

ISTITUTO FRANCO GRANONE

*SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE
C.I.I.C.S
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
ANNO 2015*

*L'UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA
NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE
DURANTE L'IMPIANTO DEL PACEMAKER DEFINITIVO*

Candidato
Femminò Massimo

Relatore
Dott.ssa Filomena Muro

Contro Relatore
Dott Antonio Maria Lapenta

Sommario

PREMESSA.....	4
CAPITOLO 1.....	8
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA	8
CAPITOLO 2.....	11
2. IL DOLORE	11
2.1 CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE	13
2.2 L'ASPETTO MULTIDIMENSIONALE DEL DOLORE	15
2.3 VALUTARE IL DOLORE	18
2.4 L'INFERMIERE NELLA BATTAGLIA CONTRO IL DOLORE	23
CAPITOLO 3.....	25
TECNICHE DI APPROCCIO FISICO, COGNITIVO E COGNITIVO COMPORTAMENTALE	25
CAPITOLO 4.....	28
DESCRIZIONE DI UN'ESPERIENZA VISSUTA	28
CAPITOLO 5.....	33
UTILIZZO SCHEDA VERIFICA DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	33
5.1 S.C. CARDIOLOGIA-SALA PACEMAKER OSPEDALE MARTINI- TORINO.....	35
BIBLIOGRAFIA	39

PREMESSA

Questa tesi nasce dall'esigenza lavorativa di attuare nuovi metodi di approccio al dolore nel mio ambito lavorativo, trattandosi di una sala interventistica di impianto pacemaker.

La relazione con la persona in sala impianti è resa complessa da diversi fattori: postura obbligata, stato di vulnerabilità, preoccupazione, ansia, paura e dolore.

E' necessario che la compliance della persona sia la massima ottenibile per assicurare l'imprescindibile alleanza terapeutica durante tutta la procedura interventistica.

L'obiettivo di questa tesi è quello di evidenziare quanto sia efficace e utile la comunicazione ipnotica nella professione infermieristica.

Mi è sembrato necessario affrontare il discorso del dolore poiché, lavorando in una sala interventistica di impianto pacemaker, è l'ostacolo che si contrappone maggiormente tra i professionisti della salute e la persona assistita (d'ora in avanti pa).

In sala pacemaker è molto importante la comunicazione tra operatore sanitario e pa poiché la procedura di impianto definitivo non avviene in

narcosi ma bensì in anestesia locale; di default, infatti, non vengono utilizzati farmaci sedativi affinché la pa possa collaborare attivamente. L'anestetico locale utilizzato dal medico cardiologo per l'anestesia locale è la Basicaina al 2% 20 ml che viene infiltrata nella zona sottoclaveare destra o sinistra, in base alla sede di impianto del pacemaker. Non esiste alcun protocollo di sedazione poiché, come già specificato, essa viene eseguita soltanto nei casi in cui la pa si presenti particolarmente agitata e non in grado di mantenere la posizione in clinostatismo. I farmaci sedativi abitualmente utilizzati dall'anestesista quando contattato, sono il midazolam e il propofol.

I soggetti maggiormente colpiti da questo problema di salute (difetto delle vie di conduzione del cuore) sono gli anziani. Spesso l'intervento viene eseguito poco dopo il ricovero nella S.C. di Cardiologia, senza permettere alla persona di accettare questa nuova situazione e facendo così crescere sensazioni sgradevoli correlate alla paura.

Al fine di migliorare la qualità del servizio, il nostro coordinatore infermieristico mi ha proposto di frequentare, insieme alla mia collega Bianca, il corso di comunicazione ipnotica dell'istituto Franco Granone C.I.I.C.S. (Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale). Tale proposta, condivisa dal Direttore di Struttura, mi ha incuriosito, in quanto la mia

conoscenza sull'argomento era assolutamente superficiale e fatta di luoghi comuni.

Forse questo era un nuovo input per mettere in discussione il nostro agire professionale?

Forse questa tecnica di comunicazione, nuova per noi, avrebbe potuto migliorare la relazione con la pa?

Forse esisteva un modo di lenire il dolore senza l'utilizzo di farmaci in cui l'infermiere avrebbe potuto muoversi un po' più in autonomia?

Queste riflessioni rafforzavano la mia curiosità, poiché, durante la procedura, spesso ci troviamo ad essere un infermiere ed un cardiologo, senza la collaborazione di altre figure professionali (anestesista, ingegnere clinico, tecnico radiologo). La parte tecnico-relazionale è quindi completamente a carico di un professionista che, da solo, deve dividersi tra la collaborazione con il medico, la pa e la procedura. Come si può immaginare, la maggiore compliance della pa, ottenuta attraverso questa modalità comunicativa, avrebbe potuto realmente aiutarci.

In questa tesi, ho voluto dapprima trattare brevemente le tecniche di approccio fisico, cognitivo e cognitivo comportamentale in quanto svolte

dall'infermiere in completa autonomia, per poter poi giungere all'utilizzo della comunicazione ipnotica.

Ho, inoltre, voluto raccontare un caso, tra quelli vissuti nella nostra realtà operativa, che più mi ha colpito. Ed, infine, ho raccolto insieme a Bianca, attraverso una scheda di verifica, i dati sull'efficacia della nostra comunicazione ipnotica in sala pacemaker su 30 casi trattati.

La comunicazione ipnotica utilizza tutti quegli elementi che sono in grado di instaurare una relazione interpersonale, consentendo all'operatore di aiutare la pa a gestire gli stati emozionali, creando un rapporto di fiducia che permette di facilitare la creazione di immagini che possono essere modificate. La comunicazione non è semplicemente parlare, ma presuppone necessariamente una relazione e quindi un scambio tra due o più persone. Ricordiamo che la maggior parte della comunicazione umana è di natura non verbale, avviene cioè mediante l'utilizzo di varie modalità quali: sguardo, gesti, posture, espressioni facciali, orientamento del corpo, tono, ritmo, colore della voce cioè di comunicazione verbale, comunicazione non verbale e paraverbale. Ne consegue che, da un lato, potremmo saper interpretare il linguaggio del corpo dell'interlocutore in modo da comprendere le sue reali emozioni, dall'altro lato che è utile per capire come gestire e modificare la nostra comunicazione, in modo da renderla più piacevole e più efficace possibile. Nella comunicazione

ipnotica è importante, quindi, saper utilizzare i diversi canali sensoriali che sono: VISIVO, Uditivo, CENESTETICO,OLFATTIVO E GUSTATIVO.

Nella metodologia comunicativa ipnotica il linguaggio ricalca il canale sensoriale presente e guida quelli non attivi al momento, per permettere di vivere l'esperienza in modo più totale con l'attivazione dei sistemi percettivo-sensoriali. La Comunicazione Ipnotica Relazionale è una forma di Comunicazione in grado di instaurare empatia fra due persone: il sentirsi perfettamente a proprio agio con un'altra persona, il creare un clima gradevole all'insegna della sintonia e del piacere reciproco nel comunicare, tutto ciò conduce a quell'atmosfera che possiamo denominare "ipno-rapport". Essa si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e pa. Il principio su cui si fonda è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali che riverberino nel corpo con l'obiettivo di migliorare il vissuto dell'esperienza, trasformando e dando significato alle emozioni.

La Comunicazione Ipnotica Relazionale ci permette di impostare uno stile comunicativo personalizzato, e di interpretare e capire ad un livello profondo le esperienze dell'altra persona, permettendo così di costruire delle relazioni vincenti per entrambi. È in questo clima di sintonia ottimale

che la capacità di rendere i nostri messaggi incisivi e penetranti, e quella di interpretare i bisogni dell'altra persona, rappresentano un potentissimo strumento di lavoro.

L'obiettivo per cui noi infermieri applichiamo la comunicazione ipnotica è quello di modificare in senso positivo l'esperienza che il paziente fa del suo P.D.T.A. (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), garantendo un'assistenza personalizzata all'individuo e il suo empowerment. Con quest'ultimo termine si intende quel processo di crescita basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione per far emergere risorse latenti che portano l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore in questo modo: "Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale". L'Associazione aggiunge, inoltre, che l'incapacità dell'individuo di comunicare verbalmente non nega la possibilità che stia provando dolore e che abbia bisogno di un trattamento che gli procuri sollievo (IASP, 2002). Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva: al suo interno vi sono aspetti emotivi, cognitivi, relazionali, ricordi di esperienze precedenti e l'attribuzione di significati. Questo determina un modo personalizzato di percepirlo. Ogni individuo apprende il significato della parola "dolore" attraverso le esperienze correlate a una lesione durante i primi anni di vita, che oltre ad avere una componente somatica, presenta una carica emozionale poiché è caratterizzata da una sensazione spiacevole. Secondo la definizione infermieristica di McCaffery "Il dolore è qualsiasi cosa la persona che lo prova dice che è, ed esiste ogni qual volta la persona dice che esiste".

Nell'ottica del nursing, diversamente dalla medicina, il dolore non viene visto come il sintomo di un'alterazione, ma come stato negativo di tutto il sistema- persona che ne modifica la capacità di azione e di cura.

Il dolore svolge un'importante funzione di protezione: allerta la persona e la stimola a immobilizzarsi o a fuggire, a evitare o a proteggersi, funziona come un segnale di allarme azionato dal nostro sistema di vigilanza.

Il dolore può essere considerato un particolare meccanismo che presiede alla sopravvivenza e che spinge al ripristino dell'equilibrio. La minaccia all'integrità dell'organismo può derivare dall'ambiente esterno, e allora si esplica quasi esclusivamente attraverso l'apparato tegumentario, oppure all'interno del corpo (articolazioni, vasi sanguigni, muscoli, visceri, ecc.).

Il dolore interviene per stimolazioni di varia natura: meccaniche (puntura, pressione, compressione, a livello della cute; trazione, torsione, stiramento, compressione, a livello dei visceri); termiche (per la cute, al di sopra dei 42-45 °C e al di sotto di 10- 12 °C); chimiche oppure elettriche.

DOLORE ACUTO

È acuto il dolore di breve durata, nel quale, di solito, è ben evidente il rapporto di causa/effetto. Esso si esaurisce quando cessa l'applicazione dello stimolo o si ripara il danno che l'ha prodotto. Definito dolore nocicettivo poiché lo stimolo lesivo viene percepito a livello periferico dai nocicettori (terminazioni nervose periferiche) e trasmesso al sistema nervoso centrale. Una caratteristica fondamentale del dolore acuto è quello di rispondere ad adeguate misure antinocicettive: questa caratteristica è condivisa dal dolore persistente, ma non dal dolore cronico.

DOLORE PERSISTENTE

E' persistente il dolore dovuto alla permanenza dello stimolo nocicettivo. Questo tipo di dolore è stato definito anche come “ongoing acute pain”, a sottolineare che conserva le caratteristiche del dolore acuto e va distinto dal dolore cronico. Come nel dolore acuto si ha di solito una buona

risposta agli analgesici e alle misure antinocicettive (FANS, narcotici, neurolesioni).

DOLORE CRONICO

Del tutto diverso dai dolori acuto e persistente è il dolore cronico. Sebbene per alcuni il dolore cronico possa essere definito dal criterio cronologico, per cui è tale quello che dura più di 3 mesi, non è detto che questo corrisponda a verità. Il dolore cronico è da considerare tale quando persiste per un certo tempo dopo che si è risolta la causa. In ogni caso, va ricordato che le misure antinocicettive (FANS, oppiacei e neurolesioni) sono sufficienti nei dolori acuto e persistente, ma non nel dolore cronico. In queste circostanze, si può tentare di correggere le anomalie psicologico-comportamentali che, preesistenti al dolore o indotte dal dolore, sono corresponsabili del suo perdurare.

Attualmente, il dolore non è più considerato una manifestazione unifattoriale, ma una complessa esperienza multidimensionale, derivante dall'interazione di aspetti fisiologici e sensitivi, cognitivi, motivazionali, affettivi e comportamentali, nel quale le caratteristiche psicologiche individuali giocano un importante ruolo nel sostenere o anche nel generare il dolore.

L'esperienza del dolore può determinare profondi cambiamenti biologici e psicologici, tali da influenzarne il suo modo di vedere la realtà, il suo vivere quotidiano e le sue relazioni con gli altri.

*Aspetti fisiologici e sensitivi → Il dolore è, in genere, descritto dalla persona che ne fa esperienza attraverso la sua localizzazione, l'intensità, la qualità, la durata e la modalità di insorgenza. La prima caratteristica sensoriale che la persona sofferente descrive per spiegare il dolore percepito è la sede o localizzazione. A seconda della sede il dolore può risultare superficiale (quando colpisce la cute) o profondo (quando interessa strutture somatiche profonde).

La descrizione che una persona fa dell'intensità del dolore può differire da quella di un'altra persona sottoposta a stimoli dolorosi simili: questo perché l'intensità varia da soggetto a soggetto a seconda del livello di coscienza e di numerose caratteristiche individuali, fra le quali le esperienze precedenti di dolore, le aspettative personali, la capacità di distrarsi o concentrarsi su altri interessi e il livello di attività.

*Aspetti affettivi → La dimensione emotivo-affettiva è una parte integrante del dolore e costituisce la parte sofferta dell'esperienza. Infatti, nell'esperienza di ciascuno si può distinguere e misurare la componente sensitiva, che si manifesta nell'intensità, qualità e localizzazione della percezione dolorosa, da quella emotivo-affettiva, che si manifesta nel senso di disagio, fino all'ansia, alla paura o all'angoscia che possono accompagnare la sensazione dolorosa. I termini utilizzati in genere per descrivere la componente emotivo-affettiva non riferiscono nulla sul dolore, se non il vissuto e la sofferenza che la persona sta provando. La sofferenza viene considerata come la risposta emotiva associata al dolore, ma il dolore e la sofferenza non sono la stessa cosa. Le persone possono, quindi, soffrire senza provare dolore, oppure possono provare dolore e non soffrire, o ancora provare dolore e soffrire nello stesso tempo (IASP, 2002).

*Aspetti cognitivi → Il termine cognitivo viene generalmente utilizzato per definire le attività mentali. I processi cognitivi riguardano l'apprendimento, la memoria, il linguaggio, il pensiero, l'immaginazione, il ragionamento, la capacità di valutare, di risolvere problemi, di elaborare progetti, ma anche la consapevolezza, cioè la capacità di descrivere i propri processi di pensiero. I significati e i valori che le persone attribuiscono al dolore e all'evento che lo produce derivano dalle conoscenze possedute e dalle credenze personali, e influenzano sia la percezione soggettiva, sia la risposta al dolore, oltre che influire sul distress e sulle disabilità eventualmente associati, sulla fiducia negli effetti di determinati trattamenti, nonché sulla compliance.

Esistono due momenti fondamentali per conoscere le caratteristiche del dolore ed adottare il trattamento più opportuno: l'accertamento e la misurazione.

Con la misurazione si applicano alcune misure metriche a uno specifico aspetto del dolore, che è l'intensità; mentre con l'accertamento, si considerano e si misurano diversi aspetti che contribuiscono alla formazione dell'esperienza globale di dolore.

In pratica, eseguire una misurazione del dolore provato, è come utilizzare un righello o una scala per determinare l'altezza o il peso di qualcosa; con l'accertamento si tenta, invece, di stabilire se i valori ottenuti con la misurazione siano significativi o meno.

Valutare e misurare il dolore risulta importante per:

- Determinarne l'intensità, la qualità e la durata;
- Individuarne correttamente la causa;
- Scegliere il trattamento più adeguato;
- Valutare l'efficacia dell'intervento effettuato.

Non è semplice tentare di misurare oggettivamente un'esperienza estremamente soggettiva e altamente complessa come il dolore, dove i significati personali, le esperienze precedenti e l'impatto dell'esperienza stessa sul soggetto si sommano e interagiscono con l'intensità, la qualità e la durata della sensazione dolorosa, rendendo il fenomeno davvero unico.

Essendo il dolore un'esperienza soggettiva non visibile e solo oggettivamente osservabile, non vi è la possibilità di quantificarlo in maniera diretta ed obiettiva. Di conseguenza, l'accertamento del dolore nella persona che lo prova dipende da quanto questa riesca a comunicare apertamente, con la parola e con il comportamento.

A volte, però, la persona può presentare difficoltà a comunicare, così come l'operatore può avere delle difficoltà a comprenderla, in quanto entrambi possono avere linguaggi, esperienze, aspettative, stati d'animo e schemi di riferimento diversi.

In ogni caso, l'accertamento e la misurazione del dolore non dovranno riguardare solo le caratteristiche sensoriali, perché sarebbe come limitarsi ad osservare solo una parte del problema, ma dovranno occuparsi anche di altre dimensioni del dolore, come l'umore, gli atteggiamenti, gli sforzi

per mettere in atto una risposta cognitiva o comportamentale nei confronti di una situazione percepita come stressante, per tentare di farvi fronte, le risposte dei membri della famiglia e l'impatto del dolore sulla loro vita.

Una cura globale e individualizzata è fondamentale per intervenire sul dolore in maniera efficace.

La valutazione deve essere iniziale, come punto di partenza per stabilire il piano di cura e poi di verifica, e i suoi punti cardine sono:

- **la soggettività del dolore**: bisogna credere sempre che la persona abbia realmente dolore, anche qualora medici e infermieri non siano in grado di identificarne la causa precisa, non si dovrà supporre che la causa non esista e che la persona non provi dolore.

- **la comunicazione**: è la strategia più importante, perché la persona con la sua soggettività è la principale fonte di informazioni

- **l'osservazione della persona**: postura e comportamento.

È importante valutare:

*La localizzazione: nel caso in cui siano presenti più sedi, sarà opportuno numerarle in ordine di importanza.

*La descrizione: risulta difficile per la persona che sta provando dolore descrivere con precisione, perché spesso non è in grado di attingere a un adatto repertorio lessicale. In genere si tenta di fare dei paragoni, del tipo: “è come un martello che batte”; oppure: “è come un cane che morde”. Il “come” spesso è essenziale per descrivere con efficacia le caratteristiche qualitative dell’esperienza.

*Se esistono fattori favorenti o sfavorenti: come ad esempio posture particolari, l’ascolto della musica, movimenti o sforzi.

*La durata: se il dolore è continuo, intermittente, migrante.

*L’intensità: da valutare attraverso l’utilizzo di particolari scale di valutazione o questionari.

*L’insorgenza.

*La qualità di vita.

*Gli aspetti emotivi.

*La risposta ai trattamenti.

Proprio la descrizione del dolore “come se...” ci dà la possibilità di modificare, con la comunicazione ipnotica, la percezione dolorosa che la

pa sperimenta, agendo direttamente sull'immagine che la pa racconta, modificando, così che: una morsa si può allentare, un fuoco si può spegnere, una corrente si può interrompere, ad un cane che morde si può offrire un boccone più prelibato da mangiare in un altro luogo distante, un peso si può alleggerire..., più la pa ci racconta la sua immagine, più saremo in grado di modificarne ipnoticamente la qualità usando proprio il suo stesso linguaggio.

Il codice deontologico infermieristico, emanato dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi nel 1999 recita:

“La responsabilità dell’infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”.

Il rispetto della vita e della persona umana presuppone che l’infermiere riconosca l’individuo e la sua sofferenza, ma anche che agisca facendo ciò che può essere utile alla sua scomparsa. Il rispetto della dignità chiede che nessuno sia afflitto da dolori inutili ed evitabili.

“L’infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili”

L’infermiere deve prevenire e valutare la sofferenza e lo sconforto delle persone e partecipare al loro sollievo.

È bene ricordare che il codice Deontologico obbliga “il medico a sforzarsi nell’alleviare le sofferenze del suo paziente”, ma in questa lotta deve essere presente tutta l’équipe.

Riconoscere la soggettività del dolore, attraverso la relazione dialogica tra infermiere e persona assistita, rafforza le ragioni scientifiche ed etico-professionali dell'adesione ad un modello di assistenza personalizzata fondato sulla piena partecipazione della persona assistita alle cure, in quanto proprio la persona stessa risulta essere il soggetto più competente in merito all'identificazione dei propri problemi di salute.

Gli infermieri nella battaglia contro il dolore possono e devono svolgere un ruolo attivo e rilevante in termini qualitativi, non soltanto come puntuali esecutori di prescrizioni, ma soprattutto come attenti alleati della persona assistita nella rilevazione dei suoi sintomi.

Nella persona che prova dolore è importante rispondere ai suoi bisogni fondamentali tenendo conto del suo dolore.

Questo viene facilitato attraverso l'ascolto attivo della pa nella descrizione del suo dolore e dei suoi comportamenti di fronte ad esso, instaurando automaticamente un rapporto di fiducia che porterà ad ottenere la completa adesione alle cure proposte (compliance) e a creare quel rapporto privilegiato chiamato "relazione d'aiuto".

L'infermiere competente circa alcune tecniche complementari è autorizzato ad applicarle in autonomia se la competenza è supportata da un percorso formativo teorico pratico e se è scientificamente dimostrata l'efficacia. Tecniche riconosciute efficaci sono quelle che prediligono un approccio fisico (massaggio, riflessologia) e le tecniche che sviluppano un approccio cognitivo e cognitivo-comportamentale (musica, rilassamento muscolare, imagery, ipnosi)

Ipnosi

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali possibili grazie alla realizzazione di monoideismi plastici che sono la realizzazione di suggestioni date dall'operatore che guida il soggetto quando si crea un buon rapporto tra operatore-soggetto. Con monoideismo plastico si intende la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata

mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie. (GRANONE)

Ogni persona si esprime attraverso il corpo, la psiche e il suo sistema di valori, tutti esprimiamo idee attraverso rappresentazioni mentali, e quasi tutte le rappresentazioni mentali si manifestano plasticamente. Anche se non tutte le persone sono in grado di gestire le rappresentazioni mentali con la valenza adeguata alla manifestazione plastica da raggiungere.

Per creare tutti i presupposti di una buona realizzazione ipnotica è necessario definire chiaramente il risultato che si desidera ottenere. E nello specifico quale monoideismo dovrà essere realizzato plasticamente, in che modo si pensa di suggerire il comportamento da realizzare e con quale rappresentazione mentale si definisce. È importante che l'idea suggerita venga fatta propria dal soggetto così che si attivi il dinamismo mente corpo condizione possibile se "carica della valenza giusta" oltre che possibile per la costituzione psicofisica.

Va precisato che se un operatore desidera aiutare un soggetto a realizzare l'ipnosi deve, prima di ogni cosa, credere fermamente a quello che fa e avere la certezza che, quanto propone, sia realizzabile.

L'atteggiamento fiducioso dell'operatore è indispensabile in ogni relazione d'aiuto ed è fondamentale che esista, anche nel soggetto, profonda certezza nella "cura" e fiducia nell'operatore e che sia quindi libero da ogni atteggiamento critico.

Nel paziente quindi deve svilupparsi la convinzione nella possibilità concreta di realizzazione di quanto l'operatore gli propone, questo significa che l'analisi critica (che avviene circa quanto suggerito) porta alla realizzazione plastica dell'idea suggerita grazie alla fiducia che il paziente pone nella relazione e alla capacità di convogliare tutta l'attenzione sulla rappresentazione mentale di un'unica idea da realizzare. L'operatore deve orientare i suoi interventi allo scopo d'instaurare una collaborazione empatica, così che il soggetto si senta compreso, riduca allora la diffidenza e assuma un atteggiamento d'attesa volto alla collaborazione.

La realizzazione della condizione d'ipnosi è confermata dall'evidenza della risposta ideoplastica.

DESCRIZIONE DI UN'ESPERIENZA VISSUTA

DONNA CON AGITAZIONE PSICOMOTORIA CON BAV 3° (Blocco Atrio Ventricolare)

Sofia è una signora di 85 anni ricoverata in cardiologia dopo il posizionamento di un pacemaker temporaneo per un BAV 3° (blocco atrio-ventricolare totale), che è un intervento salva vita effettuato in urgenza per risolvere “temporaneamente” il difetto di conduzione dell’impulso elettrico. Dopo tale procedura la pa deve mantenere la posizione obbligata a letto per rischio di spostamento dell’elettrocattetero inserito per via femorale destra e che giunge fino al ventricolo destro (sede di stimolazione). Adesso vi racconto la sua storia.

Al momento del ricovero la pa si presentava lucida, orientata nel tempo e nello spazio, tranquilla; tuttavia, a causa degli indici di flogosi elevati, l'intervento di pacemaker definitivo (d'ora in avanti pm definitivo) era stato procrastinato di due giorni.

La mattina dell'intervento Sofia si presentava però agitata, con un alto livello di ansia. Quando entrai nella stanza per gli ultimi preparativi pre-

intervento, infatti, mi accorsi che era dispnoica, aveva un respiro affannoso e lo sguardo perplesso.

Accade spesso che la mattina dell'intervento le pa siano preoccupate, ma Sofia lo manifestava in modo maggiore dell'atteso. Guardandomi disse di non riuscire a respirare, ma la saturazione dell'ossigeno era buona e non giustificava il suo respiro affannoso e la dispnea. Nei suoi occhi si leggeva molta paura. Le risposi ricalcando il sintomo, come mi avevano insegnato, e cercando di farle capire che sapevo come si sentiva e ciò che le stava accadendo.

Ricalcare il sintomo senza negarlo o sminuirlo ci aiuta ad entrare in relazione.

A quel punto Sofia, che poco prima appariva logorroica, smise di parlare e mi guardò con più attenzione. Le chiesi se si fosse accorta di come stava respirando e di come cambiasse il suo respiro quando era in silenzio. Sofia a quel punto annuì.

In questo modo concentriamo l'attenzione sul sintomo per poi modificarlo.

Continuai chiedendo a Sofia se respirava meglio con gli occhi aperti o con gli occhi chiusi e alla risposta di Sofia "ad occhi chiusi" le dissi allora di

chiuderli. Dopo averli chiusi, infatti, Sofia apparve più tranquilla e il suo respiro meno affannoso: annuendo rispose che così respirava meglio. Ne approfittai per ricalcare utilizzando parole tipo: brava, molto bene.

Sofia a quel punto si sentì libera di esprimere la sua paura di sentire dolore, che derivava dal fatto di essere consapevole che sarebbe stata operata senza essere “addormentata” (il suo canale preferenziale era uditivo). Allora io, rassicurandola, le dissi di comprendere le sue paure e che, se avesse voluto, avrei potuto insegnarle una “tecnica di rilassamento” che l’avrebbe aiutata durante l’intervento.

Sofia seguì attentamente le mie parole mantenendo gli occhi chiusi. A questo punto iniziò la fase della suggestione e delle ratifiche...

Chiesi a Sofia di concentrarsi sulla mia voce, che l’avrebbe guidata a controllare il suo respiro; di notare che, quando l’aria usciva, le sue spalle si abbassavano e, ad ogni respiro, si sarebbero abbassate ancora di più; di osservare come anche le braccia, insieme alle spalle, si lasciavano andare; poi le dissi di concentrarsi sul braccio destro, sul fatto che diventasse pesante, e di aiutare questa sensazione di abbandono. Per dimostrarglielo, le passai la mia mano dalla sua spalla fino alla sua mano, suggerendole l’immagine di pesantezza che poteva avere in mente. A quel punto notai

che il braccio di Sofia, al tentativo di essere sollevato, risultava pesante e abbandonato. Fu facile, dunque, suggerirle di immaginare di essere in un posto tranquillo nonché speciale, dove lei poteva sentirsi al sicuro e percepire una sensazione di benessere assoluto.

Sofia rispondeva molto bene a queste suggestioni mentali, mentre il suo respiro continuava ad essere lento e tranquillo.

Dissi a Sofia che avrebbe potuto riprovare questa sensazione piacevole ogni volta che voleva e che lo poteva fare da sola, semplicemente chiudendo il dito pollice sinistro all'interno della mano sinistra (Sofia fu aiutata ad eseguire questo gesto di ancoraggio). La lasciai ancora qualche istante in quello stato di benessere e poi, piano piano, le chiesi di riaprire la mano, di fare un bel respiro profondo e riaprire lentamente gli occhi. Mi accertai che il suo sguardo fosse orientato e presente. Subito dopo le dissi di riprovare ad eseguire l'ancoraggio, ma solo se avesse voluto davvero, per riprovare quella sensazione piacevole precedente. Sofia prontamente sorrise ed eseguì subito il gesto.

Sofia era pronta per andare in sala pacemaker!

Durante la procedura rimase circa due ore in posizione supina senza mai lamentarsi, né richiedendo la nostra attenzione. Peraltro, le volte che le si

chiedeva di eseguire semplici comandi, come tossire o respirare profondamente (gesti che ci servono per controllare il buon posizionamento degli elettrocateteri), Sofia li eseguiva.

Il gesto dell'ancoraggio fu mantenuto da lei per tutta la durata della procedura.

A quel punto l'intervento dell'anestesista che si presentò in sala PM, poiché contattato dal medico cardiologo prima dell'entrata in sala, non fu più necessario, dal momento che la sedazione farmacologica non era più indicata.

Al termine dell'impianto del PM Sofia prese la mia mano e mi ringraziò, poiché, grazie al mio aiuto, quell'esperienza che poteva essere spiacevole e potenzialmente dolorosa fu vissuta da lei in maniera positiva.

La nostra sala per impianto di pacemaker definitivo (d'ora in avanti PM) ha personale dedicato composto da due infermieri e due medici cardiologi. I due infermieri sono assegnati rispettivamente: uno alla S.C. di Cardiologia/Nefrologia (Massimo) e l'altro all'ambulatorio di Cardiologia (Bianca). La sala è comunque sempre disponibile (h 24) per gli eventuali posizionamenti di PM temporaneo (in urgenza). Questi ultimi vengono effettuati da tutto il personale della S.C. Cardiologia/Nefrologia.

La mattina degli impianti uno o entrambi gli infermieri vengono distaccati dalle loro attività abituali per potersi occupare dell'intera procedura, dalla preparazione della sala, alla preparazione della pa e di tutto il resto, fino al ritorno della pa nella sua stanza.

Abbiamo creato una scheda di verifica sull'utilizzo della comunicazione ipnotica nelle pa che sono state sottoposte ad impianto di PM definitivo dal 01/04 al 12/09/2015 per un totale di 30 casi. Di seguito si allega copia della scheda di verifica e grafico dei risultati da cui si evince che,

*l'introduzione in sala pacemaker della comunicazione ipnotica, ha
migliorato il PDTA delle persone a cui è stata attuata.*

VERIFICA COMUNICAZIONE IPNOTICA

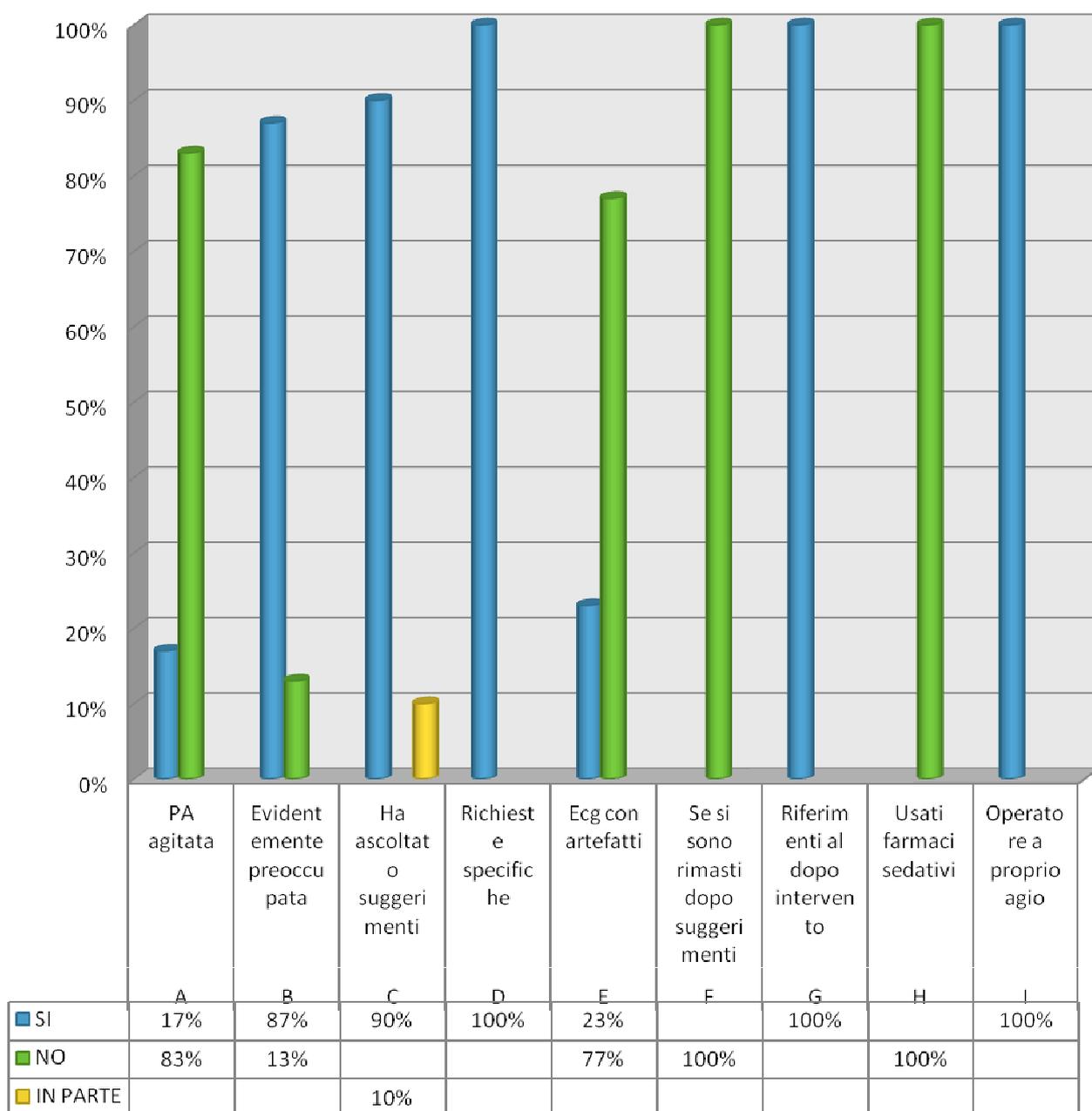
(La verifica viene fatta dagli operatori senza domande dirette alla PA)

Sigla pa _____ Data _____

- A. La PA era agitata? SI O NO O
- B. Evidentemente preoccupata? SI O NO O
- C. Ha ascoltato i suggerimenti (occhi chiusi, respiro, ecc)?
SI O NO O IN PARTE O
- D. Sono state fatte richieste specifiche alla pa? (stare fermo per un certo lasso di tempo, non parlare per pochi secondi ecc) SI O NO O
- E. L'ecg aveva artefatti? SI O NO O
- F. Se si, sono rimasti dopo i suggerimenti? SI O NO O
- G. Sono stati fatti riferimenti al dopo intervento, ad esempio, potrà mangiare e bere dopo l'intervento? cosa ha prenotato per pranzo, ecc? SI O NO O
- H. Sono stati usati farmaci sedativi? SI O NO O
- I. Tu operatore ti sei sentito a tuo agio? SI O NO O IN PARTE O

Note _____

VERIFICA COMUNICAZIONE IPNOTICA



	<i>QUESITO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>IN PARTE</i>
<i>A</i>	<i>PA agitata</i>	<i>17%</i>	<i>83%</i>	
<i>B</i>	<i>Evidentemente preoccupata</i>	<i>87%</i>	<i>13%</i>	
<i>C</i>	<i>Ha ascoltato suggerimenti</i>	<i>90%</i>		<i>10%</i>
<i>D</i>	<i>Richieste specifiche</i>	<i>100%</i>		
<i>E</i>	<i>Ecg con artefatti</i>	<i>23%</i>	<i>77%</i>	
<i>F</i>	<i>Se si sono rimasti dopo suggerimenti</i>		<i>100%</i>	
<i>G</i>	<i>Riferimenti al dopo intervento</i>	<i>100%</i>		
<i>H</i>	<i>Usati farmaci sedativi</i>		<i>100%</i>	
<i>I</i>	<i>Operatore a proprio agio</i>	<i>100%</i>		

Ho da poco concluso la formazione sulla comunicazione ipnotica e posso affermare con certezza che questo percorso ha portato in me un cambiamento positivo non solo a livello terapeutico, ma anche emozionale, e di approccio alla persona.

Ho sempre pensato che nella nostra professione il pilastro fosse la comunicazione: comunicare per assistere. Ad oggi posso dire che questa nuova modalità comunicativa mi facilita nel creare quel rapporto di fiducia e di empatia, che mi permette di migliorare la presa in carico della pa.

Come si evince dai risultati emersi dalla nostra scheda di verifica, infatti, le persone con cui abbiamo utilizzato tale metodica hanno presentato una riduzione dell'ansia, hanno gestito meglio le loro paure per cui, di conseguenza, non è stato necessario utilizzare farmaci sedativi o chiedere la collaborazione dell'anestesista.

Sicuramente la strada da percorrere è ancora molto lunga, ma ogni "grazie" ricevuto mi fa capire che stiamo procedendo nella giusta direzione.

Massimo Femminò

BIBLIOGRAFIA

- ALBE-FESSARD D., GIAMBERARDINO M.A. (1997), *Il dolore: meccanismi di insorgenza e di controllo*, Masson, Milano.
- ANOLLI L. (2002), *Le emozioni*, UNICOPLI, Milano.
- COZZI, NIGRIS (a cura di) (1996), *Gesti di cura*.
- GUIDETTI B. (1976), voce *Dolore*, in *Enciclopedia medica italiana*, USES Edizioni scientifiche, 2a ed. Firenze.
- IASP (International Association for the Study of Pain) (2002), *A Virtual Pocket Dictionary of Pain Terms*, IASP Press, Seattle.
- ROCCO G. (Novembre 2005), *L'infermiere e l'esperienza ermeneutica del dolore, il ruolo della figura professionale più vicina al malato*, in "il sole 24 ore" inserto Sanità, "No al dolore inutile".
- CROTTI N., FELTRINI A., PONTON P., MUSSO M. (1996), *La ricerca di benessere tra medicina ufficiale e medicina alternativa*, in "Quaderni di cure palliative".
- LUCHETTI M.,(2004), *Tecniche e terapie non convenzionali per il trattamento del dolore*. Acta Anaesth Italica.
- TURNER J.A., ROMANO J.A. (1993), *Terapia cognitivo-comportamentale*, in Bonica (ed), *Il dolore: diagnosi*.
- GRANONE F. (2005), *Trattato di ipnosi*, Ed. 2005, 2 volumi.

- *OBERHUBER W., (2000), Ipnosi. Terapia come comunicazione, Ed. Angeli.*
- *Materiale per la didattica del C.I.I.C.S. (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale).*
- *ANTONELLI C., (2003), Ipnosi e dolore, Ed. Laterza*
- *MANCA UCCHEDDU O., VIOLA A., (2005), Ipnosi e suggestione in psicoterapia, Ed. Giuffrè.*