

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

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**CI.I.C.S.**

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

**Direttore: Prof. A. M. LAPENTA**

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

**La gestione dell'ansia e del dolore nel  
peri-operatorio in sala operatoria**

**Candidato: Andrea Di Ruvo**

**Relatore: Dott.ssa Filomena Muro**

**Controrelatore: Dott. Antonio M. Lapenta**

**Anno 2014**



*Ai miei genitori*

# Indice

1.	Introduzione.....	p. 5
2.	Organizzazione dello Studio.....	p. 7
2.1	Ipnosi e comunicazione ipnotica: breve introduzione.	p.75
2.2	Il Contesto.....	p.10
2.3	Il Campione.....	p. 13
2.4	Materiali e Metodi.....	p. 13
2.5	Risultati.....	p. 20
2.6	Discussione.....	p. 22
3.	Conclusione.....	p. 23
4.	Bibliografia.....	p. 24
	Allegato 1 SVDeA.....	p. 26



# 1. Introduzione

L'obiettivo di questo elaborato è di esporre un'esperienza sull'efficacia dell'introduzione della comunicazione ipnotica nell'immediato periodo pre e post-operatorio del blocco operatorio DEA del presidio sanitario C.T.O. dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino.

L'idea di questo studio nasce dopo aver frequentato il corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica del Centro italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale. Durante questo corso ho avuto modo di apprendere il valore della relazione terapeutica all'interno della quale si colloca ogni tipo di comunicazione col paziente. Il valore della relazione era già stato approfondito durante il corso di laurea in infermieristica e durante gli anni di professione come infermiere, ma l'ottica con cui abbiamo guardato la relazione col paziente è stata completamente diversa sotto diversi aspetti. Innanzitutto, durante la mia formazione, mi è stato insegnato ad essere un punto di riferimento per il paziente, a rassicurarlo, ma nessuno mi aveva mai insegnato come fare. Così, con l'esperienza, avevo maturato alcuni "comportamenti relazionali" caratterizzati anche da alcuni comuni errori come, ad esempio, dire ad un paziente che entra in sala operatoria giustamente spaventato: "non si preoccupi, andrà tutto bene, è una sciocchezza" evidentemente con l'intento di sostenere il paziente ma con il risultato di mantenere una certa distanza tra bisogno e capacità di rispondere in modo adeguato. L'insuccesso e la poca soddisfazione dovuti a questo atteggiamento relazionale mi ha spinto a volere approfondire la comunicazione e alcune tecniche per poter essere più efficaci e di aiuto al paziente.

Durante il corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica ho compreso come quegli strumenti fossero già contenuti nella mia professione di infermiere come, ad esempio, la creazione di un rapporto di empatia, la conoscenza diretta del paziente chiamandolo per nome, l'attenzione al paziente come persona. La riscoperta di questi elementi, attraverso l'uso della comunicazione ipnotica e dell'uso consapevole di

questa tecnica comunicativa mi ha permesso di essere un miglior professionista della salute, risultando più efficace, e mi ha anche arricchito molto come persona. Il contesto dove si è svolto lo studio è quello della sala operatoria, reparto dove svolgo la mia professione infermieristica. All'interno di questo contesto operativo la relazione col paziente e la comunicazione assumono una valenza estremamente importante e delicata.

*“La comunicazione, si sa, è un processo complesso e dalle molte sfaccettature...La comunicazione sanitaria è sicuramente particolare, in quanto non solo va fatta e gestita in un contesto difficile, non solo per le parole da dire, ma anche per il clima stesso, imbevuto di sentimenti, sensazioni, paure, ansie”* (Borrella, 2009, p. 13).

Come si evince da questa frase, la cornice in cui si è scelto di portare avanti lo studio è sicuramente particolare e la carica emotiva che è presente ha giocato un ruolo molto importante nella comunicazione ipnotica

## **2. Organizzazione dello studio**

Lo studio oggetto di questo elaborato è stato condotto presso una struttura pubblica e, come consuetudine, è stata richiesta l'autorizzazione alla dirigenza infermieristica del presidio CTO per poter rilevare dati su pazienti a cui è stata praticata una procedura anestesiológica con l'ausilio della comunicazione ipnotica. Ai pazienti veniva chiesta una autorizzazione in forma orale prima di applicare tale tecnica di comunicazione. I dati raccolti sono tutti in forma rigorosamente anonima e vengono utilizzati unicamente a fini didattici.

In questo paragrafo, dopo una breve introduzione sul concetto di ipnosi e comunicazione ipnotica vedremo il contesto in cui si è svolto lo studio, il campione con i criteri di inclusione e di esclusione che hanno condizionato il reclutamento, i materiali e i metodi utilizzati e, infine, i risultati.

### **2.1 Ipnosi e comunicazione ipnotica: breve introduzione**

La parola “ipnosi” suscita spesso molti timori tra gli operatori della salute. È piena di pregiudizi derivanti da una spettacolarizzazione del fenomeno ipnotico e, a volte, è considerata come un atto magico, non scientifico, per “stordire” alcuni pazienti che magicamente diventano mansueti e non ricordano ciò che gli è stato fatto. Altre volte, invece, è considerata come un atto violento che va contro il sistema valoriale della persona e la obbliga, in qualche modo, a dire o fare ciò che non vorrebbe. Questi preconcetti devono essere sfatati.

Nonostante la sua etimologia, l'ipnosi non può essere confusa con il sonno che, invece, presenta altre dinamiche. Secondo Granone (1989) l'ipnosi è una particolare condizione psicosomatica in cui persiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno. Questo particolare stato fisiologico dell'organismo si instaura quando intervengono particolari stimoli dissociativi. Lo stato ipnotico, quindi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e caratterizzato dalla

presenza di monoideismo plastico. In altre parole lo stato ipnotico è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immaginativo-emotive rispetto a quelle critico-intellettive, con una parziale dissociazione psichica e una focalizzazione su una sola idea che presenta effetti plastici, cioè somatici, osservabili e misurabili.

Il monoideismo plastico, fulcro del momento ipnotico vero e proprio, si ottiene permettendo ed aiutando il soggetto a restringere al massimo il proprio campo di interessi e orientando l'attenzione su una sola idea alla volta e in modo via via più pregnante e anche creativo (Granone, 1989).

L'ipnosi, però, non è uno stato mentale rigido da ricercare nel paziente, ma è una modalità di funzionamento dinamica caratterizzato dalle capacità di rappresentazione mentale del soggetto stesso. Tutte le persone, quindi, possono manifestare stati ipnotici, poiché tutte le persone esprimono idee e rappresentazioni mentali che si manifestano plasticamente, anche se non tutte le persone sanno gestire autonomamente le proprie rappresentazioni mentali al fine di raggiungere obiettivi precisi.

In questo elaborato i termini "ipnosi" e "comunicazione ipnotica" vengono utilizzati come sinonimi, sapendo che la Comunicazione Ipnotica serve a condurre il soggetto nello stato ipnotico che sta vivendo: conoscendo, il funzionamento della trance ipnotica e del monoideismo plastico, allora possiamo utilizzare un tipo di comunicazione con gli utenti del sistema sanitario utile ed efficace per il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi per il bene della loro salute.<sup>1</sup>

Inoltre, possiamo anche dire che questo stato fisiologico dell'organismo, proprio perché fisiologico e a volte spontaneamente espresso per essere gestito in modo terapeutico è necessario che venga indotto, ricreato, attraverso una relazione che coinvolge profondamente l'ipnologo e il paziente. Senza questa relazione non è possibile instaurare lo stato ipnotico con tutti i suoi benefici effetti. I meccanismi psichici che vengono coinvolti implicano un transfert e un contro-transfert positivo con

---

<sup>1</sup> Muro F., personal communication durante le lezioni del Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione ipnotica, Torino, 2014.

un'enfasi positiva della relazione terapeutica.<sup>2</sup> La relazione diventa, quindi, il contenitore dove si svolge l'atto professionale anche dell'infermiere.

Attraverso l'ipnosi viene potenziata la capacità immaginativa del paziente perché, con lo sviluppo del monoideismo plastico, si possano verificare alcuni fenomeni utili dal punto di vista clinico e terapeutico per il paziente stesso. L'obiettivo della comunicazione ipnotica è, in ultima analisi, quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire tutte quelle modalità utili affinché si realizzi un monoideismo plastico finalizzato al soddisfacimento del suo bisogno terapeutico.

Utilizzare l'ipnosi e la comunicazione ipnotica in ambito sanitario significa capire che la fenomenologia che si desidera creare attraverso un monoideismo plastico attentamente guidato non è merito dell'ipnologo che conduce la relazione, ma è un'esplicitazione delle capacità del soggetto che si rendono disponibili in questo particolare stato di coscienza. Tutto ciò è pienamente scientifico e dimostrato dalle innumerevoli prove sulle correlazioni tra mente e corpo (Granone, 1989).

La comunicazione ipnotica in ambito clinico-sanitario è utile in diversi ambiti, ad esempio, per superare alcune fobie, come quella del dentista e permettere di essere curati con maggior efficacia e regolarità (Gonella A., 1999).

Un altro ambito molto importante in cui può essere utilizzata ampiamente la comunicazione ipnotica è il controllo del dolore anche procedurale.

Infine un ulteriore ambito di applicazione della comunicazione ipnotica è quello di ridurre l'ansia che i pazienti afferenti le strutture sanitarie sperimentano continuamente, dato che vengono eseguite manovre anche molto invasive sul proprio corpo.

---

2 Papi L., personal communication durante le lezioni del Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica, Torino, 2014.

## 2.2 Il Contesto

Questo studio è stato realizzato nel blocco operatorio DEA del presidio CTO dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. Il blocco operatorio DEA è vocato al trattamento dei pazienti vittime di traumi in regime di urgenza/emergenza ed urgenza differibile. Per questo motivo le sale operatorie dedicate sono due: una, denominata fast-track, dedicata al trattamento delle urgenze/emergenze e attiva 24 ore con personale sempre presente in guardia attiva. La seconda, invece, attiva dal lunedì al venerdì per 12 ore al giorno e destinata al trattamento della traumatologia differibile.

Nelle ore in cui non è presente il trattamento chirurgico di urgenza/emergenza (tendenzialmente al mattino) anche la sala fast-track si dedica al trattamento della traumatologia di elezione.

La sala dove vengono accolti e preparati i malati nel pre/ post-operatorio, detta “sala risveglio”, è comune a entrambe le sale. In questa sala opera un solo infermiere che accoglie il malato proveniente dal reparto di degenza, lo prepara all’intervento applicando una cannula venosa periferica attraverso la venipuntura, somministrando l’antibiotico preoperatorio e preparando il materiale per l’anestesia loco-regionale. L’infermiere collabora anche col medico anestesista nell’esecuzione dell’anestesia loco-regionale ed è cardine nella relazione col paziente fungendo da anello di congiunzione tra le informazioni fornite dal medico, che spesso sono in un linguaggio poco chiaro e comprensibile, e il livello di preparazione del paziente stesso. Nella sala risveglio viene anche accolto il paziente al termine dell’intervento chirurgico e inizia immediatamente con la terapia antalgica e la successiva valutazione del dolore prima della dimissione nel reparto di provenienza. Proprio in questa sala si è svolto il presente studio che ha coinvolto solo i pazienti candidati ad una chirurgia di elezione, benché sempre traumatologica.

Il trauma è una vera e propria malattia ed è la prima causa di morte per le persone con meno di 40 anni. Nel 2012 sono state coinvolte in incidenti stradali che hanno

comportato la morte o gravi lesioni alla persone più di 9000 persone solo nella provincia di Torino ([www.istat.it](http://www.istat.it)). Alcune sono morte nell'immediato periodo a ridosso del trauma, altre sono decedute in ospedale durante le prime cure, altre a distanza di tempo a causa delle complicanze del trauma stesso.

Una buona parte delle vittime di traumi non presenta indicazioni chirurgiche immediate, ma l'intervento chirurgico può essere praticato a distanza di tempo. Anzi, in alcuni casi, come nelle fratture del calcagno, vi è proprio l'indicazione ad attendere qualche giorno prima di intervenire chirurgicamente.

Proprio questi pazienti che afferiscono in ospedale a distanza di qualche tempo per essere operati sono stati oggetti del presente studio. I pazienti che hanno subito un trauma e che sono in attesa di intervento presentano principalmente due tipi di sintomi: il dolore e l'ansia (Sili et al., 2013; Bailey, 2010; Winter, Parskin & Bakert, 1994).

Il dolore è una componente molto importante dell'esperienza di una persona che è stata vittima di un trauma: un arto rotto provoca intenso e continuo dolore. Inoltre utilizzare in modo non consueto il proprio corpo può essere un'ulteriore fonte di dolore, come, ad esempio, camminare con l'ausilio di stampelle.

La definizione ufficiale di dolore è stata delineata dalla IASP, International Association for the Study of Pain, che nel 1979 la descrive come:

*"un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale."* (IASP, 1979).

Tale definizione pone l'accento soprattutto sulla natura soggettiva della sensazione dolorosa:

*"Il dolore è sempre soggettivo. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Essendo una esperienza spiacevole, alla componente*

*somatica del dolore si accompagna anche una carica emozionale" (IASP, 1979).*

Attraverso la comunicazione ipnotica è possibile imparare a gestire il dolore che anche se potrebbe essere ancora percepito, non assume più la sua valenza spiacevole e inopportuna. Come abbiamo già accennato nel paragrafo precedente, infatti, alcuni studi recenti, tra cui Casiglia et al., 2010 e Facco et al., 2011, ipotizzano una sorta di gate-controll per lo stimolo doloroso che non permette allo stimolo stesso, benché percepito, di arrivare ai centri corticali ed essere elaborato, quindi, come esperienza spiacevole.

Possiamo concludere, quindi, che ad un livello di evidenza scientifica, la comunicazione ipnotica è efficace per ridurre la percezione del dolore.

Per quanto riguarda l'ansia sappiamo che più di 4 milioni di italiani soffrono d'ansia ed è molto presente in chi è in attesa di essere operato o in chi non conosce ancora l'evoluzione del proprio stato clinico. È un'ansia reattiva: il corpo e la mente si allertano e si dispongono ad affrontare una situazione ignota e che può anche risultare pericolosa nell'immediato. Non dobbiamo avere paura dell'ansia del paziente, ma dobbiamo calarci "nei suoi panni" e considerare, invece, che è del tutto naturale che si possa provare uno stato ansioso, ma che è possibile gestire questo stato con opportune modalità che facciano convogliare l'energia espressa dall'organismo che si trova in uno stato ansioso in una condizione di tensione controllata e spesa a favore della persona che sta sperimentando questa condizione.

In ambito clinico-sanitario, inoltre, sappiamo che una componente dell'ansia sperimentata dal paziente (il 32%) è scatenata da una difficile comunicazione con gli altri (Borella, 2009). Si tratta, quindi, di un'ansia relazionale che segna in profondità l'andamento di ogni comunicazione futura. L'ansia inibisce la naturalezza espressiva e l'istintività della comunicazione: ciò porta la persona ansiosa a vestire una maschera che interferisce con una comunicazione di sentimenti rispondenti alla realtà.

Nell'interazione con gli operatori sanitari il livello d'ansia è quasi sempre molto alto, soprattutto nel contesto della sala operatoria, per cui bisogna tener presente che

in ogni forma di comunicazione il livello di ascolto sarà molto basso, ci saranno molti fraintendimenti e anche il messaggio sarà confuso e poco attendibile (Borella, 2009).

In questo contesto di cura si delinea la figura professionale dell'infermiere in grado non solo di eseguire delle manovre tecniche e specialistiche per la preparazione del malato all'intervento e la sua gestione nel post-operatorio, ma anche capace di accogliere il paziente, ascoltarlo e contenere la sua ansia e la sua paura:

*“La professione infermieristica è considerata una professione di cura, è chiesto per competenza professionale di saper avere a che fare con la sofferenza, con il male vissuto nel corpo e nella mente, avendone cura”* (Saiani & Brugnolli, 2011, p. 57).

All'infermiere spesso i malati richiedono parole di incoraggiamento, parole che curano, una “parola medicinale”:

*“Una parola medicinale, ovvero una parola che aiuti a ristrutturare l'orizzonte simbolico da cui il paziente interpreta la malattia in modo che possa trovare la speranza in un futuro buono. Nella conversazione nutrita di attenzione empatica si può arrivare a comprendere che cosa è importante per il paziente. La parola medicinale è quella che attiva il fattore guarigione nel paziente”* (Mortari, 2006, p. 54).

La perdita della piena funzionalità del proprio corpo, anche se temporanea, viene vissuta come un senso di perdita del controllo sulla propria vita. È qui che agisce la relazione con l'infermiere che porta il malato a fidarsi delle cure ricevute e, attraverso la comunicazione ipnotica, a controllare il dolore e il livello di ansia pre e post-operatoria.

Secondo Saadat et al. (2006) la comunicazione ipnotica è una procedura molto efficace ( $p= 0.0008$ ) per ridurre l'ansia nel periodo pre-operatorio di più del 50%. Più recentemente anche secondo Montgomery et al. (2007) l'ipnosi si è dimostrata

statisticamente efficace per la riduzione dell'ansia pre-operatoria e, secondo gli autori, anche per la riduzione dei costi del trattamento di ansia e dolore, riducendo i tempi tra un intervento chirurgico e l'altro.

## **2.3 Il Campione**

Il campione selezionato per questo studio è costituito da 11 persone (5 maschi e 6 femmine). Il reclutamento, previa autorizzazione aziendale, è stato effettuato dal 15 Luglio 2014 al 15 Agosto 2014.

I criteri di inclusione sono: essere stati vittime di trauma, accedere al blocco operatorio DEA in regime di elezione, essere candidati ad una anestesia loco-regionale (rachi-anestesia o blocco di uno o più fasci nervosi), non avere problemi cognitivi o particolari problemi di salute come ipoacusia o problemi visivi.

I criteri di esclusione sono: accedere al blocco operatorio DEA in regime di urgenza/emergenza, essere candidati ad una anestesia generale (narcosi), avere problemi cognitivi o particolari problemi di salute, diagnosi di psicosi.

## **2.4 Materiali e Metodi**

Per il seguente studio è stato utilizzata una scheda di raccolta dati denominata "SVDeA": scheda di Valutazione Dolore e Ansia nel Perioperatorio (in allegato 1). È stata realizzata, grazie alla collaborazione della tutor di questo stesso elaborato, modificando una scheda già esistente presso il presidio Molinette dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. Io e la mia tutor abbiamo modificato e adattato la scheda al contesto della sala operatoria DEA del CTO.

Questa scheda di valutazione è suddivisa in due parti: la prima parte dedicata al paziente raccoglie informazioni anagrafiche, come l'età, il genere e la procedura eseguita, e registra la percezione del dolore procedurale su una scala numerica a 11 punti, da 0 a 10 (Numeric Rating Scale, NRS). È stato importante dividere la

componente dolorosa derivante dalla frattura o comunque dal trauma precedentemente subito, dal dolore causato dalla procedura per l'anestesia loco-regionale eseguita in sala risveglio. Proprio il dolore procedurale è l'oggetto specifico di questo elaborato, per cui si è deciso di introdurre le domande riferite a questo tipo di dolore con la dicitura "ripensando alla procedura appena eseguita" in modo che fosse chiaro al paziente che ci stavamo riferendo solo alla componente dolorosa derivante dalla tecnica anestesiologicala.

Una valutazione simile viene eseguita anche per l'ansia, che, abbiamo visto, è una condizione tipica del paziente che accede alla sala operatoria in attesa di intervento chirurgico. La valutazione su scala NRS a 11 punti (da 0 a 10) viene eseguita prima e dopo la procedura anestesiologicala. Anche in questo caso la domanda introdotta con "ripensando alla procedura appena eseguita..." si riferisce alla Misurazione dell'ansia di tratto cioè quella sperimentata in riferimento alla procedura

La valutazione riferita all'ansia e al dolore è stata eseguita prima e dopo la procedura con l'obiettivo di valutare se la comunicazione ipnotica potesse essere utile per la gestione dell'ansia e del dolore procedurale in un ambiente frenetico e caotico come la sala risveglio del blocco operatorio.

La seconda parte della scheda di raccolta dati è dedicata all'operatore e vengono segnalate le alterazioni di alcuni parametri vitali del paziente che, in sala risveglio, è costantemente monitorizzato. In particolare si registrano le modificazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca che, durante la comunicazione ipnotica, dopo un primo innalzamento filologico, tendono ad abbassarsi.<sup>3</sup>

In questa seconda parte si segnala anche la compliance del paziente: se collaborante, fermo, ecc... E, non da ultimo il giudizio dell'operatore sulla tecnica eseguita.

La scheda di valutazione viene compilata facilmente perché i parametri di valutazione fanno parte della valutazione e accoglienza che l'infermiere già compie

---

<sup>3</sup> Gonella A. personal communication al corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica, Torino, 2014.

abituamente in una sala risveglio. È stato possibile applicare la comunicazione ipnotica proprio per la necessità della raccolta dei dati. Al momento dell'ingresso, infatti, dopo essersi presentati con il proprio nome di battesimo e con il pretesto della compilazione della scheda di registrazione dell'intervento, vengono poste alcune domande seguendo uno schema simile al seguente e standardizzato per tutti i pazienti:

- “Buongiorno. Io mi chiamo Andrea e sono l'infermiere che la accompagnerà nella preparazione all'intervento. Lei come si chiama?”
- “Mi chiamo Giovanni Battista Rossi”
- “Signor Giovanni Battista, come la chiamano a casa?”
- “Mi chiamano tutti Gibo”
- “Signor Gibo, ora la porterò con questa barella nella sala di preparazione all'intervento che noi chiamiamo sala risveglio. Li le metterò una cannula in una vena del braccio per poter infondere dei liquidi con le flebo(clisi) e insieme all'anestesista eseguiremo la procedura di anestesia che le è già stata spiegata. Io sarò sempre con lei e per qualunque cosa potrà chiamarmi”.

Come si vede, già dal momento dell'accettazione del paziente nel blocco operatorio si instaura una relazione di fiducia che è la cornice su cui poi si innesterà l'induzione ipnotica. L'obiettivo di questo momento è quello di guadagnare la fiducia del paziente facendo sì che l'analisi critica sia abbassata e che sia possibile per il paziente accogliere con maggior agio i suggerimenti dati. Una delle prime regole da seguire affinché sia possibile creare la relazione di fiducia è di conoscere l'importanza di chiamare il paziente per nome e col nome con cui viene abitualmente riconosciuto. Inoltre viene spiegato che è presente una persona che si occupa di lui e che è disponibile per eventuali esigenze. Nulla viene lasciato al caso, ma quello che verrà eseguito viene illustrato e spiegato prontamente per non creare sorprese e aumentare l'ansia. È noto che la paura aumenta quando lo spazio di una realtà poco conosciuta viene riempito da immagini fantasiose solitamente peggiorative rispetto alla realtà, per questa ragione è opportuno spiegare i passaggi di tutto ciò che attende il paziente.

Nel momento dell'ingresso del paziente nel blocco operatorio lo stato di coscienza è già, in qualche modo, modificato: l'ansia, la paura, il dolore, l'aspettativa,

il desiderio di guarigione, pongono già il paziente in uno stato di coscienza “altro” rispetto all’abituale. Questa condizione gioca un ruolo molto importante nella comunicazione ipnotica, poiché il paziente è già naturalmente propenso ad affidarsi e, quindi, a farsi condurre in uno stato immaginativo che sviluppi un monoideismo plastico.

Una volta arrivati in sala risveglio si prepara il materiale per il posizionamento di una cannula venosa periferica. La venipuntura necessaria per il suo posizionamento viene eseguita con tecniche di sovraccarico come, ad esempio, l’aprire e chiudere entrambe le mani coordinandole con il ritmo del respiro, contare da 300 a 0 togliendo tre numeri, ecc...tecniche che superano la semplice distrazione che pure viene attuata da sempre da noi infermieri perché l’energia spesa nel sovraccarico riduce ulteriormente l’analisi critica lasciando un varco per l’accoglienza delle suggestioni. Tutte le procedure eseguite da questo momento in poi vengono eseguite sotto continua monitorizzazione del paziente tenendo presenti la frequenza cardiaca, la pulsiossimetria, la pressione arteriosa misurata ogni 5 minuti.

Successivamente viene preparato il materiale per l’anestesia loco-regionale che comprende la rachi-anestesia con iniezione dell’anestetico nello spazio sub-aracnoideo, il blocco di uno o più fasci nervosi a seconda del distretto anatomico oggetto di intervento chirurgico.

Una volta preparato il materiale e disposto un campo sterile su un carrello servitore che utilizzerà l’anestesista in autonomia, l’infermiere aiuta il malato ad assumere la posizione corretta per la procedura. Durante queste manovre l’infermiere si pone, quindi, davanti al malato per il controllo della posizione guidando il paziente nella condizione di stato ipnotico.

Per tutti i pazienti il modello di induzione è stato simile a questo:

“Signor Gibo per avere il massimo beneficio da questa procedura è necessaria la sua collaborazione e per questo la aiuterò a rimanere fermo, immobile e rilassato (*contratto terapeutico*) E (*congiunzione che presuppone che quanto precedentemente detto sia vero*) per farlo ora si concentri sul suo respiro così le sarà più facile controllare tutto il suo corpo (*ordine motivato*).

Molto bene. Vedo che ha chiuso gli occhi (*descrizione*) e sento anche l'aria che esce soffiando dal suo corpo e ancora che entra mentre inspira ed esce soffiando (*ripetizioni-ritmo*).

E in questo momento si accorge di come il suo corpo è già cambiato e di come le spalle si abbassano e si rilassano ogni volta che espira (*ricalco*) Molto bene, bravo. E potrà rendersi conto che, ogni volta che l'aria, le spalle si abbassano sempre di più, di più, di più, di più...allontanando tutte le tensioni(*suggestione*). E mentre il corpo si sta rilassando, può immaginare, con gli occhi della mente, gli occhi di quando sogna, di essere in un luogo tranquillo, sicuro dove si sente in completo benessere. Questo luogo lo può cercare tra i ricordi oppure lo può creare con l'immaginazione: un luogo dove i colori, i suoni, gli odori sono quelli che preferisce e dove si sente in completo benessere. È un luogo su misura per te (*dissociazione dall'esperienza reale spostando l'immagine mentale a esperienze più piacevoli*).

In questa condizione niente e nessuno ti può disturbare, nemmeno la cosa più strana (*suggestione*). Nemmeno le voci e i rumori che senti in questa stanza. Nemmeno le mani dell'anestesista cheti toccano la schiena. E più senti toccare la schiena più quella parte della schiena è rilassata con i muscoli allungati, morbidi, sciolti, rilassati (*ratifica*).

E quella parte della schiena si addormenterà completamente e non sentirà più nulla come se ci fosse sopra del ghiaccio, diventa fredda e insensibile (*suggestione*). La parte che viene toccata diventa fredda e insensibile come se ci fosse del ghiaccio sopra. Molto bene (*ratifica*).

Molto bravo signor Gibo. La tua mente ha una grande capacità, può controllare il corpo. E come è riuscito ad avere il massimo controllo ora, potrà sperimentare questa sua capacità ogni volta che lo desidera semplicemente unendo il pollice e l'indice della mano sinistra Ogni volta che lo vorrà e solo se lo vorrà (*ancoraggio*). Termine della procedura.

Molto bene ora con un bel respiro può riaprire gli occhi e riorientare la sua mente nel qui ed ora. E può sdraiarsi comodamente” (*riorientamento*).

Al termine della procedura sopra descritta viene compilata la seconda parte della scheda di rilevazione dati SVDeA facendo raccontare al paziente la sua esperienza.

Questo semplice schema di comunicazione ipnotica della durata di pochi minuti tiene conto di tutte le fasi necessarie per creare una trance ipnotica vera e propria: contratto terapeutico, ordine motivato, descrizione, ricalco, suggestione, ratifica, ancoraggio, ri-orientamento.<sup>4</sup>

## 2.5 Risultati

Il campione di questo studio è costituito da 11 persone: 5 di genere maschile e 6 di genere femminile. L'età media è di 47,18 anni. 8 pazienti hanno subito una rachianestesia con puntura lombare e iniezione dell'anestetico nello spazio sud-aracnoideo; 3, invece, hanno subito il blocco del plesso brachiale in regione ascellare o sovraclaveare con puntura con ago elettrostimolato.

Solo 2 delle donne (18%) avevano già sperimentato questo tipo di anestesia precedentemente con un dolore provato pari a 6 (NRS); mentre nessuno degli uomini aveva mai sperimentato una anestesia loco-regionale.

L'ansia pre-procedurale è stata rilevata con un valore medio di 7,63 (NRS).

---

<sup>4</sup> Regaldo G & Muro F. personal communication al Corso base di Ipnosi clinica e Comunicazione Ipnotica, Torino, 2014.

Alla domanda sulla quantificazione del dolore della procedura anestesiológica eseguita con la tecnica della comunicazione ipnotica il valore medio registrato è stato di 2,9 (NRS).

L'ansia legata alla procedura è stata valutata con un valore medio di 1,9 (NRS).

L'ansia post-procedurale, invece è stata valutata con un valore medio di 2,18 (NRS).

Alla domanda se la tecnica di comunicazione ipnotica è stata di aiuto solo 2 persone (18%) hanno risposto di no, le stesse persone che non vorrebbero ripetere la procedura medica con l'ausilio della comunicazione ipnotica ma preferirebbero eseguire la procedura in anestesia totale.

Il giudizio complessivo dato dai pazienti alla tecnica è stato valutato con una media di 7,09 (NRS).

Di coloro che hanno avuto beneficio solo 5 (45%) sono riusciti a trovare un luogo piacevole e sicuro in cui rifugiarsi e la maggior parte di loro lo ha poi descritto come un luogo bello e rilassante (indicandolo come una località di montagna o di mare) con o senza la presenza di persone familiari significative.

La pressione arteriosa e la frequenza cardiaca non hanno registrato variazioni di rilievo e i pazienti, anche coloro che hanno riferito di non aver avuto beneficio dalla procedura ipnotica, sono stati sempre fermi e collaboranti.

Gli anestetici non sono mai stati sottodosati, mentre in 2 casi, uno appartenente al gruppo di coloro che non ha avuto beneficio, si è reso necessaria la somministrazione di sedativi, in particolare midazolam, 2 mg.

Il giudizio dell'operatore sull'efficacia della comunicazione ipnotica si è attestato con un valore medio di 8,5 (NRS).

Il tempo medio di induzione è stato di 6 minuti, mentre il tempo medio per l'intera procedura è stato di 17 minuti. Il tempo medio percepito dai pazienti è stato di 4,8 minuti.

## **2.6 Discussione**

I risultati ottenuti da questo semplice e piccolissimo studio ci mostrano come la comunicazione ipnotica sia efficace per la riduzione dell'ansia da procedura, come descritto anche dalla letteratura scientifica. Infatti la percezione dell'ansia è passata da un valore medio di 7,63 (NRS) dell'ansia pre-procedurale a un valore medio di 2,18 (NRS) dopo comunicazione ipnotica.

Anche il dolore è stato notevolmente ridotto attraverso le capacità del paziente guidato durante la comunicazione ipnotica, passando da un valore di 6 (NRS) nel ricordo di chi aveva già eseguito una anestesia simile a un valore medio di 2,9 (NRS).

Il tempo percepito si è dimostrato notevolmente ridotto rispetto a quello effettivamente trascorso, come mi aspettavo. Infatti, durante l'ipnosi vi è una distorsione temporale che permette di percepire il tempo più lentamente o, comunque, differentemente rispetto al normale stato di coscienza abituale.

Mi aspettavo, comunque che più persone potessero trovare il proprio luogo sicuro in cui rifugiarsi, così come mi aspettavo che la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca si modificassero leggermente, come descritto dalla letteratura. Mi sono reso conto però che l'abilità di visualizzare in ipnosi appartiene ad alcuni individui altri possono sperimentare una condizione di vissuto di benessere anche senza visualizzare altri luoghi

La mia soddisfazione, valutata con un punteggio di 8.5 (NRS) è data dal riconoscimento dell'ottima efficacia della tecnica, ma inficiata nei risultati dalla mia iniziale inesperienza che ha portato ai due insuccessi e questo mi fa dichiarare di non essere totalmente soddisfatto.

### **3. Conclusioni**

Questo studio è nato come frutto di un interesse: quello della relazione con la persona malata. Ed è proprio il desiderio di approfondire questa relazione che mi hanno spinto a voler frequentare il Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica con la convinzione che la relazione può essere, in qualche modo, terapeutica esse stessa.

Questo percorso di studi ha confermato la mia ipotesi poiché attraverso la relazione si può condurre il malato, con l'aiuto di semplici tecniche di comunicazione, a raggiungere livelli di serenità e di controllo che sono il frutto delle sue capacità mentali.

In ospedale, e in modo particolare in sala operatoria, siamo abituati ad agire sul corpo, trascurando gli effetti che queste azioni hanno sulla mente. Di questo paradigma,

però, è vero anche il contrario: agire sulla mente significa agire sul corpo e la comunicazione ipnotica fa proprio questo, ricerca questi effetti, e li intensifica.

Non è stato facile imparare ad utilizzare la comunicazione ipnotica: durante il corso si imparano tecniche che soverchiano completamente quanto già conosciuto e quanto fatto, in buona fede, fino a quel momento. Non è stato neanche facile le prime volte modificare le modalità di approccio al paziente nell'eseguire alcune manovre utilizzando queste tecniche. È stato faticoso fare tutto ciò davanti a colleghi scettici che ti guardano e ti osservano come se fossi una sorta di mago e sostenere le conoscenze acquisite dimostrandone l'efficacia

Si, non è stato facile, ma è stato sicuramente utile approfondire queste tematiche e apprendere queste semplici tecniche di comunicazione. Semplici, ma non banali, perché hanno avuto la forza di modificare tutta la mia pratica clinica.

## 4. Bibliografia

Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting (2010), in *AORN J*, 92, p. 445-57.

Borrella V. M. (2009) *La comunicazione medico/sanitaria. Le transazioni sulla salute nella comunicazione ospedaliera, ambulatoriale e di pronto soccorso*, Milano, Franco Angeli.

Casiglia E., Schiff S., Facco E., Gabbana A., Tikhonoff V., Schiavon L., Bascelli A., Avdia M., Tosello M. T., Rossi A. M., Nasto H. H., Guidotti F., Giacobello M & Amodio P. (2010) Neurophysiological correlates of post-hypnotic alexia: a

controller study with stroop test, in *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52, p. 219-233.

Facco E., Casiglia E., Masiero S., Tikhonoff V., Giacomello M. & Zanette G. (2011) Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold, in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, p. 454-468.

Gonella A. (1999) *Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia*, Atti del XVII Convegno nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, 3-6 novembre, 1999.

Granone F. (1989) *Trattato di ipnosi*, Torino, UTET.

Montgomery G. H., Bovbjerg D. H., Schnur J. B., David D., Goldfarb A., Weltz C. R., Schechter C., Graff-Zivin J., Tatrow K., Price D. D. & Silverstein J. H., A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients (2007) in *JNCI*, 99, p. 1304-1312.

Mortari L. (2006) *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori.

Saadat H., Drummond-Lewis J., Maranets I., Kaplan D., Saadat A., Wang S. M. & Kain Z. N. (2006) Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients, in *Anesthesia & Analgesia*, 102, p. 1394-1396.

Saiani L & Brugnolli A. (2011) *Trattato di cure infermieristiche*, Milano, Sorbona.

Sili A., Fida R., Proietti D., Vellore E. & Alvaro A. (2013) Ridurre l'ansia preoperatoria a "suon di musica": studio sperimentale in una unità operativa di chirurgia vascolare, in *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 32, p. 13-19.

Winter MJ, Paskin S, Baker T. Music reduces stress and anxiety of patients in the surgical holding area (1994), in *J Post Anesth Nurs*, 9, p. 340-3.

## **Sitografia**

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)

# Allegato 1

<b>SVDeA</b> (Scheda Valutazione Dolore e Ansia Perioperatorio)
--

I PARTE PZ

**Data:** \_\_\_\_\_

**Età** \_\_\_\_\_ **Genere** \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_

**Procedura** \_\_\_\_\_

*Prima dell'esame*

**Ha già eseguito questo esame in precedenza**      **SI**      **NO**

Se sì quanto dolore ha provato da 0 a 10? 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Nessun

Massimo dolore

Quanta ansia prova in questo momento (da 0 a 10)?

1) \_\_\_\_\_ 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Non presente

Massimamente  
presente

**Tipo d'induzione** \_\_\_\_\_

**Tempo d'induzione** \_\_\_\_\_

*Dopo l'esame*

Ripensando alla procedura appena eseguita, quanto dolore ha provato da 0 a 10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ripensando alla procedura appena eseguita, quanta ansia ha provato durante la procedura?

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non presente

Massimamente  
presente

E quanta in questo momento?

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non presente

Massimamente  
presente

L'utilizzo di questa tecnica l'ha aiutata? SI NO

Qual è il suo giudizio relativamente all'efficacia di questa tecnica

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessuna  
efficacia

Massima efficacia

Tempo della procedura percepito \_\_\_\_\_

È riuscito/a a distaccarsi dalla procedura e ad immaginare un luogo piacevole dove rifugiarsi

SI NO

Se sì dove? \_\_\_\_\_

La utilizzerebbe nuovamente se dovesse ripetere l'esame?

SI NO

