

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE

Istituto Franco Granone

COMUNICAZIONE IPNOTICA DURANTE LA F.A.

Anno 2014

CANDIDATO

RELATORE

Roberto Funai

Muro Milena

Controrelatore

Dott. A.M. LAPENTA

Per comprendere meglio il ruolo dell' ipnosi nell'ablazione cardiaca della fibrillazione atriale ritengo doveroso definire cos'è la fibrillazione atriale e come si svolge l' ablazione cardiaca.

La fibrillazione atriale è caratterizzata dall' attivazione caotica del miocardio atriale, dovuta alla presenza simultanea di multipli fronti d' onda. Questi fronti d' onda, nella maggior parte dei casi, originano dalle vene polmonari.

L'ablazione consiste nel creare una cicatrice a livello delle vene polmonari mediante radiofrequenza per ottenere l' isolamento elettrico.

La procedura è molto complessa: per comodità suddividerò in 3 parti l'analisi dei momenti salienti, spiegando le varie difficoltà che il paziente incontra e che sono proprio i momenti in cui l'attuazione della comunicazione ipnotica ha la massima potenzialità.

1.: questa fase inizia con l' arrivo del malato e termina con l'inserimento dei cateteri al livello dell' atrio destro.

All' arrivo il paziente viene accettato da un infermiere che controlla tutti i dati della cartella clinica si procede con la firma del consenso all'intervento, si controllano gli accessi venosi periferici che devono essere almeno due di grosso calibro, e si entra nella sala. Questo primo momento di accoglienza del paziente è già molto importante per poter creare una relazione di fiducia.

Quando il paziente entra in sala viene fatto accomodare sul lettino dove avviene la monitorizzazione del paziente con e.c.g. a dodici derivazioni, saturimetro, bracciale della pressione, defibrillatore e sistema di mappaggio che consiste nel posizionamento di tre patch sul torace e tre sul dorso più due piastre. Già questo momento è molto stressante per il paziente che deve rimanere nudo, e che viene collegato con tutti i monitor con i fili e che lo obbligano a una posizione specifica e solitamente scomoda.

Previa anestesia locale si reperiscono gli accessi vasali dove vengono inseriti tre introduttori, due nella vena femorale di destra (diametro 7Fr e 8Fr) e uno nella vena femorale di sinistra (diametro 6Fr).

Successivamente vengono inseriti, attraverso le vene gli elettrocateri: un ablatore/mappante, che giunge fino all'atrio di destra e un quadripolare che viene inserito nel seno coronarico (per la rilevazione degli impulsi elettrici), dopo le prove di stimolazione si procede al mappaggio (ricostruzione tridimensionale) dell'atrio. Questa parte di misurazione dura circa 1h,20min in cui il paziente deve rimanere fermo immobile. Già l'esposizione di come il paziente viene monitorizzato rende evidente la condizione di ansia che il paziente vive in un contesto così particolare e di quante rassicurazioni deve avere per riuscire a vivere con calma quei momenti. L'ansia è sempre presente e a volte il paziente vive anche una vera e propria condizione di paura, spesso legata anche da una frammentata conoscenza della

procedura e da fantasiose spiegazioni che i pazienti danno tra loro, oltre ad una vera e propria difficoltà a capire le informazioni date dai medici. Come ogni infermiere che si occupa di accogliere ed assistere il paziente cercavo di rassicurare il paziente con frasi tipo " non si preoccupi " (adesso posso dire che fu' un errore, in quanto se pur agito in buona fede con queste parole il malato non si sente compreso e accettato di conseguenza si riduce la possibilità di creare un clima di fiducia) oppure spiegavo la procedura in maniera piu' semplice, ma anche in questo caso con alcuni malati non ottenevo buoni risultati. Alcuni mi rispondevano "non mi dica niente, non voglio sapere" (anche questo può essere un errore... non valutare il paziente come persona ma come stereotipo di malato che deve essere informato per ridurre il suo stato d'ansia).

Durante le prime procedure di reperimento degli accessi venosi oltre all' ansia c'è la paura del dolore anche se si effettua l'anestesia locale, per contro io cercavo di ridurre la paura con frasi "E'come quella del dentista" (ennesimo errore perché in questo modo si rievocano eventi potenzialmente spiacevoli e dolorosi).

Al momento dell' inserimento dei cateteri tutta l'attenzione era rivolta alla procedura (ansia e paura del proprio stato) e a poco servivano i miei tentativi di distrazione quindi ogni extrasistole veniva percepita e le prove di stimolazione venivano vissute in modo particolarmente fastidiose. Ora so che in questa fase è fondamentale accogliere il paziente e

guidarlo facendo attenzione al suo bisogno personale, e a portare l'attenzione a situazioni diverse lontane dalla condizione che sta vivendo, facendo leva su momenti in cui sono riusciti a superare situazioni difficili o a momenti di benessere.

2.: mappaggio e ablazione . Questa fase è il cuore della procedura, attraverso i patch in grado di 'vedere' il catetere si ricostruisce tridimensionalmente l' atrio.

In questa fase l' immobilità è fondamentale altrimenti la mappa virtuale ricostruita non corrisponde all'esatta posizione delle strutture anatomiche. E potrebbe essere necessario ripetere il mappaggio.

Con l' ablatore si cerca il forame ovale, se pervio si cerca di allargarlo con un introduttore lungo, altrimenti si esegue un trans settale per raggiungere l'atrio di sinistra . In questa fase si puo' correre il rischio di tamponamento cardiaco cioè di emorragia all'interno del miocardio (anche perché i malati vengono scoagulati oltre che per F.A. anche per il rischio trombotico legato alla procedura).

Una volta giunti nell' atrio, attraverso l' introduttore lungo, si inserisce l'ablatore e un catetere decapolare circolare (che registra i potenziali elettrici delle vene polmonari). Si esegue il mappaggio dell' atrio di sinistra e delle vene polmonari poi si assembla con la risonanza magnetica (eseguita nei giorni precedenti) per aumentarne la risoluzione (da questo

momento in poi anche solo respirare profondamente può alterare la mappa virtuale).

Durante il mappaggio è necessario e viene impostata una terapia antidolorifica con Remifentanil in infusione continua, (il dosaggio varia in base al paziente) fino ad ottenere una sedazione cosciente. Si monitorizza la CO₂, si somministra ossigeno e si cerca il giusto compromesso tra analgesia e mantenimento della funzione respiratoria (il Remifentanil può dare depressione respiratoria)

Dopo il mappaggio si esegue l'ablazione delle vene polmonari con radiofrequenza (35/40 a volte anche 45 watt). In questa fase è importante valutare il riflesso della tosse che può significare un interessamento del nervo frenico (questo è uno dei motivi per il quale viene sconsigliata l'anestesia generale).

Finite le bruciature si stimola con il catetere decapolare le vene polmonari e si controlla con l'ablatores l'isolamento delle stesse, se necessario si 'ritoccano' le bruciature. Questo parte della procedura durata in modo variabile intorno alle 4h.

In questa fase gestire il paziente significa dover controllare la sua ansia, la sua paura e soprattutto l'immobilità che deve essere totale e mantenuta a lungo, evidentemente questo risultato non è facile da raggiungere.

Per ridurre la tensione e cercare di rilassarsi spesso i pazienti facevano dei respiri profondi, compromettendo

l'allineamento tra mappa virtuale e quella reale (questo è uno dei motivi per il quale si somministra il farmaco sedativo e antidolorifico in questa fase). Riuscire ad ottenere che il paziente mantenga il controllo dell'immobilità e sperimenti un vissuto tranquillo è l'obiettivo cardine dell'assistenza al paziente in questa fase.

3.: fine procedura. In questa fase si sospende il farmaco e si aspetta il ritorno alla piena coscienza del paziente, mentre si medicano gli accessi vasali si raccomanda al paziente di non piegare le gambe per almeno 4h.

Anche in questa fase ottenere l'adesione del paziente alle indicazioni è fondamentale, per la buona riuscita dell'intervento ma ancora una volta si chiede al paziente l'immobilità anche se solo di una parte del corpo.

Dopo aver raccontato in cosa consiste la procedura che deve affrontare il paziente è più chiaro quanto possa essere stato utile conoscere e applicare la comunicazione ipnotica nel suo percorso assistenziale e terapeutico.

Ma cosa significa attuare una comunicazione ipnotica per l'assistenza? Bisogna chiarire a cosa ci riferiamo quando parliamo di ipnosi e la definizione della scuola del prof Granone è:

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato fisiologico e dinamico durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche e viscerali grazie alla realizzazione di monoideismi che riverberano nel corpo e che sono indotti dall'ipnotista all'ipnotizzato in un contesto di relazione terapeutica privilegiata.

Affinchè l'induzione ipnotica si realizzi in questa relazione sono fondamentali la capacità dell'ipnotista di guidare e l'ipnotizzabilità del soggetto, per questo è importante tener conto del fatto che pregiudizi, paura, scarsa motivazione, difficoltà a concentrarsi e a creare immagini mentali sono variabili ostacolanti.

Un' induzione ipnotica è caratterizzata da una sequenza di “manovre comunicative” eseguite dall'operatore, atte ad aiutare il soggetto ad attivare e gestire il monoidealismo plastico (la possibilità creativa di un' idea rappresentata mentalmente in modo esclusivo in grado di realizzarsi nell' organismo con modificazioni percettive, muscolari, nervose, viscerali ed endocrine).

L'induzione allo stato ipnotico può essere schematizzata in momenti importanti che possono guidare l'ipnotista a creare quella disposizione alla realizzazione delle suggestioni e possono essere così schematizzate:

- Obiettivo : deve essere ben chiaro e definito e di possibile realizzazione da parte del soggetto oltre che condiviso

- Creazione della relazione: costruire stabilmente un rapporto di fiducia grazie alla quale il soggetto può aderire facilmente al suggerimento proposto.
- Abbassare la critica sfruttando i meccanismi mentali che sono stimolabili: attenzione focalizzata all'esterno (seguì il dito, fissa un punto, ecc..) o focalizzata all'interno (senti il corpo ad esempio il ritmo del respiro), sovraccarico di compiti da svolgere per tenere impegnato l'emisfero sinistro, o stimolazioni emisferiche destra-sinistra, ripetizioni come cantilene, o di movimenti ripetitivi cullanti come ondeggiamenti. E qualunque altro meccanismo possa far ridurre l'attenzione critica per riuscire a far sperimentare modifiche di esperienza accettate criticamente ma non bloccate dall'analisi critica.
- Creare un monoidealismo plastico
- ratifica del fenomeno ottenuto
- ancoraggio
- deipnotizzazione.

Il mio obiettivo: l'assistenza al paziente durante la procedura e riduzione dello stato d'ansia, distrarre il malato dalla procedura ottenendo anche un'alterazione nel senso di riduzione dell'esperienza temporale.

Per raggiungere questo scopo non uso una tecnica standard, ma mi adeguo al paziente con cui mi relaziono in quel momento. In generale posso raccontare quali cambiamenti

sono stati apportati nel modo di avvicinarmi al paziente ora che comincio a sperimentare la potenza della comunicazione ipnotica.

1. : La prima attenzione del mio incontro con il paziente è rivolta al suo atteggiamento non verbale per coglierne lo stato d'animo.

Se mi accorgo che il paziente si guarda intorno continuamente (segno di ansia/preoccupazione/paura) mi presento e poi gli dico "Signor.... è preoccupato? " la risposta è ovviamente positiva ma il mio obiettivo è aumentare la sua fiducia nei miei confronti e farmi rispondere sì oltre che fargli capire che è compreso e accettato. Poi di solito dico "ha ragione, e' chi non lo sarebbe al suo posto? " sempre per aumentare la fiducia. A questo punto utilizzo il nome proprio (passando così ad una comunicazione che lo avvicina ad un'esperienza più intima, di fiducia, protezione e sicurezza) ma sig Pinco Pallino ora le spiegherò semplicemente come avverrà la soluzione del suo problema, quali sono le cose che potrà fare per aiutarci ad avere un buon risultato.

Se guarda fisso davanti a se, anche se preoccupato non lo ammetterà mai (io lo definisco "tipo tecnico") mi presento poi gli dico " Signor se vuole posso spiegarle come si svolgerà la procedura dal punto di vista tecnico, vuole che le spieghi cosa potrà fare per avere un buon risultato?" la risposta è quasi sempre positiva con aumento della fiducia.

Se arriva con gli occhi chiusi e fa respiri profondi (ansia che vive intimamente e che sperimenta da solo con poca disponibilità a condividere) mi presento e poi gli dico "Signor... è una procedura che mette un po' d'ansia è normale ma vedrà che sarà semplice riuscire ad avere un buon risultato ora che le spiegherò quanto è più facile di ciò pensa".

Questi sono solo alcuni esempi di approccio a pazienti con caratteristiche diverse ma come si può dedurre dagli esempi il primo obiettivo è farmi dire di sì cioè essere accolto come degno di fiducia, capace di dare l'aiuto di cui necessitano. Il mio approccio varia a seconda della comunicazione verbale e non verbale che riesco a cogliere in ogni singolo paziente adeguando il più possibile il mio modo di porsi e di comunicare sia tenendo conto dei canali comunicativi del paziente sia del suo modo di approcciarsi all'esperienza.

Quando mi presento cerco di capire il canale comunicativo del paziente (visivo, uditivo, cenesestetico) e se e' propenso alla leggerezza o pesantezza porgendogli la mano . Mi presento con il sorriso e dico "Piacere mi chiamo Roberto e lei?" non dico più' buongiorno perche' alcuni malati mi rispondevano " proprio un buongiorno vorrei vedere lei al mio posto....".

Lo accompagno in sala e mentre lo monitorizzo, lo tranquillizzo dicendogli "li vede questi macchinari?" risposta ovvia ma cresce la fiducia " servono per rendere più sicura

la procedura, come i 2 cardiologi, l'ingegnere, la collega ed io, siamo tutti pronti a farle avere una buona esperienza. Quindi è più che protetto, siamo tutti qui per risolvere il suo problema, lei può aiutarci facendo quello che le dirò". Questa frase resta più o meno uguale per ogni tipo di malato perché li tranquillizza e li rende partecipi alla procedura aumentando la loro motivazione a seguire i suggerimenti.

Durante la fase di monitorizzazione, di solito faccio raccontare al paziente quali sono i suoi interessi (famiglia, hobby, etc) Appena il paziente è sdraiato inizio l'induzione. Una frase che dico spesso che aumenta la motivazione è "in questa procedura è fondamentale l'immobilità da parte sua. Le spiego come possiamo ottenerla. Se chiude gli occhi così le sarà più facile concentrarsi su quello che le dirò. Successivamente chiedo al paziente per esempio di concentrarsi sul respiro. Quando ratifico i cambiamenti fisici (frequenza e profondità del respiro) do suggestioni di tipo cenestesico pesante o leggero in base alla sensazione percepita quando mi ha dato la mano ad inizio procedura. Utilizzando i passi lo aiuto ad allargare la sensazione al braccio e poi a tutto il corpo così da focalizzare la sua attenzione alla capacità di controllare il suo corpo.. Una frase che dico spesso è "bravissimo adesso voglio che questa sensazione di pesantezza/leggerezza la porti al braccio che ti sto toccando".

Se il paziente riesce a creare il monoideismo plastico, quindi effettivamente per il paziente il braccio è pesante o leggero, gli dico “ complimenti, è davvero bravo, è riuscito a realizzare un grande controllo e così come controlla il suo corpo deve essere davvero piacevole controllare i suoi pensieri e sarebbe bello ora immaginare, un posto solo tuo dove ti senti tranquillo, protetto e felice, dove puoi rifugiarti, e stare bene” questa è un'altra frase standard che dico.

- Se fallisce la ratifica gli dico “ bravo hai visto che sei rimasto immobile per minuti , se vuoi lo rifacciamo durante la fase di mappaggio “.

Durante il reperimento degli accessi vasali .

- Se il paziente è in stato ipnotico lo rafforzo dicendo “sei proprio bravo “ o frasi del genere fino alla fine della procedura.
- Se non è riuscito ad isolarsi ma rimane attento a ciò che accade lo distraigo facendolo parlare delle cose che gli piacciono . Alcuni mi dicono “ fara' male l' anestesia?” una frase che dico sempre e' “ha presente quella del dentista, questa fa molto meno male alcuni non se ne accorgono neanche” e riprendo con l'argomento di cui stavamo parlando .

All' inserimento dei cateteri in atrio il paziente non si accorge di eventuali extrasistoli o al massimo mi dice “ sento qualcosa al petto”, “ mi sento strano” di solito una frase che funziona è ad esempio “ è normale sono già arrivati al cuore

con i cateteri. Sta andando tutto benissimo e lei è bravissimo... ma mi stava dicendo di suo nipote...”

2. : durante la fase di mappaggio gli spiego come avverrà l'ablazione una frase che funziona è “le bruciature potrebbero darle delle strane sensazioni che sono variabili e c'è chi sente qualcosa e chi no. Può avere anche solo un leggero fastidio ma comunque se avesse male potremmo fare il calmante” poi riprendiamo a parlare .

Durante l'ablazione funziona fargli raccontare episodi passati “ mi racconti di quella volta che...” e' una frase che uso molto. Se vedo che hanno male di solito basta 1/3 o 1/2 fiala di antidolorifico contro l' infusione in continuo che facevamo prima .

3. : fine procedura : i tempi si sono abbreviati molto

visto che dopo la medicazione degli accessi vasali il paziente non avendo avuto necessità di usare sedativi può andare subito in reparto. Durante le medicazioni chiedo al malato com'e' andata e come sta, di solito ho un buon riscontro, i pazienti si esprimono in termini di vissuto positivo e di tranquillità durante la procedura.

Dopo il corso d' ipnosi devo ammettere che è cambiato il mio modo di pormi col malato e riesco a relazionarmi più facilmente con il paziente decodificando meglio alcuni comportamenti che prima non riuscivo a gestire. Riesco a gestire meglio l' ansia e ad instaurare un rapporto di fiducia

con quasi tutti i pazienti (non solo nelle ablazioni ma in ogni procedura). Per quanto riguarda la F.A. ho quasi sempre ottenuto il miglioramento del vissuto del paziente e una più gratificante assistenza. Già solo riuscire ad impostare la conversazione su argomenti di interesse del paziente mi ha permesso di aiutarli a fargli vivere il trascorrere del tempo in modo ridotto e di aver mantenuto l'immobilità per 4 h (per me già' un buon risultato) . In molti casi con la comunicazione e tecniche di distrazione sono riuscito a finire la procedura sottodosando enormemente il farmaco (dal remifentanil in infusione continua ad 1/3-1/4 di fiala di fentanest in base al peso), i pazienti riferivano di aver provato poco dolore (radiofrequenza a 45 watt) e nullo per frequenze piu' basse. L' analgesia ipnotica non è stata ricercata come obiettivo ma è sempre stato importante ottenere la compliance del paziente alla procedura.

Descriverò 3 dei casi per me piu' importanti di altri perchè mi hanno dato modo di migliorarmi ed analizzare meglio i miei errori, tra parentesi le mie analisi fatte a posteriori.

- : donna di 60 anni , F.A . non responsiva alla terapia farmacologica.

All' arrivo in sala occhi chiusi e respiro accelerato postura 'sull' attenti'

io " signora come va ? " (rieccola per me è stato difficile togliere questa frase) lei "come vuole che vada , se andava

bene mica ero qua" (me l' aspettavo , appena detta la frase mi sarei morso la lingua) io " sono Roberto piacere e lei" lei " ma non l'ha letta la cartella" io " certo ma volevo avere la conferma da lei signora L..." lei " si ho letto che a volte negli ospedali confondono i malati . Io sono qua per l' ablazione . Io " lo so signora " (non sapevo più come gestire la situazione cosa dire ?). non mi ricordo il resto della conversazione , le frasi dette non le ho segnate perchè me le sono dimenticate subito dopo quindi non posso ri analizzarle. So di aver commesso errori già in questo fase della conversazione . Può un semplice errore nell' approccio iniziale compromettere tutta una relazione comunicativa? Devo presumere di si . La signora comunque si rifiutava di sentire chiunque , una frase mi e' rimasta impressa " tanto voi dite una cosa poi fate quello che volete, non posso credervi " . completo fallimento

Ho deciso d' inserire questo caso anche se non si tratta di ablazione di F.A. Perche' e' stato uno dei primi casi da ma trattati e non avevo trovato un mio sistema di analisi dei casi quindi non ricordo esattamente le frasi dette o piu' salienti, ma per me e' stato importante perche' mi ha dato la forza di continuare con la comunicazione ipnotica.

- : Uomo di 50 anni , deve eseguire uno studio elettrofisiologico per sospetto di fascio di kent .

All' arrivo in sala : io "buongiorno mi chiamo Roberto e' lei? " . lui "proprio un buongiorno vorrei vedere lei al mio posto..." (no comment). Io " come va?" lui " come vuole che vada . Sono qui "(questo approccio comunicativo non me lo scordero' mai)

Una volta straiato sul lettino (non ricordo cosa ci siamo detti prima) gli dico "per questo esame e' necessario che le siano bloccate le braccia . Lui " non mi addormentate?" io "no. L' anestesia generale e' pericolosa e inutile in questo tipo di procedura" (le frasi possono non essere precise ma il senso era quello). Lui "ma io voglio essere addormentato".

io " se vuole possiamo provare con un nuovo metodo" lui "ok" io "chiuda gli occhi cosi potra' concentrarsi meglio sulla mia voce" (frase copiata pedestremente dagli istruttori ciics per questo la ricordo). Lui "non posso perche' se chiudo gli occhi vado in panico come pure ad essere legato". Io "come mai?".

- Lui "mio fratello e' morto di tumore celebrale e io l' ho assistito fino alla fine ma da allora non riesco ne a stare legato ne a chiudere gli occhi per più di 10min (panico cominciamo bene), pensa anche ieri per fare la rmn mi hanno addormentato con un farmaco bianco (propofol ho pensato , non sapevo cosa fare). Mi ricordo che ha iniziato a parlare del fratello e io con indifferenza l' ho preparato per la procedura , gli ho immobilizzato le mani e lui stava fermo e continuava a parlare intanto la procedura iniziava

reperimento degli accessi vasali e io ogni tanto gli dicevo " tranquillo e tutto normale continua a raccontarmi, cosa hai fatto". Abbiamo finito lo studio poi non era d'ablare perché una F.A. refrattaria . Quando gli ho comunicato la fine della procedura era incredulo non riusciva a credere di essere riuscito a stare fermo per 40 min e pure con le mani bloccate .

- Uomo di 59 anni ingegnere, recidiva di F.A . in terapia farmacologica .

All' arrivo in sala sguardo fisso davanti a se, braccio dx sotto la nuca , gambe incrociate

Mi presento, col sorriso e porgendogli la mano " Salve mi chiamo Roberto, sono il suo infermiere le staro vicino per questa ablazione, lei si chiama? " . lui porgendomi la mano "piacere Luca, speriamo che stavolta vada bene" (mano tendente al peso), io : "ha già fatto questa procedura? " (un' infermiere che non sa neanche che e' una recidiva ... e' mi deve assistere lui ... andiamo bene). Lui "si l' ho fatta ad A..." (mi ha perdonato) IO: " si ma qui non siamo ad A... quindi sarà diverso poi ad A... non c'ero mica io.." lui ride "ma la procedura e' sempre la stessa " io " No oltre a ricontrollare l'isolamento delle vene faremo le linee sul tetto atriale. Sarà un'altra cosa... più lunga come procedura... ma se farà come le dirò io passerà velocemente". Lui "vedremo...". Io " mi darà ragione alla fine della procedura". In questo breve dialogo lui all' inizio era sfiduciato essendo già alla seconda ablazione,

io ho ribadito che “questa volta sarà diverso dalla precedente” come se fosse un' altra cosa e come dice Erickson il dolore è fatto per un terzo dal dolore ricordato di quanto provato in precedenza. Quindi dire sarà diverso mi fa già vincere 1/3 di dolore eliminato. La risata l'ho interpretata come uno sfogo di tensione, poi la sfida finale questa volta le passerà più velocemente della prima.

- Successivamente abbiamo parlato della procedura mentre lo monitorizzavo, a dire il vero mi interrogava, (ma sono preparato). Poi prima del reperimento degli accessi venosi mi ha detto " Roberto posso darle del tu " io "certo non c'e' problema"

"Luca vuoi provare a rilassarti prima che cominciamo la procedura? Così ci puoi aiutare perchè rimanendo fermo riusciamo a ricostruire meglio la mappa ". lui ride " no Roberto non credo a queste cose" . A questo punto il medico dice " facciamo l' anestesia , brucia un po' come quella del dentista" (noooo lo stesso errore che facevo io prima). Io "ok, non importa se non vuoi. L' anestesia e' quella del dentista ma essendo fatta nell' inguine di solito fa meno male " lui " lo so com'è me l'hanno fatta un anno e mezza fa quando ho fatto l'ablazione" io " ok senti che lavoro fai?". Abbiamo parlato della famiglia dei suoi hobby mentre io andavo in giro per la sala ad aiutare la collega.

- Al momento del mappaggio gli dico "Luca da adesso in poi e' fondamentale che tu stia fermo" lui " lo so , mi ricordo"

io "senti fai come ti dico io altrimenti non ti passa più, è più utile ora immaginare qualcosa che ti piace tipo andare a pescare" lui chiude gli occhi . Io "ora che hai chiuso gli occhi puoi immaginare di essere a pescare in un posto bello tipo la riva di un fiume" lui "no al mare in barca " (grande ipnotista... non ne azzecco una... ma insisto). io "ok ancora meglio, ricorda quella volta che ti sei divertito ed eri tranquillo a pescare... ti ricordi?" lui annuisce. Io "bravissimo pensa di essere lì a pescare " lui sorride " sei lì che stai facendo la più bella pesca della tua vita" continua a sorridere. Nel frattempo arriviamo al momento dell'ablazione.

- Il medico " iniziamo le bruciature se sente male me lo dice che mi fermo". io "vai tranquillo M... ". inizia l'ablazione a 40-45 watt essendo una recidiva si ritoccano tutte le vene al massimo consentito il dolore quindi è maggiore. Io "Luca come sta andando la pesca ti diverti?" lui annuisce sempre sorridendo. Continuiamo l'ablazione così io ogni tanto dico " bravo Luca " " sei bravissimo ". All' ultima linea arriva l'anestesista dicendo "scusate il ritardo, a che punto siamo?" io "abbiamo quasi finito ". Lui "avete fatto qualcosa ? " il cardiologo " Roberto cosa gli hai fatto? " io "niente è bravo lui " l' anestesista " facciamogli almeno un po' di fentanest " io " ma non ha male " l' anestesista "vabbe' ma almeno 1/4 di fiala facciamola non si sa mai"(Luca pesava 98 kg) . dopo 10 minuti dalla somministrazione del farmaco abbiamo finito la procedura . Il cardiologo " abbiamo finito" e Luca a

aperto gli occhi e mi dice " abbiamo finito " guarda l' orologio sulla parete , poi guarda me e dice " avevi ragione tu e passata più velocemente, grazie". Io "guarda che io non ho fatto niente, hai fatto tutto tu. Hai avuto male? " Lui "un pochino all'inizio poi più niente fosse stato così anche la prima volta.. "

Non so se può trattarsi d'ipnosi nel senso classico del termine ma quello che so è che grazie ad un interazione preferenziale tra me e il paziente è stato possibile creare quella relazione di fiducia che mi ha permesso di fargli focalizzare l'attenzione su una idea che lo ha portato ad avere un risultato plasticamente evidente, rilassamento occhi chiusi e capacità di immaginarsi in un altro luogo a pescare, durante l'esperienza si è fatto guidare e quando la procedura è terminata ha aperto gli occhi da solo ed era lucido ed orientato, certamente aveva avuto segni evidenti di cambiamento di stato di coscienza abbassamento delle palpebre con flutter e movimenti oculari rem, deglutizione, assenza di dolore, modifica della percezione del tempo. Questo caso per me e' stato un successo anche se mi lascia dei dubbi (avra' avuto male , fino a quando non e' stato praticato il fentanest anche se a dose sicuramente molto minima e a fine procedura? Però non si è lamentato. È difficile credere che basta cambiare le carte per fare un gioco diverso con un risultato diverso.)

Ci sono altri casi in altre procedure che mi hanno aiutato a migliorare le mie capacità comunicative verbali e non.

- Mi ricorderò sempre il signore che mi disse "ma cos'ha da sorridere. Se e' per una barzelletta me la racconti così ridiamo in due", simpaticissimo abbiamo riso tutta la procedura altri come la signora di prima sarebbe meglio non ricordarli, ma lasciano comunque il segno e ti obbligano a un processo di autoanalisi, anch'esso importante per migliorarsi.

In conclusione la comunicazione ipnotica ha migliorato il mio modo di avvicinarmi al paziente e a capire le problematiche che prima non prendevo in considerazione. Ho ancora molto da imparare e faccio a volte errori anche banali (a volte mi correggono i malati stessi a fine procedura) “ mi hai detto ma sapevo che volevi dirmi ...“. La strada e quella giusta migliorerò con lo studio, l'esperienza e con l'aiuto dei pazienti e dei colleghi.

Bibliografia

Franco Granone, trattato di ipnosi, Edizione Utet, Vol 1,

Franco Granone, trattato di ipnosi, Edizione Utet, Vol 2

Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: effects on pain perception and intravenous drug use. Lang EV, Joyce JS, Spiegel D, Hamilton D, Lee KK. Department of Veterans Affairs Medical Center (DVAMC), Palo Alto, California, USA.

Cardiovascular and respiratory correlates of deep nociceptive stimulation, suggestions for analgesia, pain imagery and cognitive load as a function of hypnotizability. [Giulia Paoletti^a](#), [Maurizio Varanini^b](#), [Rita Balocchi^b](#), [Carmela Morizzo^c](#), [Carlo Palombo^c](#), [Enrica L. Santarcangelo^d](#). ^a Department of Physiology, University of Siena, Italy^b Institute of Clinical Physiology, National Council of Research, Pisa, Italy^c Department of Internal Medicine, University of Pisa, Italy^d Department of Physiological Sciences, University of Pisa, Via San Zeno, 31-56127 Pisa, Italy.

De Benedittis, G., Panerai A.A, Villamira, M.A. (1989) Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 37: 55-69.

Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. Lang EV, Rosen MP. Department of Radiology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, 330 Brookline Ave, West Campus 308 CC, Boston, MA 02215, USA.