, che potrebbero mettere a rischio il rene trapiantato, spesso atteso per più di due anni, comportando un ritorno alla dipendenza dialitica.^[8,16,21]

Viene quindi proposto alla persona di effettuare la biopsia in ipnosi guidando il paziente con la tecnica di comunicazione ipnotica, questa proposta viene fatta con il colloquio verbale con l'operatore formato, dato che attualmente non è prevista un'informativa scritta, elemento quest'ultimo riconosciuto come esigenza dal personale dell'unità.

Nel caso in cui il soggetto accetti di sperimentare l'ipnosi, l'infermiere pratica quindi l'induzione, generalmente subito prima dell'esecuzione della biopsia o al massimo il giorno precedente.

Precedentemente al momento dell'induzione è data molta importanza alla preparazione del setting della stanza, nell'intento di eliminare i fattori disturbanti; vengono avvisati gli operatori e i pazienti, apponendo un cartello al di fuori della porta, che avvisa dell'esecuzione della tecnica in corso, con divieto di accesso alla stanza.

A questo punto il paziente viene invitato ad assumere una posizione comoda nel letto e a chiudere gli occhi, in modo da facilitare la concentrazione dell'attenzione su quanto suggerito dall'infermiere. Inizia quindi una serie di manovre atte a guidare il paziente in un percorso di progressivo rilassamento: inizialmente si chiede di concentrare l'attenzione sul respiro, e sui cambiamenti che esso subisce man mano che ci si rilassa; successivamente viene suggerito alla persona di focalizzare l'attenzione sul tocco

dell'operatore sulla sua spalla, immaginando che da quel punto parta "un'onda" che, attraversando il braccio, rilassi tutti i muscoli fino alla mano; allo stesso modo si procede al rilassamento di tutto il resto del corpo: si invita quindi il soggetto a percepire quanto il proprio corpo sia diventato pesante e rilassato (ratifica). Una volta che l'operatore avrà percepito i cambiamenti che si sono verificati nella persona assistita (deglutizione frequente nelle fasi iniziali del processo induttivo, inerzia e rilassamento muscolare, movimenti oculari, facies caratteristica, analgesia), e si sarà verificato l'abbandono della muscolatura, viene suggerito alla persona di creare nella propria mente l'immagine di un luogo piacevole, che trasmetta serenità. L'operatore accompagna il paziente a vivere l'esperienza attraverso tutte le percezioni sensoriali: i profumi, le luci, i suoni, il calore. Questo processo è quello che viene definito creazione del monoideismo plastico ed è la fase in cui si creano nell'organismo le modificazioni percettive, sensoriali, emozionali, muscolari e nervose. [22]

A questo punto viene indicato al paziente un segno convenzionale (ad esempio porre il pollice nella mano chiusa a pugno, unire il pollice e l'indice..) che funga da ancoraggio; viene spiegato che ogni qualvolta si vorrà ritornare nel proprio "luogo sicuro" basterà ripetere il segno fornitogli. e ripercorrere il percorso appena sperimentato terminata l'esperienza si inviterà, attraverso il processo di de-induzione, a riprendere contatto con la realtà esterna.

Al termine della procedura viene fatto un colloquio per discutere delle sensazioni associate all'esperienza appena provata e quindi una verifica per accertarsi che, nel momento dell'esame, la persona possa effettuare l'autoipnosi e affrontare quel momento con serenità. Nel caso in cui si verifichi una difficoltà nel processo di autoipnosi, magari in pazienti particolarmente ansiosi, al momento dell'esame l'operatore potrà comunque guidare più agevolmente il paziente in uno stato ipnotico che gli permetta di vivere meglio l'esperienza.

OBIETTIVO

Valutare le modalità di utilizzo dell'autoipnosi nei donatori di rene e nei rispettivi riceventi

MATERIALI E METODI

La prima fase del progetto è stato il reclutamento dei soggetti identificati idonei al trapianto da vivente. Sono stati reclutati tutti i soggetti coinvolti nel trapianto da vivente (donatore e ricevente) da aprile 2015 a settembre 2015. All'accoglienza in reparto che avveniva solitamente 2 giorni prima l'intervento, veniva effettuato un incontro dove attraverso l'osservazione e la relazione si stabiliva il miglior approccio comunicativo da adottare, offrendo informazioni, disponibilità e sostegno. In un momento successivo, valutando il contesto e garantendo un adeguato setting si proponeva di insegnare una tecnica di rilassamento che permettesse loro di gestire meglio il periodo stressante che avrebbero vissuto, riducendo l'ansia da ospedalizzazione e con la possibilità di controllare meglio il dolore ed altre sintomatologie del post operatorio, quali spasmi da cateterizzazioni e/o nausea.

Accertata la volontà dei soggetti si concordava la seduta sulla base delle loro preferenze, rispettando le visite dei parenti ed il più possibile le esigenze della persona e ovviamente senza compromettere l'iter terapeutico. La seduta si svolgeva generalmente nella stanza del soggetto, in quanto riservata esclusivamente alle persone coinvolte nel trapianto da vivente. Si garantivano inopportune interruzioni applicando al di fuori della porta un cartello che vietava l'ingresso e informando che all'interno della stanza era in corso una tecnica di rilassamento, inoltre si verificava che tutti gli apparecchi telefonici fossero impostati in modalità silenziosa.

Realizzato ciò, si procedeva ad un ulteriore colloquio che mettesse in evidenza quali erano le possibili fonti ansiogene, individuare rassicurando e indicando come tale tecnica avrebbe potuto giovare nella situazione descritta.

Terminato il colloquio si faceva posizionare la persona in posizione supina sul letto e si chiedeva di chiudere gli occhi per focalizzare maggiormente l'attenzione sul proprio corpo, si procedeva con il ricalco e si ricercavano i segni del cambiamento di stato di coscienza: flutter, deglutizione e testa piegata. Appena rilevati i segni si procedeva con la ratifica. Si procedeva consolidando la condizione ipnotica, lavorando sul corpo fino ad ottenere un completo rilassamento e modifiche del respiro (metodica del rilassamento). Dopo di che si davano suggestioni per creare immagini mentali, facendo identificare un "luogo sicuro" in maniera tale da produrre un monodeismo plastico. Si richiedeva al paziente di dichiarare se aveva trovato "il posto sicuro" muovendo leggermente l'indice della mano più vicina a noi (ideodinamismo) e quindi si suggerivano suggestioni per rafforzare l'immagine. La sequenza induttiva terminava con l'ancoraggio, attraverso

l'individuazione di un segnale simbolico, che gli avrebbe consentito di rientrare in uno stato di ipnosi ogni volta che ci fosse stata la necessità di rivivere quella sensazione, gestendo in questo modo i momenti stressogeni^[23]. Si suggeriva, come simbolo dell'ancoraggio, di inserire il pollice all'interno delle quattro dita, dando un'ulteriore suggestione di protezione e di sicurezza (simbologia psicologica). Una volta spiegato il significato e le potenzialità dell'ancoraggio si chiedeva al paziente di uscire gradualmente dall'ipnosi. Non appena il soggetto riorientava il suo stato di coscienza si chiedeva quasi immediatamente di rieseguire il gesto dell'ancoraggio in maniera da verificare le capacità di autoipnosi. Valutata la capacità di autoipnosi attraverso la ricerca dei segni della trance ipnotica si suggeriva la de ipnotizzazione, che avveniva gradualmente in autonomia.

Seguiva, alcuni minuti dopo la de ipnotizzazione, una breve intervista per verificare le sensazioni provate dal soggetto e la verifica dell'efficacia della tecnica (Allegato A). L'intervista consentiva anche di valutare se il soggetto fosse riorientato all'abituale stato di coscienza

Prima di congedarsi veniva nuovamente spiegato al paziente in quali frangenti avrebbe potuto utilizzare l'autoipnosi e veniva consegnato ai pazienti un libretto (Allegato B) dove registrare le loro esperienze, corredandole con scale numeriche likert a 10 punti per consentire un'autovalutazione dell'ansia e del dolore sperimentato durante l'intero ricovero prima e dopo l'ipnosi, suggerendo esempi di compilazione. Sono state selezionate tali scale per permettere una più semplice ed agevole valutazione.

Il libretto di verifica autoipnosi veniva ritirato al momento della dimissione .

Analisi statistica

Le variabili categoriche sono state descritte con frazioni e la differenza di incidenza è stata verificata con test Chi Quadrato (Fisher).

Le variabili continue e quelle ordinali, di distribuzione non normali, sono state descritte con mediana (min-max) e la differenza tra fasi è stata verificata con test non parametrico per dati appaiati (Wilcoxon)

Il livello di significatività (α) è stato fissato a 0.05.

Risultati

Nel periodo dello studio è stato possibile arruolare 6 soggetti: 3 donatori e 3 riceventi. Di seguito verranno descritte alcune caratteristiche socio anagrafiche del campione

	MASCHI	FEMMINE	ETA' mediana (min-max)	Giorni Degenza Mediana (min-max)
DONATORI	0	3 (67%)	42 (38-53)	10 (9-11)
RICEVENTI	2	1 (33%)	35 (29-48)	15 (15-16)

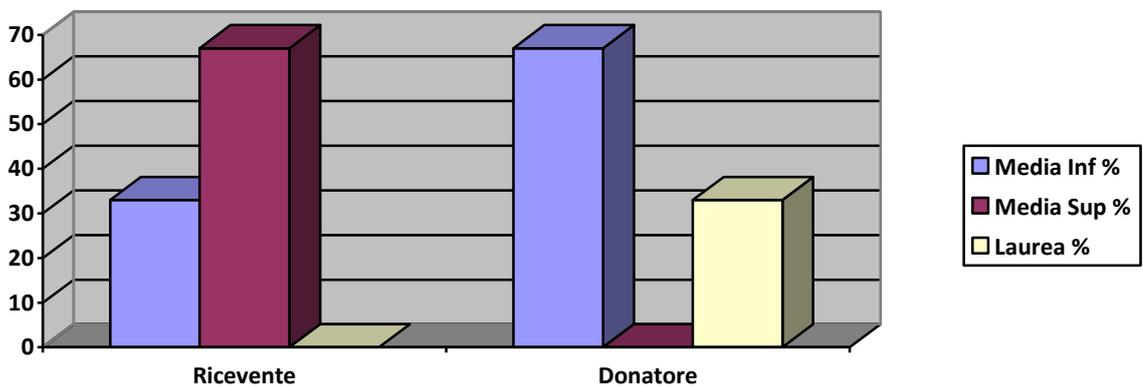


Figura 1 Titolo di studio donatori e riceventi

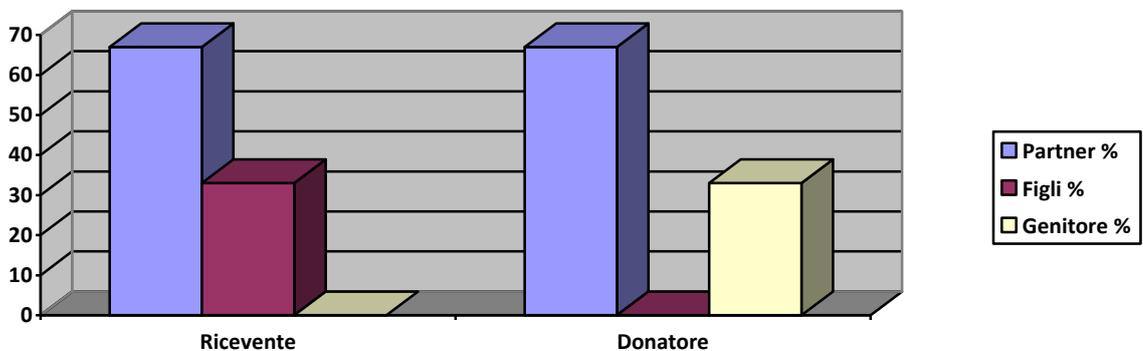
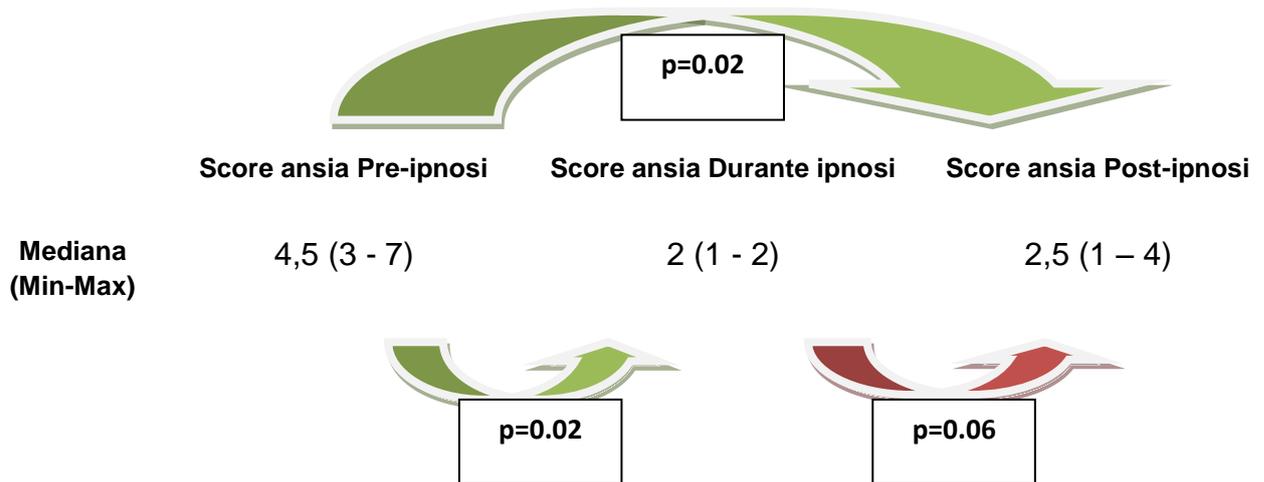


Figura 2 Grado di parentela donatori e riceventi

Solo una donatrice dichiara di avere avuto in passato altre esperienze con tecniche di rilassamento, in particolare con lo yoga.

Tutti i soggetti coinvolti nello studio sono riusciti a realizzare il monodeismo plastico attraverso l'autoipnosi

Nella tabella successiva verranno riportati i livelli di ansia percepiti dalle persone coinvolte nello studio, nelle varie fasi temporali: prima dell'induzione, durante l'ipnosi e dopo l'ipnosi. Non è stato valutato il dolore in quanto i soggetti non presentavano dolore al momento dell'eteroipnosi.



E' risultata statisticamente significativa la variazione dei livelli di ansia tra i momenti che precedevano l'ipnosi e quelli rilevati durante la seduta ($p=0,026$); ed anche tra i livelli di ansia precedenti alla seduta rispetto a quelli successivi alla seduta ($p=0,02$). Si rilevano variazioni, anche se non statisticamente significative, tra i livelli di ansia durante la seduta rispetto a quelli rilevati dopo la seduta, determinando così un'efficacia prolungata nel tempo.

Tutti i soggetti riferiscono di essere riusciti a realizzare un monodeismo plastico sia durante l'eteroipnosi che durante l'autoipnosi, anche se tutti riferiscono di aver avuto maggior rilassamento durante l'eteroipnosi. Durante l'eteroipnosi i soggetti presentavano tutti i segni della trance ipnotica: flutter palpebre, deglutizione e rilassamento dei muscoli del collo, mentre durante l'autoipnosi erano presenti il flutter e la deglutizione. Tutti i soggetti descrivono questa tecnica molto utile e la consiglierebbero ad altri.

Non vi sono differenze significative di ansia tra donatori e riceventi, anche se si verificano variazioni maggiori nei donatori.

Nella tabella sottostante vengono elencate le motivazioni che hanno portato i soggetti durante il ricovero a praticare l'autoipnosi.

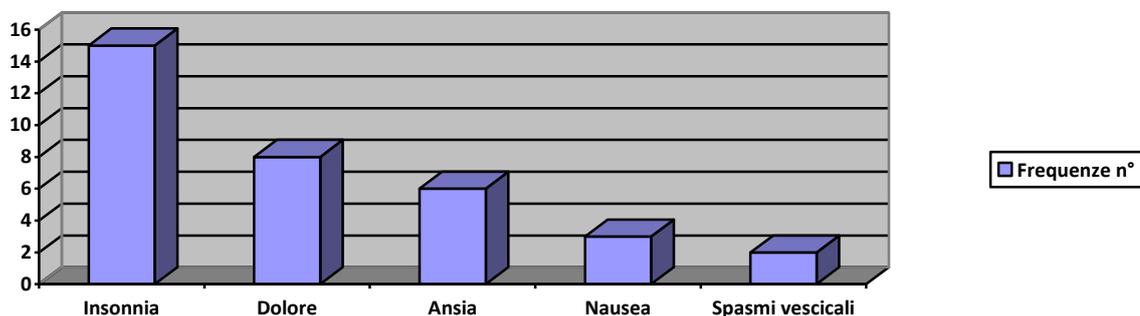


Figura 3 Motivazioni che hanno condotto ad utilizzare l'autoipnosi

Nelle tabelle successive si vedranno in dettaglio gli esiti dell'autoipnosi nell'ansia e nel dolore per le varie motivazioni riportate.

La motivazione che ha più spesso indotto ad utilizzare l'autoipnosi è stata l'insonnia. Gli esiti della tecnica per questa motivazione sono stati significativi sia nella riduzione dell'ansia che nel dolore. Le variazioni più contenute si sono verificate per il dolore soprattutto tra la trance ipnotica e la fase post ipnotica dimostrando così un effetto prolungato dell'efficacia della stessa. Nei casi d'insonnia si osservano valori più elevati di ansia rispetto al dolore.

Tabella descrittiva valori **ansia** per motivazione **insonnia**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (3-5)	1 (1-2)	<0,001		1 (1-2)	2 (1-4)	<0,001		4 (3-5)	2 (1-4)	<0,001

Tabella descrittiva valori **dolore** per motivazione **insonnia**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
2 (0-4)	1 (0-2)	<0,006		1 (0-2)	1 (0-2)	<0,05		2 (0-4)	1 (0-2)	<0,05

Nei casi in cui il dolore era il motivo che spingeva ad utilizzare l'autoipnosi, si osserva anche in questo caso delle variazioni statisticamente significative, ma più contenute

rispetto a quando si utilizzava per gestire l'insonnia. Nei casi in cui si è presentato il dolore anche i valori di ansia appaiono considerevoli.

Tabella descrittiva valori **ansia** per motivazione **dolore**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (3-5)	2 (1-3)	<0,009		2 (1-3)	2 (2-4)	<0.05		4 (3-5)	2 (2-4)	<0.01

Tabella descrittiva valori **dolore** per motivazione **dolore**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (3-5)	2 (1-3)	<0,01		2 (1-3)	2 (1-4)	<0.18		4 (3-5)	2 (1-4)	<0.008

Analogamente si presenta quando si utilizza l'autoipnosi per la gestione dell'ansia

Tabella descrittiva valori **ansia** per motivazione **ansia**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
5 (4-8)	2 (1-3)	<0,02		2 (1-3)	3 (2-5)	<0.04		5 (4-8)	3 (2-5)	<0.02

Tabella descrittiva valori **dolore** per motivazione **ansia**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (0-4)	2 (0-2)	<0,02		2 (0-2)	2.5 (0-3)	<0.3		4 (0-4)	2.5 (0-3)	<0.04

Nei casi in cui si presenta la nausea o gli spasmi vescicali, si osservano delle riduzioni dell'ansia e del dolore pur non statisticamente significative. In questi casi sia i valori di ansia e dolore nel pre ipnosi risultano elevati.

Tabella descrittiva valori **ansia** per motivazione **nausea**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
5 (4-6)	2 (2)	<0,1		2 (2)	3 (2-3)	<0.16		5 (4-6)	3 (2-3)	<0.1

Tabella descrittiva valori **dolore** per motivazione **nausea**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (4)	2 (2)	<0,08		2 (2)	3 (2-3)	<0.1		4 (4)	3 (2-3)	<0.1

Tabella descrittiva valori **ansia** per motivazione **spasmi vescicali**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
5 (5)	2.5 (2-3)	<0,18		2.5 (2-3)	3.5 (3-4)	<0.16		5 (5)	3.5 (3-4)	<0.18

Tabella descrittiva valori **dolore** per motivazione **spasmi vescicali**

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
5.5 (5-6)	2.5 (2.3)	<0,16		2.5 (2.3)	4 (4)	<0.18		5.5 (5-6)	4 (4)	<0.18

Nelle tabelle che seguono sono stati raggruppati gli score sull'ansia ed il dolore di tutte le motivazioni riferite dall'intero campione. Le differenze risultano statisticamente significative tre le variazioni temporali: pre vs durante, durante vs post e pre vs post ($p < 0,001$)

Ansia popolazione generale

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (3-8)	2 (1-3)	<0.001		2 (1-3)	2 (1-5)	<0.001		4 (3-8)	2 (1-5)	<0.001

Dolore popolazione generale

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
3 (0-6)	1 (0-3)	<0.001		1 (0-3)	2 (0-4)	<0.001		3 (0-6)	2 (0-4)	<0.001

Nel dettaglio si presentano i risultati suddivisi per donatore e ricevente, nella valutazione dell'ansia e del dolore. I valori dell'ansia rimangono statisticamente significativi per entrambi con $p < 0.001$, mentre per quanto riguarda i valori del dolore si confermano differenze significative ma minori rispetto all'ansia e differenti tra donatori e riceventi.

Ansia ricevente

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (3-8)	2 (1-3)	<0.001		2 (1-3)	2 (1-5)	<0.001		4 (3-8)	2 (1-5)	<0.001

Ansia donatore

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
4 (3-5)	2 (1-2)	<0.001		2 (1-2)	2 (1-4)	<0.001		4 (3-5)	2 (1-4)	<0.001

Le variazioni complessive del dolore nel donatore e ricevente appaiono pressoché sovrapponibili, si evidenzia una maggior prolungamento di efficacia nel tempo dell'ipnosi nei donatori.

Dolore ricevente

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
3 (0-6)	1 (0-3)	<0,001		1 (0-3)	2 (0-4)	<0.008		3 (0-6)	2 (0-4)	<0.001

Dolore donatore

Pre (min-max)	Durante (min-max)	p		Durante (min-max)	Post (min-max)	p		Pre (min-max)	Post (min-max)	p
3 (0-4)	1 (0-2)	<0,002		1 (0-2)	2 (0-3)	<0.06		3 (0-4)	2 (0-3)	<0.003

I fattori disturbanti sono state riportate solamente da un soggetto nelle schede autovalutative e sostanzialmente sono imputabili alle attività assistenziali/organizzative degli operatori svolte durante l'orario serale/notturno.

Tutti i soggetti descrivono l'ipnosi molto utile e la consiglierebbero a tutti i pazienti.

DISCUSSIONE

Tutti i soggetti si sono dimostrati abili nell'impare ad eseguire l'autoipnosi, e soprattutto a metterla in pratica nei momenti di maggior necessità durante il ricovero, dimostrando una ricaduta effettiva nel quotidiano. L'eteroipnosi è risultata molto efficace in quanto ha ridotto in maniera significativa l'ansia nella fase di accoglienza, determinando anche un effetto positivo prolungato. L'insonnia è stata la causa più frequente che ha portato il paziente all'autoipnosi, ed è stata anche la motivazione dove l'autoipnosi ha portato un miglior beneficio, in particolar modo nella riduzione dell'ansia. Il sonno in ospedale risulta diverso da quello abituale, soprattutto in quanto a durata e tempi di addormentamento^[24]. Anche lo stato di preoccupazione influisce sul sonno, confermando come l'azione dello stress aumenti l'attività del sistema reticolare endoteliale e incrementi il livello di noradrenalina nel sangue con conseguente allungamento dei tempi di addormentamento.^[25]

In tutte le motivazioni che hanno condotto il paziente all'autoipnosi i livelli di ansia sono risultati sostanzialmente maggiori rispetto al dolore, segnale di quanto l'ansia possa accompagnare, se non precedere altra sintomatologia. I valori di ansia e del dolore in generale si sono ridotti statisticamente dalla fase pre induttiva a quella successiva, nonostante si evidenzino comunque un incremento dei valori dalle fase di trance ipnotica (durante) a quella successiva (post). Anche l'autoipnosi utilizzata per gestire il dolore e l'ansia sono risultate efficaci, portando una riduzione significativa anche con effetto prolungato nel tempo.

Minor efficacia statistica ha avuto l'autoipnosi nella gestione della nausea e degli spasmi vescicali, che si sono dimostrati sintomi decisamente invalidanti sul benessere del paziente.

In conclusione si può sostenere che lo studio ha permesso di raggiungere risultati soddisfacenti, alcuni descrivibili dai risultati ottenuti, altri percepibili dalla qualità della relazione che si instaurava con il paziente, fatta di sensazioni di intesa e riconoscenza, impossibili da descrivere.

CONCLUSIONE

Certamente questo studio ha portato degli elementi di riflessione importanti che probabilmente andrebbero approfonditi analizzando un campione più numeroso. Indubbia si è dimostrata l'efficacia dell'ipnosi per la riduzione dell'ansia e del dolore nelle persone candidate al trapianto da vivente. Potrebbe essere utile, in un progetto successivo, valutare come la comunicazione ipnotica possa influire sulla qualità relazionale operatore- paziente.

Vista la frequenza di episodi di insonnia bisognerebbe avere maggior consapevolezza da parte degli operatori sull'importanza di assicurare una buona qualità del sonno ai pazienti, poiché alcuni fattori e condizioni potrebbero essere anticipati e gestiti dal personale sanitario con politiche di gestione del sonno.

Bibliografia

- (1) Beretta E, Di Mauro S, Galimberti S. La qualità di vita nei pazienti neodializzati: due interventi di pre-dialisi a confronto. *Assistenza infermieristica e ricerca* 2009; 28, 2.
- (2) Massini R, Izzi D, Marchetti P, Passaretti F, Recine U. *Medicina Interna*. McGraw-Hill Education 2013: 193-209.
- (3) Ponticelli C. *Il trapianto renale da vivente*. Napoli, Fondazione italiana del rene. 2006.
- (4) Laupacis A, Keown P, Pus N, Krueger H, Ferguson B, Wong C. et al. A study of quality of life and cost-utility of renal transplantation. *International Society of Nephrology* 1996: 235-42.
- (5) Lorè C. Legge 26 giugno 1967 n.458 Trapianto del rene tra persone viventi. Università degli Studi di Lecce Facoltà di Giurisprudenza www.scienzemedicolegali.it
- (6) Kroencke S, Fischer L, Nashan B, Herich L, Schulz KH. A prospective study on living related donors'quality of life in the first year: choosing appropriate reference data. *Clin Transplant* 2012: 26.
- (7) Bonfante I, Gemelli A, D'Angelo A. Il follow-up nel donatore. *G Ital Nefrol* 2009; 26: 460-67.
- (8) Rogovik AL, Goldman RD. Hypnosis for treatment of pain in children. *Can Fam Physician*. 2007 May;53(5):823-5.
- (9) Montgomery GH, . Bovbjerg DH, Schnur JB, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer inst* 2007; 99: 1304-12.
- (10) Elkins G, Sliwinski J, Bowers J, et all. Feasibility of clinical hypnosis for the treatment of parkinson's disease: a case-study. *Int J Clin Exp Hypn*, Apr 2013; 61(2): 172–82.
- (11) Usberti M, Grutta d'auria C, Borghi M, et al. Usefulness of hypnosis for renal needle biopsy in children. *Kidney international* v.1. 26 (1984); pp. 351-52.

- (12) Elvira V, Lang A, Kevin S. et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 126 (2006); 155-64.
- (13) Franco Granone. *Trattato di ipnosi*. Utet, Torino 1989
- (14) Cavallaro E. *L'ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Collana caleidoscopio-
ed italiana. Medical systems spa. Genova, 1996.
- (15) Eslinger R. *Nursing and Hypnosis - A perfect combination*. *The Tennessee Nurse*, 2007; Vol 70, number 1.
- (16) Yeh V M, Schnur J B, Montgomery G H. Disseminating Hypnosis to Health Care Settings: Applying the RE-AIM Framework. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* 2014; Vol. 1, No. 2, 213-28.
- (17) Facco E, Pasquali S, Zanette G. Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia* 2013; 68, 961-65.
- (18) Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP. Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *TBM* 2012;2:65–72.
- (19) Antonelli C. Ruolo dell'ipnosi nel controllo del dolore: definizione ed evidenze. *Acta Anaesth. Italica* 2005; 56: 95-112.
- (20) Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessel, T.M. (2000). *Principles of Neural Science*. McGraw-Hill Medical.
- (21) Milton H E. *Healing in Hypnosis, the seminars, workshops and lectures*. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma 1984; volume 1.
- (22) Cavallaro E. *L'ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Collana caleidoscopio-
ed italiana. Medical systems spa
- (23) Regaldo G. *Manuale di ipnosi medica rapida*. Regaldo, Torino 2014.
- (24) Banks S, Dinges DF (2007) Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *J Clin Sleep Med*, 3(5), 519-28.
- (25) Closs SJ (1988) Assessment of sleep in hospital patients: a review of methods. *J Adv Nurs*, 13(4), 501-10.

ALLEGATO A

VALUTAZIONE Infermieristica dell'ipnosi e dell'autoipnosi

Codice paziente (numero progressivo) _____

Sesso M F

Anno di nascita...../...../.....

Titolo di studio.....

Data induzione/...../.....

Donatore Ricevente

• Ha mai avuto esperienze con tecniche di rilassamento? NO SI

• Se si
quali?.....

Assegna un punteggio da 0 (per nulla) a 10 (moltissimo)

Quanta ansia provava prima della tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanta ansia ha provato dopo la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Verifica del risultato:

il paziente è riuscito a distaccarsi e ad immaginare un luogo piacevole? NO SI

il paziente è riuscito ad effettuare l'autoipnosi? NO SI

• Pensa Che Questa Esperienza Sia Stata Utile? NO SI

• Consiglierebbe Questa Esperienza? NO SI

ALLEGATO B

VALUTAZIONE dell'assistito

Nome: _____

Data _____ Ora _____

Motivo dell'utilizzo della tecnica _____

Assegna un punteggio da 0 (per nulla) a 10 (moltissimo)

Quanta ansia provavi **prima** della tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanta ansia hai provato **durante** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanta ansia hai provato **dopo** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanto dolore provavi **prima** della tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanto dolore hai provato **durante** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanto dolore hai provato **dopo** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Eventuale terapia _____

Sei riuscito/a a distaccarti immaginando un luogo piacevole? NO SI

Ci sono stati fattori disturbanti? NO SI

Quali _____

Data _____ Ora _____

Motivo dell'utilizzo della tecnica _____

Assegna un punteggio da 0 (per nulla) a 10 (moltissimo)

Quanta ansia provavi **prima** della tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanta ansia hai provato **durante** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanta ansia hai provato **dopo** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanto dolore provavi **prima** della tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanto dolore hai provato **durante** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Quanto dolore hai provato **dopo** la tecnica di rilassamento? Punteggio _____

Eventuale terapia _____

Sei riuscito/a a distaccarti immaginando un luogo piacevole? NO SI

Ci sono stati fattori disturbanti? NO SI

Quali _____