

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

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

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**

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

**ANNO 2020**

**COMUNICAZIONE IPNOTICA E IPNOSI NELL'ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA**

**APPLICAZIONI IN AMBITO PERIOPERATORIO**

**Candidato**

Paola Gherardo

**Relatore**

D.ssa Milena Muro

# Sommario

<b>1. Introduzione .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Ipnosi, comunicazione ipnotica e assistenza infermieristica .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Ipnosi: definizioni.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Comunicazione ipnotica e professione infermieristica .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Comunicazione ipnotica in sala operatoria .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. Perché .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2. Quando .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3. Come.....</b>	<b>9</b>
<b>4. Presentazione di alcuni casi clinici .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. Caso 1 .....</b>	<b>10</b>
<b>4.2. Caso 2 .....</b>	<b>11</b>
<b>4.3. Caso 3 .....</b>	<b>12</b>
<b>5. Conclusioni .....</b>	<b>13</b>
<b>6. Bibliografia.....</b>	<b>14</b>

# 1. Introduzione

Lavoro in sala operatoria da molti anni. L'interesse per l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono nati dall'esigenza di essere un valido supporto per il paziente; non solo da un punto di vista tecnico assistenziale, ma anche da quello, direi, squisitamente infermieristico: sono qui con te, vedo i tuoi bisogni, trovo una risposta assistenziale.

Nell'arco della mia esperienza mi sono resa conto di aver empiricamente appreso delle nozioni di tipo comportamentale. Quando il paziente viene "accolto e compreso" nelle sue difficoltà, spesso si crea quel particolare clima che permette l'attuazione delle procedure chirurgiche con la partecipazione della persona assistita in una condizione di relativa tranquillità.

Il clima relazionale che si instaura tra gli operatori sanitari ed il paziente influisce fortemente sul percepito di quest'ultimo. Mi è successo di vedere persone rifiutare interventi non urgenti poiché convinti che non sarebbero riusciti a stare fermi sul lettino operatorio. Di conseguenza, si doveva riprogrammare l'operazione, con procedure anestesologiche meno adatte alla tipologia di intervento e, soprattutto, più invasive. Viceversa, quando il paziente si sentiva accolto e compreso si creava quella relazione che gli permetteva di fronteggiare la situazione ed essere in grado di tollerare la procedura chirurgica.

Queste osservazioni non bastavano però a dare risposte e metodi efficaci. Con la conoscenza e l'applicazione della comunicazione ipnotica ho trovato le risposte che cercavo. Essa è un valido strumento assistenziale che permette – grazie all'uso di una comunicazione consapevole dell'effetto neurofisiologico che le parole hanno di creare immagini mentali che riverberano nel corpo modificandone l'esperienza – di instaurare una buona relazione empatica attraverso la quale la persona assistita si sente accolta e supportata, aumentandone la collaborazione in modo attivo.

## 2. Ipnosi, comunicazione ipnotica e assistenza infermieristica

### 2.1. Ipnosi: definizioni

Come si inseriscono l'ipnosi e la comunicazione ipnotica all'interno della pratica infermieristica? Per rispondere a questa domanda, occorre anzitutto definire che cosa è l'ipnosi.

Nel corso dei secoli sono state date molte definizioni ed interpretazioni dello stato ipnotico. Mi astengo dall'elencarle, in quanto sono esposte in maniera assai esaustiva nel bell'*excursus* storico scritto dal Prof. Granone nel suo *Trattato di ipnosi*. Ne richiamo solamente due, cronologicamente abbastanza vicine nel tempo:

*“per ipnotismo si intende la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore”<sup>1</sup>;*

*“l'ipnosi è una condizione naturale che si verifica spontaneamente in diversi momenti della vita quotidiana”<sup>2</sup>.*

Partendo da quest'ultima definizione, possiamo immaginare una situazione tipo, dove la mente facilmente si sgancia dal contesto per entrare in quella che definiamo *trance* spontanea: potrebbe ad esempio trattarsi di una riunione molto noiosa con contenuti già noti... ed ecco che cominciamo a pensare ad altro, fino ad essere completamente assorbiti da ciò che la nostra mente sta immaginando: tutto ciò che avviene intorno a noi passa in secondo piano, almeno fino a quando succede qualcosa che stimola la nostra soglia della critica e ci fa tornare allo stato di coscienza “normale”. Questo stato di *trance* spontanea è diverso dalla condizione di ipnosi indotta o autoindotta in cui vi è la creazione del “monoideismo plastico”, cioè un'immagine, prodotta dalla nostra mente, così potente da indurre quei cambiamenti psichici, somatici e viscerali che cita nella sua definizione il Prof. Granone.

---

<sup>1</sup> F. GRANONE, *Trattato di ipnosi*, Utet, Torino, 1989.

<sup>2</sup> M.H. ERICKSON, *Common everyday trance*, Haley 1978.

In questa definizione si esprime anche un altro concetto: lo stato ipnotico viene indotto “per mezzo del rapporto creatosi tra il soggetto e l’ipnotizzatore”. Questo rapporto, di fiducia e fortemente empatico, è la relazione curante-curato, necessaria affinché si realizzi la condizione ipnotica.

Bisogna precisare che ogni soggetto entra in stato di ipnosi solo se vuole essere ipnotizzato e che, a seconda delle sue abilità ipnotiche, potrà essere guidato in stati che vanno dal semplice rilassamento fino all’ipnosi sonnambulica con capacità allucinatorie.

## **2.2. Comunicazione ipnotica e professione infermieristica**

In ambito infermieristico lo strumento della comunicazione ipnotica permette al paziente di mettere in campo tutte le sue potenzialità – che a volte non immagina neppure di avere – per essere collaborante in maniera attiva e nel pieno controllo delle sue emozioni. I pazienti possono essere educati alla pratica dell’autoipnosi per produrre effetti di rilassamento e di autocontrollo che possono risultare molto utili nella quotidianità o in caso di esami invasivi, dolorosi o che semplicemente portano il soggetto in uno stato di ansia che gli procura malessere.

La comunicazione ipnotica permette di ottenere molteplici risultati, i più significativi sono: una migliore relazione empatica con il paziente, l’aumento della collaborazione dello stesso, la diminuzione del livello di ansia e, di conseguenza, un innalzamento della soglia del dolore e, in ultimo, un maggiore percezione del soggetto di essere stato curato e assistito.

Gli obiettivi e i mezzi indicati finora si conciliano perfettamente con le indicazioni del codice deontologico delle professioni infermieristiche<sup>3</sup>:

- art 2. *“L’infermiere orienta il suo agire al bene della persona. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell’ambito della pratica clinica, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca”*;
- art 4. *“Nell’agire professionale l’infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l’ascolto e il dialogo. Il tempo di relazione è tempo di cura”*;

---

<sup>3</sup> Codice deontologico delle professioni infermieristiche, approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche il 13 Aprile 2019.

- art 17. *“Nel percorso di cura l’infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni. L’infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l’interessato per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili”;*
- art 18. *“L’infermiere si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi ad esso correlati, nel rispetto della volontà della persona”.*

Vediamo come la comunicazione ipnotica e l’ipnosi trovino spazio nell’ampia strada tracciata dagli articoli del codice deontologico.

L’infermiere con l’uso della comunicazione ipnotica agisce per il bene del paziente, lo educa ad utilizzare e a mettere in campo tutte le sue potenzialità per favorire il percorso di cura. Questo tipo di comunicazione si integra perfettamente nella previsione dell’articolo 4 in quanto l’infermiere, se ritiene di ricorrervi, deve obbligatoriamente utilizzare l’ascolto e il dialogo per stabilire una relazione, dedicando un tempo e un’attenzione che è *“tempo di cura”*. L’uso della comunicazione ipnotica implica un’osservazione e un riconoscimento dei bisogni di quello specifico paziente, il supporto assistenziale che l’infermiere offre passa attraverso un dialogo che usa i canali percettivi propri di quel determinato soggetto, costruendo con lui e per lui un percorso durante il quale egli può sperimentare le proprie capacità e potenzialità. Nella gestione del dolore – tema dell’articolo 18 – la comunicazione ipnotica diventa un eccellente strumento complementare ai supporti farmacologici sia nel dolore acuto che in quello cronico, oncologico o di altra natura, prevedendo l’educazione delle persone assistite all’autoipnosi. Per quel che riguarda la volontà della persona, nella comunicazione ipnotica il soggetto rimane vigile e mantiene il controllo delle sue azioni ed emozioni, così anche quando viene educato all’autoipnosi.

### **3. Comunicazione ipnotica in sala operatoria**

#### **3.1. Perché**

I pazienti che afferiscono alla sala operatoria sono, di solito, soggetti che portano con sé un carico di ansia derivante dalle motivazioni più svariate:

- intervento chirurgico imminente;
- resoconti di interventi subiti da conoscenti;

- incertezza della prognosi;
- paura del dolore;
- paura degli aghi;
- informazioni ad alto impatto emotivo (video) non supportate da adeguate conoscenze scientifiche;
- altre motivazioni legate alla loro storia personale.

La sala operatoria è un luogo dove possiamo sentirci persi, a differenza del reparto di degenza con il quale abbiamo un certo tipo di familiarità, per esserci stati almeno come visitatori. In sala operatoria ci andiamo solo come pazienti e ci andiamo soli, senza i nostri cari; è un posto dove l'accesso è consentito solamente al personale addetto; ci si trova di fronte ad operatori che non conosciamo – eccezion fatta a volte per il chirurgo; infine, sappiamo che la nostra persona sarà, per il tempo chirurgico ma soprattutto anestesilogico, in balia di altri.

L'infermiere, avvalendosi della comunicazione ipnotica, fornisce alla persona assistita gli strumenti per vivere questa esperienza in modo diverso, accettabile, dove prevarranno nella sua percezione gli aspetti positivi e la consapevolezza di essere riuscito ad avere un controllo sulle emozioni negative.

La comunicazione ipnotica ci permette di ottenere sia il rilassamento della persona, sia la collaborazione nei pazienti agofobici o molto preoccupati dal fatto di – come spesso affermano – “non avere vene”. Essa inoltre può trovare applicazione durante l'assistenza al paziente in tutte quelle metodiche anestesilogiche che possono essere mal tollerate, in quanto dolorose o comunque disturbanti per il soggetto (anestesi periferiche di ogni genere).

Una meta-analisi a riguardo conferma che l'uso della comunicazione ipnotica durante procedure invasive è utile e raccomandata<sup>4</sup>. In questa meta-analisi è stato dimostrato un effettivo minor consumo di analgesici, che non significa solo risparmio di farmaci ma anche

---

<sup>4</sup> M.W. NOERGAARD et al., “The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis”, in *Journal of Clinical Nursing*, 2019, pp. 1-18.

un minore impatto farmacologico sul paziente e, di conseguenza, un migliore monitoraggio dello stesso.

### **3.2. Quando**

L'infermiere che accoglie il paziente all'arrivo in sala operatoria si trova in una posizione privilegiata rispetto agli altri operatori nella relazione che si instaurerà con la persona assistita. Spesso, infatti, è proprio in quel momento che il soggetto esprime i suoi bisogni, di qualsiasi natura essi siano; è all'infermiere che chiederà ciò che non ha osato chiedere al medico; è sempre ad esso che confiderà le sue paure e domanderà rassicurazioni. Con la comunicazione ipnotica l'infermiere può interagire con il paziente e ridurre il suo stato di ansia portandolo in una migliore condizione di benessere.

A seguito dell'intervento, la permanenza in sala risveglio è un altro momento in cui il paziente può avere bisogno della comunicazione ipnotica per diversi motivi. Il principale di questi è l'insorgere di uno stato di agitazione, che può essere legato a varie situazioni:

- a. pazienti che si risvegliano dopo interventi di tracheostomia;
- b. pazienti che non hanno ancora una sufficiente copertura analgesica;
- c. pazienti che pur avendo subito interventi di breve durata presentano un brivido scuotente.

In tutti questi soggetti è utile usare la comunicazione ipnotica per:

- a. gestire lo stato di ansia derivante da condizioni di respirazione diverse da quella abituale per i pazienti tracheostomizzati;
- b. ridurre le contratture muscolari e gli irrigidimenti posturali dovuti alla persistenza di un dolore residuo;
- c. favorire la scomparsa del brivido anche quando questo abbia causa nell'ipotermia grazie a suggestioni di calore e benessere.

Nel perioperatorio, qualora non sia previsto un regime di *day surgery*, si potrebbe immaginare, nei casi che lo permettono, di prevedere un incontro prima dell'intervento, in modo da poter proporre al paziente la pratica dell'autoipnosi per gestire l'insonnia temporanea che spesso insorge con l'ospedalizzazione o come tecnica complementare agli antidolorifici usati nel periodo post-operatorio.

A questo proposito è stato pubblicato un interessante studio sui risultati dell'uso di autoipnosi in pazienti sottoposti a chirurgia toracica<sup>5</sup>. Le conclusioni di questo studio, condotto su 53 adolescenti sottoposti a procedura ricostruttiva di “petto scavato”, evidenziano un minor ricorso all'uso di analgesici oppioidi nel postoperatorio nei pazienti educati all'autoipnosi. Inoltre, i pazienti trattati con infusione continua di anestetico locale e autoipnosi, hanno avuto un tempo medio di degenza postoperatoria minore rispetto ai pazienti trattati con il posizionamento di cateterino peridurale.

Un altro studio pilota, condotto su pazienti candidate a chirurgia per cancro della mammella, ha evidenziato che la comunicazione ipnotica, con visualizzazione di luogo sicuro e piacevole, ha assicurato alle pazienti un minore livello di ansia, disagio, tristezza e preoccupazione nel postoperatorio<sup>6</sup>. Inoltre, lo stesso studio ha riscontrato che la stessa pratica, eseguita in ambito preoperatorio, da infermieri formati e integrati nell'equipe chirurgica, è fattibile senza apportare significative modifiche alle normali tempistiche di preparazione all'intervento.

### **3.3. Come**

La comunicazione ipnotica prevede l'uso consapevole delle parole e della comunicazione non verbale, la quale va al di là delle frasi che possiamo pronunciare ed essere altrettanto potente nella percezione che l'altro avrà di noi. L'infermiere, individuato il bisogno del paziente e l'obiettivo condiviso con quest'ultimo, utilizza quindi le modalità di comunicazione per creare un contesto a cui il paziente darà delle risposte assertive; in questo contesto, il paziente si affiderà all'operatore per essere guidato, attraverso la creazione di monoideismi plastici, ad un'esperienza di cambiamento che lascerà un vissuto positivo.

Con la tecnica di focalizzazione del respiro possiamo indurre stati di rilassamento oppure rendere il paziente più collaborante per l'esecuzione di procedure (es. venipuntura).

---

<sup>5</sup> R.C.B. MANWORREN et al., “Postoperative Pain Outcomes After Nuss Procedures: Comparison of Epidural Analgesia, Continuous Infusion of Local Anesthetic, and Preoperative Self-Hypnosis Training”, in *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 2018, pp. 1-9.

<sup>6</sup> M.W. LEW, et al., “Use of Preoperative Hypnosis to Reduce Postoperative Pain and Anesthesia-Related Side Effects”, in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2011, pp. 406-423.

L'esecuzione di questa tecnica verrà spiegata nel capitolo successivo, dove si esporranno dei casi clinici.

Inoltre, i pazienti possono essere educati all'autoipnosi. Per insegnare ai pazienti l'autoipnosi è necessario informarli brevemente di cosa si tratti, in modo che siano consapevoli e liberi di scegliere se provare questa tecnica. La scelta dell'obiettivo da raggiungere (motivo per cui si propone l'ipnosi) viene concordato con il paziente (contratto). Le modalità di induzione si tarano sul soggetto e sono dinamiche, cioè variabili in corso d'opera in base alla risposta del paziente. Una volta raggiunto lo stato di *trance* e verificato che le suggestioni date siano accettate e sperimentate dal soggetto (ratifica) e che egli si senta a suo agio, gli si propone un metodo per raggiungerlo in completa autonomia (ancoraggio); lo si fa quindi riemergere dallo stato di *trance* (riorientare), spiegandogli come farlo anche quando lo gestirà in autonomia e in ultimo lo si inviterà a provare da solo (verifica autoipnosi).

## **4. Presentazione di alcuni casi clinici**

La tecnica che propongo è quella che ho utilizzato su alcuni pazienti rimodulandola ogni volta in base alle loro esigenze. Per i primi due casi ho utilizzato la tecnica di focalizzazione sul respiro, nel terzo caso ho usato la tecnica di focalizzazione dell'attenzione.

### **4.1. Caso 1**

Paziente di 34 anni, si deve sottoporre ad intervento di miomectomia laparoscopica. Pregresso parto sei mesi addietro.

La paziente riporta di avere una bambina di sei mesi e di sottoporsi all'intervento per poter avere una nuova gravidanza; immediatamente dopo, si dichiara preoccupata perché – sostiene – ha “*delle brutte vene*”. Propongo allora un esercizio facile per aiutarmi nel posizionamento dell'ago cannula, chiedo alla paziente: “*apri e chiudi il pugno così da aumentare il flusso di sangue e mentre la tua mano si apre inspiri e l'aria entra nel tuo torace e quando la mano si chiude l'aria esce, quando la mano si apre l'aria entra, quando la mano si chiude l'aria esce, puoi chiudere gli occhi e concentrare meglio la tua attenzione e ti potrai accorgere di quanto il ritmo di apertura e chiusura della tua mano sia rallentato così come è rallentato il tuo respiro che si è fatto più tranquillo e profondo e la tua testa si*

*sia piegata di lato...". A questo punto la paziente riemerge e stupita mi dice: "Ho provato tante volte in travaglio a rilassarmi ma così non ero mai riuscita!". Io rispondo: "Bene! Ora che hai scoperto il metodo segui nuovamente il tuo respiro e torna in quella condizione di benessere che sei stata così brava a creare!". Lei, creandosi un suo ancoraggio, ha ripreso ad aprire e chiudere la mano ed è rientrata in trance. Al saluto vigoroso dell'anestesista dopo pochi secondi la paziente si esduce nuovamente da sola e alla proposta di: "Le faccio subito qualcosa per rilassarla", lei dice: "Grazie, ma ci ha già pensato l'infermiera!".*

## **4.2. Caso 2**

Luciano, anni 74, deve eseguire ERCP in sedazione profonda. È sorridente, ma dice di essere un po' agitato e, soprattutto, di sperare che vada tutto bene.

*"Certo Luciano, faremo il meglio per lei! Ora si sposti su questo lettino, così la preparo per l'intervento e mentre sistemo il monitoraggio che serve a controllare che tutto proceda bene lei può fare un respiro profondo e mentre chiude gli occhi può sentire bene l'aria che entra nel suo torace..."*

Il paziente chiede: "E dove va?"

*"L'aria entra e scende fino in fondo al suo torace e può sentirla appoggiando una mano sulla pancia, ogni volta che la pancia si alza l'aria è arrivata in fondo al torace e poi esce quando la pancia si abbassa e mentre esce porta fuori la tensione, ogni volta, come se il suo respiro regolare che alza e abbassa la pancia sciacquasse via la tensione, ogni volta di più, mentre l'aria fresca entra e porta benessere e ogni volta ti sentirai meglio, sempre di più, ad ogni respiro e come adesso hai deglutito e rilassato i muscoli della gola potrai deglutire ogni volta che ne sentirai il bisogno e lasciare che la tua mente immagini un cibo buono o una bevanda che ti piace tanto, e quando l'avrai immaginata potrai alzare un dito, così da farmi sapere che la stai vedendo. Bene Luciano! (ha alzato il dito) ora puoi aprire la bocca per fare il primo boccone o la prima sorsata (la collega inserisce l'apribocca) e potrai deglutire quando ne avrai voglia".*

Il paziente rimane tranquillo con l'apribocca posizionato e dopo un paio di minuti l'anestesista somministra un primo bolo di mg 20 di ketamina seguiti da mg 2 di midazolam. Luciano è rimasto tranquillo per tutto l'intervento senza contrastare minimamente

l'introduzione degli strumenti endoscopici. l'anestesista ha fatto un secondo bolo di mg 20 di ketamina dopo circa un'ora di intervento. L'intervento è durato circa un'ora e venti minuti.

Non ho potuto seguire il termine dell'intervento. Sono tornata però dal paziente quando era ancora in sala a intervento terminato ed era molto contento, diceva che eravamo stati bravissimi, non si era accorto di nulla e stava benissimo.

*“Bene Luciano! È stato molto bravo lei a rilassarsi, ora sa che può farlo ogni volta che le serve, chiude gli occhi, fa un respiro profondo e segue il suo respiro lasciando che il suo corpo si rilassi proprio come ha fatto prima, provi pure, vedrà che funziona!”.*

### **4.3. Caso 3**

Paziente di 74 anni deve sottoporsi ad intervento di cataratta senile in anestesia topica.

Il paziente arriva visibilmente agitato, non riesce a stare fermo sulla sedia, è irrequieto, riferisce che l'ultima volta ha avuto molte difficoltà ad eseguire l'esame per il campo visivo, dice: *“E poi non riesco a tenere l'occhio aperto per poter mettere le gocce!”.*

*“Ha ragione!”* rispondo io *“ho fatto anch'io il campo visivo, è difficile seguire tutte quelle lucine. Ad un certo punto ti sembra di non capire più nulla, ma questa volta sarà diverso, faremo delle cose più facili. Per ora mi conferma che il suo nome è Tizio Caio?”.*

*“Sì”*

*“La sua data di nascita è 1 gennaio 1946?”*

*“Sì”*

*“E l'occhio da operare è il sinistro?”*

*“Sì”*

*“Bene! Ora che abbiamo controllato che i dati siano giusti, le chiedo di stringere il pugno così metto l'ago che ci servirà durante l'intervento. È bravissimo a stringere il pugno, adesso che l'ago è posizionato può aprire la mano e lasciare uniti solo l'indice e il pollice e dirmi se vede il mio dito davanti al suo naso, ( il paziente dice sì) bene, così come è stato bravo a tenere uniti indice e pollice ora segua il mio dito e non lo perda mai di vista, continui*

*a seguirlo anche quando lo sentirà appoggiato sopra la sua fronte e sarà come se lo vedesse e mentre continua a fissarlo sente cadere le gocce e quando saranno cadute potrà chiudere l'occhio e lasciarlo riposare come se dormisse, bravissimo così! Ora tenga sempre uniti il pollice e l'indice per aumentare la concentrazione e segua il mio dito senza perderlo mai e quando lo sentirà appoggiato sulla fronte continui a fissarlo come se lo vedesse e mentre lo guarda le gocce entrano e addormentano l'occhio che si chiude come se dormisse. Molto bene!”.*

Ripeto questa sequenza una terza volta e dico al paziente che potrà accorgersi di come è stato bravo a tenere l'occhio fermo e aperto, lui mi dice: *“Davvero?”* Io rispondo: *“Certo! Torni concentrato unendo le due dita e segua il mio dito sopra la sua fronte e mentre fissa bene il punto proprio dove il mio dito tocca la sua fronte, l'occhio rimane lì... fermo, aperto per il tempo che serve e poi si chiude come se dormisse...”*. Il paziente rimane un momento in silenzio e poi dice: *“Eh sì, ha ragione, per un po' l'ho tenuto aperto!”*

*“Sicuro!”* – dico io – *“questa cosa può farla ogni volta che le serve, quando sarà in sala operatoria o domani alla visita di controllo, unisce le dita si concentra e sa che sarà in grado di controllare il suo occhio per il tempo che le serve, proviamo ancora così mettiamo le ultime gocce”*.

## **5. Conclusioni**

La comunicazione ipnotica e l'educazione del paziente all'autoipnosi sono competenze che arricchiscono l'assistenza infermieristica, aderendo perfettamente ai principi dettati dal codice deontologico. Permettono all'infermiere di instaurare quella relazione di aiuto che garantisce, da una parte, la collaborazione del paziente e, dall'altra, la consapevolezza da parte dello stesso delle proprie potenzialità per il controllo di ansia e disagio derivanti dalla condizione di perdita di salute. Permettono inoltre al paziente di vivere l'esperienza del dolore in maniera diversa, modificandone la percezione e aprendogli una via parallela di “autocura”, complementare a quella farmacologica.

Gli studi e le meta-analisi condotti a riguardo confermano che la comunicazione ipnotica è una pratica utile, raccomandata e sicura. Eseguita da infermieri formati, è attuabile all'interno della pratica infermieristica senza incidere sui costi e sulla tempistica delle ordinarie preparazioni all'intervento chirurgico.

Sarebbe auspicabile, in futuro, allargare la conoscenza della comunicazione ipnotica a tutti gli infermieri della sala operatoria e, possibilmente, anche a quelli che prestano servizio nei reparti di degenza.

## 6. Bibliografia

GRANONE F., *Trattato di ipnosi*, Utet, Torino, 1989.

LEW M.W. et al., “Use of Preoperative Hypnosis to Reduce Postoperative Pain and Anesthesia-Related Side Effects”, in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2011, pp. 406-423.

MANWORREN R.C.B. et al., “Postoperative Pain Outcomes After Nuss Procedures: Comparison of Epidural Analgesia, Continuous Infusion of Local Anesthetic, and Preoperative Self-Hypnosis Training”, in *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 2018, pp. 1-9.

NOERGAARD M.W. et al., “The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis”, in *Journal of Clinical Nursing*, 2019, pp. 1-18.