

C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE
ISTITUTO FRANCO GRANONE

Fondatore: Dott. Franco Granone
Direttore: Dott. Antonio Maria Lapenta

**L'occhio dell'infermiere e la
comunicazione ipnotica con il paziente.**
Applicazioni pratiche in Pronto Soccorso.

Tesi del
CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2019

RELATORE

Dott.ssa Filomena Muro

CANDIDATO

Elsa Godino

CONTRORELATORE

Dott. Antonio Maria Lapenta

INDICE

PREMESSA	3
-----------------------	----------

INTRODUZIONE	4
---------------------------	----------

PRIMA PARTE

Ⓢ REVISIONE DELLA LETTERATURA SULL'ARGOMENTO.....	5
Ⓢ CHE COS'È L'IPNOSI?.....	6
Ⓢ LA PRATICA DI IPNOSI.....	7
Ⓢ LA VALENZA SCIENTIFICA DELL'IPNOSI NEI CONTESTI SANITARI.....	8
Ⓢ IL NESSO TRA LE COMPETENZE COMUNICATIVE DEL PROFESSIONISTA SANITARIO INFERMIERE E L'IPNOSI.....	9
Ⓢ LA COMUNICAZIONE IPNOTICA COME STRATEGIA COMUNICATIVA EFFICACE PER RINVIGORIRE LA RELAZIONE DI CURA.....	10
Ⓢ LA COMUNICAZIONE IPNOTICA ED IL PERCORSO FORMATIVO DELL'INFERMIERE PER ACQUISIRNE LE COMPETENZE.....	12
Ⓢ I SISTEMI RAPPRESENTAZIONALI.....	14
Ⓢ LE STRATEGIE COMUNICATIVE EFFICACI.....	15
Ⓢ LA CONDIZIONE IPNOTICA: TECNICHE INDUTTIVE.....	16

SECONDA PARTE

Ⓢ OBIETTIVO DELLE APPLICAZIONI PRATICHE.....	20
Ⓢ MATERIALI E METODI.....	20
Ⓢ DESCRIZIONE DEL CONTESTO OPERATIVO.....	21

ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Ⓢ LE RELAZIONI DI CURA E I RELATIVI INTERVENTI.....	22
Ⓢ LA PROFANA PERCEZIONE DEL TEMPO.....	22
Ⓢ CURARE LA RELAZIONE CON I PARENTI.....	26
* Teresa ed il viaggio mentale a Londra.....	26
* Lucia, il marito e la passione per la fotografia.....	27
Ⓢ IPNOSI PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA.....	28
* La problematicità di fare il prelievo ematico.....	28
* Marta e la sua sofferenza al cuore.....	29
Ⓢ IPNOSI E DOLORE IN PRONTO SOCCORSO	30
* Anna ed il dolore mai provato così forte.....	31
* Paolo e gli spilli nella mandibola.....	33
Ⓢ IL RAPPORTO CON I MIEI COLLEGHI.....	35
~~~~~	
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>36</b>
~~~~~	
BIBLIOGRAFIA.....	37
~~~~~	

## PREMESSA

Franco Granone definisce l'ipnosi come *“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'ipnotista”*.

Il fondamento per un'adeguata relazione tra la persona e l'infermiere, diventa l'*“accoglienza”*: in una parola unica si racchiude il cuore della sua professione. Quando il professionista sanitario pone l'attenzione alla relazione di cura, nel momento in cui l'infermiere conosce la situazione del paziente e dell'ambiente circostante, si realizza l'accoglienza del paziente nel suo percorso di salute.

Ho deciso di frequentare il *“Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica”* perché sono convinta che la comunicazione svolge un ruolo cruciale nel processo di assistenza infermieristica, quindi avere un *“buon occhio”* di riguardo significa necessariamente associare alle proprie sensibilità e capacità relazionali, la conoscenza delle tecniche di comunicazione efficace, tra cui rientra senza dubbio la comunicazione ipnotica. Così, come viene delineato nel Codice Deontologico degli Infermieri, *“la relazione è tempo di cura”*, ed ecco che le parole se usate in modo consapevole diventano la medicina dell'anima, luce sull'ombra della sofferenza.

Rivolgo i miei più sentiti ringraziamenti:

a tutto il corpo docente dell'ISTITUTO FRANCO GRANONE C.I.I.C.S., in particolare a Milena Muro ed a Paula Marina Fernandes.

*La persona al centro ascolta, impara, condividi la tua conoscenza, insegna,*

*apri il tuo cuore. (Poletti P., CEREF)*

## INTRODUZIONE

L'elaborato esamina l'ipnosi e le sue applicazioni in ambito sanitario ed evidenzia che la comunicazione ipnotica è un efficace strumento per l'infermiere, il quale si pone l'obiettivo primario di assistere la persona nella sua globalità affinché essa raggiunga il miglior stato di benessere possibile, poiché gli permette creare un rapporto positivo con la persona, trasmettendogli fiducia e migliore intesa, sostenendo l'empowerment.

Il progetto di tesi è strutturato secondo i criteri di ricerca qualitativa di tipo descrittiva ed è stata condotta fra maggio 2019 ed agosto 2019, al fine delle lezioni teoriche del "*Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica*" presso l'ISTITUTO FRANCO GRANONE C.I.I.C.S. . In particolare, il testo è ripartito in una prima parte dedicata alla ricerca bibliografica delle teorie e dei concetti utili per l'apprendimento, mentre la seconda parte, applicativa, propone di enunciare alcuni tra gli episodi esperienziali di relazione di cura con pazienti e/o parenti presso il luogo di lavoro in cui presto servizio, il Pronto Soccorso Front Line Molinette dell'A.O.U.Città della Salute e della Scienza di Torino. I cittadini che accedono in PS, vivono la propria condizione come spiazzante, destabilizzante e di grande incertezza rispetto a ciò che seguirà. Quindi emerge la necessità di prestare grande attenzione al processo di comunicazione, cercando di ottimizzare tutti gli aspetti di cura, identificando i canali e le interfacce che possono rispondere in maniera più efficace ai bisogni dell'utenza. Giorno dopo giorno ho applicato la comunicazione ipnotica ed ho notato questa differenza rispetto a prima: le persone mi hanno riferito di aver trovato maggior sollievo a seguito di una migliore relazione di cura tra infermiere e paziente durante la loro permanenza in pronto soccorso, e questo è avvenuto grazie alla comunicazione ipnotica che ha migliorato le mie competenze relazionali. I risultati hanno dimostrato che l'uso della comunicazione ipnotica, nelle mani degli operatori sanitari, permette di cogliere e restituire ai pazienti ed ai parenti l'essenza di ciò che dicono, aiutandoli a sentirsi seguiti e compresi più profondamente, di accrescere la gestione individuale della sintomatologia dolorosa e di gestione dell'ansia legata alle procedure diagnostico-terapeutiche.

## PRIMA PARTE

### 📍 REVISIONE DELLA LETTERATURA SULL'ARGOMENTO.

La ricerca bibliografica è stata orientata verso gli articoli che descrivono l'uso dell'ipnosi nei contesti sanitari, sull'apprendimento dei diversi aspetti relazionali e su quali siano le caratteristiche della relazione di cura.

La principale ipotesi di ricerca è stata la seguente:

<< *La comunicazione ipnotica è indicata per la riduzione dell'ansia e del dolore del paziente legata alle procedure diagnostico-terapeutiche in pronto soccorso e nei dipartimenti di emergenza-urgenza?* >>

Una parte di ricerca teorica è stata la rilettura delle slide e dei contenuti appresi durante il corso di formazione base di comunicazione ipnotica frequentato presso il Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale nell'anno 2019. La restante parte di ricerca bibliografica è stata effettuata nella Banca dati Pubmed, attraverso l'uso delle seguenti parole chiave e riferite alla terminologia "Medical Subject Headings" (MeSH): *hypnosis, self-hypnosis, rapport, mental health, pain, anxiety, professional skill, nursing care, nurse-patient relationship, first aid department.*

I risultati della ricerca sono sintetizzati nella Tabella 1.

Banca dati	Query	Limiti	Articoli
PubMed	"Hypnosis" [Mesh] AND "Nurse"[Mesh]	Humans	21
	"hypnosis" [MeSH Terms] AND "nurse-patient relations" [MeSH Terms]		10
	"Hypnosis" [Mesh] AND "Anxiety"[Mesh]	Humans Full Text	393
	"Hypnosis" [Mesh] AND "Pain Management" [Mesh]		310
	"Hypnosis" [MeSH Terms] AND "emergency ward" [MeSH Terms]	Humans	11

Il confronto con le esperienze descritte nella letteratura ha consentito di sviluppare la riflessione sulle tecniche comunicative efficaci da operare durante le applicazioni pratiche in pronto soccorso. Quest'ultime sono state analizzate in seguito e per ogni tematica che sarà trattata, saranno riportate alcune citazioni e riferimento alla lettura degli articoli scientifici ricercati e che studiano in specifico il quesito emerso.

## CHE COS'È L'IPNOSI?

La definizione d'ipnosi di F. Granone, che è tuttora la più valida, recita:

*“Chiamiamo ipnosi la possibilità di introdurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle sue condizioni psichiche, somatiche e viscerali per effetto del rapporto creatosi tra il soggetto e l'operatore e che il soggetto stesso può indursi da se con diverse specifiche metodiche”.*

L'ipnosi, così come viene comunemente sperimentata, deriva dalla "comune trance quotidiana" ¹ e può essere considerata come "un'estensione accuratamente pianificata di alcuni processi che avvengono nella vita normale di ogni giorno" ².

L'ipnosi è un fenomeno psicosomatico che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto. I fattori psicologici sono considerati determinanti nel causare i fenomeni ipnotici. Il principale di questi fattori è la suggestione. In particolare, Oggi sappiamo che l'ipnosi non è che la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione.

Secondo la scuola di F.Granone ³, l'ipnosi si caratterizza sempre e soltanto per la presenza del monoideismo plastico: monoideismo ed ideoplasia. Il monoideismo è la presenza di una sola idea suggerita; l'ideoplasia è l'idea suggerita da chi conduce la comunicazione ipnotica, che suscita al soggetto azioni, movimenti, sensazioni perché viene pensata talmente tanto che si realizza, e crea modificazioni del comportamento e/o variazioni di tipo organo-viscerali, del sistema endocrino ed del complesso immunitario.

Priorini ⁴ definisce la "trance ipnotica" come quel particolare stato di coscienza caratterizzato dalla dissociazione psichica dell'Io e in particolare da fenomeni di ideoplasia auto o eteroindotta. Si distingue quindi da tutti gli altri stati di coscienza alterati (per esempio l'innamoramento, la tensione mistica, l'ebbrezza, la possessione, il sonno, il sogno, lo svenimento, etc...)

Dunque, l'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico che può essere indotto da un operatore al soggetto grazie al rapporto di fiducia creatosi, sia per mezzo del monoideismo

---

¹ Fonzi et al., 1975; Durand, 1987 - "Dialogue up on hypnosis therapy"

² Erickson e Rossi, 1979 - "Profondamente Ipnosi"

³ Franco Granone, 1990 - "Trattato di ipnosi"

⁴ Piero Priorini, 2001 - "Attività estreme e stati alterati di coscienza"

plastico, con modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, oppure autoindotto mediante spontanei monoideismi suggestivi.

## 🕒 LA PRATICA DI IPNOSI.

Con il termine "ipnotismo" sono indicate la metodica e le tecniche impiegate dall'operatore per realizzare l'ipnosi. Le tecniche volte al raggiungimento dello stato ipnotico sono chiamate "tecniche di induzione". Il numero delle potenziali tecniche è infinito, ma ciò che è essenziale è creare un rapporto paziente-operatore di estrema "fiducia e reciprocità". La fiducia fa nascere la fiducia: nel momento in cui essa si instaura, la persona tenderà a considerare importante quello che l'Altro dice. L'incontro con una persona può essere la salvezza della stessa, nel momento in cui nasce la reciprocità. L'incontro con l'Altro è la reciprocità: quest'ultima è come due frecce che si puntano l'un con l'altro, - *io ho bisogno di te come tu hai bisogno di me* -, è come il contatto profondo di animo con l'animo, - *sento l'Altro che accoglie dentro di sé quello che sto dicendo e solo in quel momento di reciprocità io "mi modifico" e mi accorgo che ho un bisogno profondo di incontrare l'Altro* . Più relazioni profonde abbiamo e maggiore è la soddisfazione: *"con ogni persona c'è una relazione diversa, ma con tutti quanti occorre istaurarne"*.⁵

Affinché la "rappresentazione mentale" possa essere espressa in termini fisici e/o di comportamento dev'esserci un rapporto positivo di fiducia creatosi tra l'operatore ed il soggetto, ed anche le giuste motivazioni ed aspettative. Una relazione positiva consente il confronto sereno sulla lettura del problema, la collaborazione, l'esplicitazione delle aspettative nei confronti delle azioni dell'Altro, la comprensione del suo punto di vista. Il rapporto di fiducia, la disponibilità reciproca e l'attenzione definiscono il "rapport". Ad ogni induzione è possibile ottenere quel particolare stato di coscienza, quella speciale relazione interpersonale denominata "trance ipnotica". Il grado di ipnotizzabilità, che è la capacità del soggetto di creare ipnosi, dipende da fattori favorevoli ed ostacolanti, dalla situazione, dalla persona che si ha davanti. A discapito di variabili ostacolanti, come la presenza di pregiudizi e/o di paure, affinché possa attivarsi il dinamismo atteso occorre il consenso della persona. Tutto ciò avviene grazie alla riduzione della critica ed all'aumento della fiducia operatore-soggetto.

Concludendo, una delle caratteristiche più notevoli dell'ipnosi è la differenza individuale nella risposta alla suggestione, dunque l'operatore cura il rapporto con la persona considerando la sua unicità e globalità, ascoltando il paziente e pianificando il trattamento di conseguenza, considerando

---

⁵ Donati P, 1992 - "Teoria relazionale della società"

che la ricettività alle suggestioni è anche individuale e variabile a seconda della situazione e dell'operatore stesso .⁶

### Ⓢ LA VALENZA SCIENTIFICA DELL'IPNOSI NEI CONTESTI SANITARI.

Esistono numerose pubblicazioni nelle quali vengono evidenziati i benefici, rilevandone la sua applicabilità e praticità in ambito sanitario e suggerendo l'insegnamento delle stesse tecniche ipnotiche ai pazienti i quali, con grande facilità, hanno dimostrato di saper sfruttare velocemente i pregi dell'auto-ipnosi preferendola spesso, ove possibile, alla terapia farmacologica tradizionale e traendone risultati sorprendenti. Le principali pubblicazioni scientifiche fanno leva su problematiche come la gestione dello stress, la gestione dell'ansia, il controllo del dolore, il miglioramento dell'adesione terapeutica, la somministrazione di terapie dolorose, allergie, asma ed anche su interventi terapeutici preventivi, come lo smettere di fumare, o come pre-anestesia chirurgica.

Le tecniche di comunicazione ipnotica rientrano tra le competenze relazionali che l'infermiere e qualsiasi operatore sanitario può far uso per entrare in comunicazione con l'Altro. Acquisire tali conoscenze ha il fine di instaurare il buon clima empatico volto ad ottenere la fiducia e la compliance della persona assistita e della sua famiglia.

Queste tecniche sono un modo per vivere con meno inquietudine il dolore e sono anche un mezzo per affrontare con maggiore padronanza il progredire della patologia. Lo studio qualitativo di Teike et al. ha esaminato se l'ipnosi è una terapia efficace ed efficiente per sviluppare strategie di coping nei malati oncologici; è stato proposto a loro la non assunzione di farmaci 2 ore prima delle sedute che variano dalle 3 alle 5 a settimana della durata di 20-50 minuti, con lo stesso ipnoterapeuta. Dei 37 pazienti in radioterapia oncologica inclusi nell'indagine, 2 pazienti hanno richiesto di continuare per tutto il trattamento radioterapico le sedute, 11 hanno continuato in autonomia e 1 si è ritirato. I risultati affermano che tutti i pazienti facenti parte all'indagine nell'intervista finale hanno dichiarato d'aver provato meno dolore, d'aver ritrovato le energie interiori, d'aver vissuto momenti di benessere e altre sensazioni di pace che promuovono l'empowerment come strategia importante per il controllo della qualità di vita.⁷

Grazie all'osservazione delle modificazioni dell'elettroencefalogramma e dei parametri vitali, si è dato all'ipnosi un significato fisiologico che ben distingue lo "stato modificato di coscienza" dal normale "stato di veglia" del paziente, superando definitivamente i pregiudizi e le false credenze dei

---

⁶ Barabasz A, Perez N, 2007 - "Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis"

⁷ Teike Luethi F, Currat T, Spencer B, Jayet N, Cantin B. (2012) - "Hypnosis as a resource in palliative care. A qualitative study of the contribution of hypnosis to the care oncology patients. Recherche en soins infirmiers"

più scettici e dei meno esperti del settore, riuscendo a comprovare scientificamente il fenomeno ipnosi. Inoltre si è scoperto tramite la tomografia a emissioni di positroni, che è una tecnica diagnostica di medicina nucleare utilizzata per la produzione di bioimmagini, che le realtà prodotte in ipnosi sono virtuali solo sino ad un certo punto, poiché i soggetti a cui si comandava di pensare di correre su un prato, ad esempio, attivavano i medesimi percorsi neuronali di una vera corsa. Infatti, la mente non sa distinguere tra un'esperienza reale ed un'esperienza vividamente immaginata. La comunicazione mente-corpo è suggerita dall'ipnosi e per chiarire questo concetto, ci si collega all'esempio di noti campioni sportivi che si allenano mentalmente ripetendo ogni movimento ed immaginandosi completamente la scena della gara tramite tutti i sistemi sensoriali.

*"Mai, forse, come nel caso della situazione ipnotica, ci si può rendere conto della potenza altamente strutturante del linguaggio sul comportamento umano."* ⁸

*"Qui la parola, abdicando al ruolo denotativo, si fa evocazione e creazione e gli effetti di risonanza psichica che nel derivarlo provocheranno significative modificazioni nell'azione e nel comportamento stessi."* ⁹

La persona che entra a contatto con il mondo sanitario porta con sé i propri vissuti personali, quelli dei conoscenti, sia l'immaginario collettivo della malattia e di tutti questi aspetti il professionista sanitario deve tener ben conto. Dunque, la relazione dev'essere preparata, curata ed appropriata: tutte caratteristiche che necessitano della capacità relazionale dell'operatore.

## **🌀 IL NESSO TRA LE COMPETENZE COMUNICATIVE DEL PROFESSIONISTA SANITARIO INFERMIERE E L'IPNOSI.**

L'ipnosi è nata nell'antichità e dalla seconda metà del XX secolo è stata al centro di numerosi studi che l'hanno dimostrata capace di sviluppare risultati esaurienti, favorendo anche nel campo sanitario un approccio positivo verso il paziente che mira al più completo benessere psicologico, fisico e spirituale. L'ipnosi è un'ottima pratica riconosciuta scientificamente e quotidianamente utilizzata in tutto il mondo, che offre l'opportunità di rendere il paziente maggiormente indipendente dalle cure, aumentando la varietà di scelta terapeutica e ponendo l'attenzione sull'empowerment del paziente.

---

⁸ Watzlawick, 1974 - "Hypnotherapy and Suggestions"

⁹ Watzlawick, 1986 - "Knowledge about Hypnotherapy"

Essa, infatti, dà la possibilità di azioni coadiuvanti alla terapia tradizionale in campi come la gestione emotiva della cura, l'eliminazione dello stress, l'empatia, la consapevolezza del sé in momenti critici, la comunicazione efficace, le relazioni interpersonali, l'apertura mentale, la capacità di risolvere problemi.

Tutto questo rientra tra il campo di attività infermieristiche grazie al ruolo comunicativo, una pratica che si armonizza perfettamente con l'attuale Profilo Professionale dell'Infermiere (D.M. n.739/94). L'infermiere, secondo la normativa vigente, è quella figura sanitaria che assiste la persona educandola, curandola, prevenendo la malattia, favorendo lo stato di salute in maniera tecnica e relazionale mirando a riabilitare il paziente sia fisiologicamente che psicologicamente, focalizzando le proprie energie sull'assistito e sulla propria formazione, identificando i bisogni del paziente in maniera intellettuale, scegliendo insieme con esso la terapia più adeguata, formulando obiettivi volti a portare a compimento il processo infermieristico secondario ad una diagnosi infermieristica di natura professionale.

L'ipnosi-terapia propone un'ampia cornice di opportunità per l'infermiere di accrescere le competenze comunicative, ed il nesso tra quest'ultime e l'ipnosi commemora gli obiettivi dell'assistenza infermieristica, tra i quali quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'autodeterminazione, della stima di sé, facendo affiorare le risorse latenti e portando l'individuo ad impadronirsi consapevolmente del proprio potenziale.

Per tutte queste ragioni, la connessione tra le competenze comunicative del professionista sanitario infermiere e l'ipnosi esiste per la forza generatrice stessa della professione infermieristica.

## **🌀 LA COMUNICAZIONE IPNOTICA COME STRATEGIA COMUNICATIVA EFFICACE PER RINVIGORIRE LA RELAZIONE DI CURA.**

Hildegard Peplau definisce la relazione terapeutica come *“l'essenza dell'infermieristica, una relazione influenzata da entrambi i partecipanti ma unica perché combinazione dei contributi di ciascuno.”*¹⁰

L'assistenza infermieristica è basata sul rapporto con il paziente, sulla relazione terapeutica e la fiducia, tutti elementi essenziali che rendono l'infermiere la figura professionale più idonea ad essere addestrata per utilizzare l'ipnositerapia.¹¹ Nella natura specifica dell'assistenza infermieristica c'è qualcosa di più dell'insieme degli interventi tecnici che gli infermieri possono attuare. Inoltre, una profonda conoscenza dell'assistito è indispensabile conoscere la persona che sta “dietro” alla

---

¹⁰ Forchuck C. (1995) - "Uniqueness within the nurse-client relationship"

¹¹ Eslinger R. (2009) - "Nursing and hypnosis-a perfect combination. Beginnings"

malattia; senza questa attenzione non viene riconosciuta l'unicità dell'utente e, quindi, non si è in grado di preservarne la dignità.¹² Si è dimostrato che la relazione di cura, improntata sul concetto di collaborazione, potenzia le risorse dell'assistito ed è massima espressione di cooperazione tra il professionista sanitario ed il paziente. Occorrono una comunicazione efficace e un contesto con un modello organizzativo facilitanti affinché possa esprimersi appieno il risvolto terapeutico positivo della relazione tra il professionista sanitario ed il paziente. Un esempio di atteggiamento positivo è dare più importanza alla comunicazione con l'Altro piuttosto che al compito in sé da svolgere.¹³

Nel Nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, datato 13-14 aprile 2019, l'importanza della relazione di cura viene sottolineata connotandola come un dovere che fa parte della professione infermieristica. Secondo la corrente deontologia professionale¹⁴ l'infermiere " *si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza* " (art.1) e " *promuove la cultura della salute* ", progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività (art.7).

Egli nel percorso di cura " *valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza* " (art.17).

Per quanto riguarda la sofferenza, l'infermiere studia e ed applica le " *buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona* " (art.18) ed è in continua ricerca di " *strategie e modalità comunicative efficaci* " (art.19) al fine di sostenere la relazione con la persona assistita in qualsiasi situazione.

Ebbene, se Oggi la professione infermieristica riconosce che " *il tempo di relazione è tempo di cura* " (art.4) e se è vero che la relazione terapeutica utilizza le parole che curano la mente e il corpo, allora l'ipnosi rientra come strategia comunicativa che il professionista sanitario infermiere esperto in comunicazione ipnotica possiede nel suo bagaglio di competenze e la utilizza con lo scopo di perfezionare la relazione terapeutica, incrementando il potere decisionale del paziente stesso nel processo di cura ed instaurando una relazione di cura efficace.

---

¹² Anderberg P, Lepp M, Berglund AL et al. (2007) - "Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis."

¹³ Courtney M, Tong S, Walsh A. (2000) - "Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review"

¹⁴ <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

## 🌐 LA COMUNICAZIONE IPNOTICA ED IL PERCORSO FORMATIVO DELL'INFERMIERE PER ACQUISIRNE LE COMPETENZE.

La comunicazione ipnotica è una tecnica di comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo. Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia si instaura tra operatore e paziente.¹⁵

Utilizzare la comunicazione ipnotica nelle procedure invasive permette agli infermieri di portare l'individuo a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psicofisico.¹⁶

Nel mese di ottobre 2015, presso il presidio ospedaliero Molinette di Torino, è stato svolto un seminario organizzato dall'Associazione Scientifica Infermieri Esperti Comunicazione Ipnotica (ASIECI); il tema di fondo è stato *"La comunicazione ipnotica – applicazioni nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale: esperienze e risultati"*, per il quale sono intervenuti infermieri che hanno ricordato l'importanza dell'uso del linguaggio ipnotico nella loro pratica lavorativa. Di seguito, ecco alcuni frammenti delle loro relazioni: ¹⁷

~ *"Tra gli obiettivi della comunicazione vi è quello di fornire al paziente uno strumento che cambi la visione del dolore da opprimente a controllabile, insegnandogli nel contempo modalità di auto-aiuto e a modificare la visione di passività, mettendolo quindi in condizione di autogestirsi sia l'ansia che la paura nel corso delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche."*, Maria Angela Consolaro, coordinatrice del Gruppo della Dialisi Peritoneale in Nefrologia;

~ comunicare con i pazienti è riuscire a modificare il loro vissuto sia negativamente che positivamente: *"Il linguaggio ipnotico può essere usato in modo più diretto in quanto modalità comunicativa che incide sullo stato emotivo della persona, amplifica le capacità negative e rinforza l'empowerment, e la mente del paziente diventa più flessibile poiché riceve un linguaggio che parla direttamente al suo inconscio eliminandone il concetto critico."*, Laura Rizzi, dell'unità di Nefrologia, Dialisi e Trapianto renale;

---

¹⁵ <http://opi.torino.it/download/File/Allegati%20newsletter/2014-11-05/dati%20e%20risultati%20Comunicazione%20ipnotica.pdf>

¹⁶ Milena Muro (2016) - "La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino" - Rivista l'Infermiere N°1 - 2016, FNOPI

¹⁷ Interviste di Ernesto Bodini, giornalista scientifico (27/10/2015) - " Comunicazione ipnotica: interessante e innovativo evento a Torino". <https://www.ilmiogiornale.org>

~ la condizione ipnotica non è sonno, non è magia e nemmeno perdita di controllo, in quanto l'effetto "suggerione" ha una valenza diversa rispetto a come viene utilizzata; ossia, la suggestione ipnotica è un suggerimento che viene sempre accolto in modo critico, mai impunemente: "*(..) c'è coscienza modificata che non è plagio; e la condizione ipnotica può essere definita una manifestazione plastica dell'immaginazione, caratterizzata da cambiamenti fisici e psichici.*", Bice Properzi, coordinatrice presso il Day Hospital e il Day Surgery unificato delle Medicine.

L'infermiere esperto in comunicazione ipnotica è il professionista sanitario che accompagna la persona nella suo percorso diagnostico-terapeutico, coadiuvandola attraverso una comunicazione ipnotica che favorisca i risultati e che educi il paziente ad apprendere tecniche utili a se stesso, sia in ambito fisico che psicologico, facilitando in tal modo la compliance alla terapia stessa.

La differenza con altre tecniche, come la meditazione o l'auto-training, è nella capacità del professionista di sfruttare in modo consapevole i meccanismi neuro-linguistici implicati in alcune funzioni della mente umana, in quanto con il potere delle parole si riesce ad aumentare la consapevolezza nel creare immagini con il conseguente riverbero nella mente e sul corpo.

L'ipnosi come intervento sanitario dovrebbe essere praticata solamente da chi sia abilitato all'esercizio di una professione sanitaria; per evitare il rischio di cadere in condotta penale per il reato di esercizio abusivo di professione, previsto dall'art.348 del Codice Penale, occorre tenere sempre ben presente il "*campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie*" che secondo la Legge 42/99: "*[..] è determinato dai contenuti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alla quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.*".

Secondo la normativa italiana per acquisire tali competenze è necessaria la frequenza di formazione post-base universitaria specifica presso una delle scuole di ipnosi presenti e riconosciute dalla FNOPI - Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. Tra queste rientra la scuola Istituto Franco Granone del C.I.I.C.S. - Centro Italiano Di Ipnosi Clinico Sperimentale ¹⁸, cui fondatore è stato il Dott. Franco Granone, e l'attuale direttore è il Dott. Antonio Maria Lapenta.

---

¹⁸ <https://www.ciics.it/chi-siamo/>

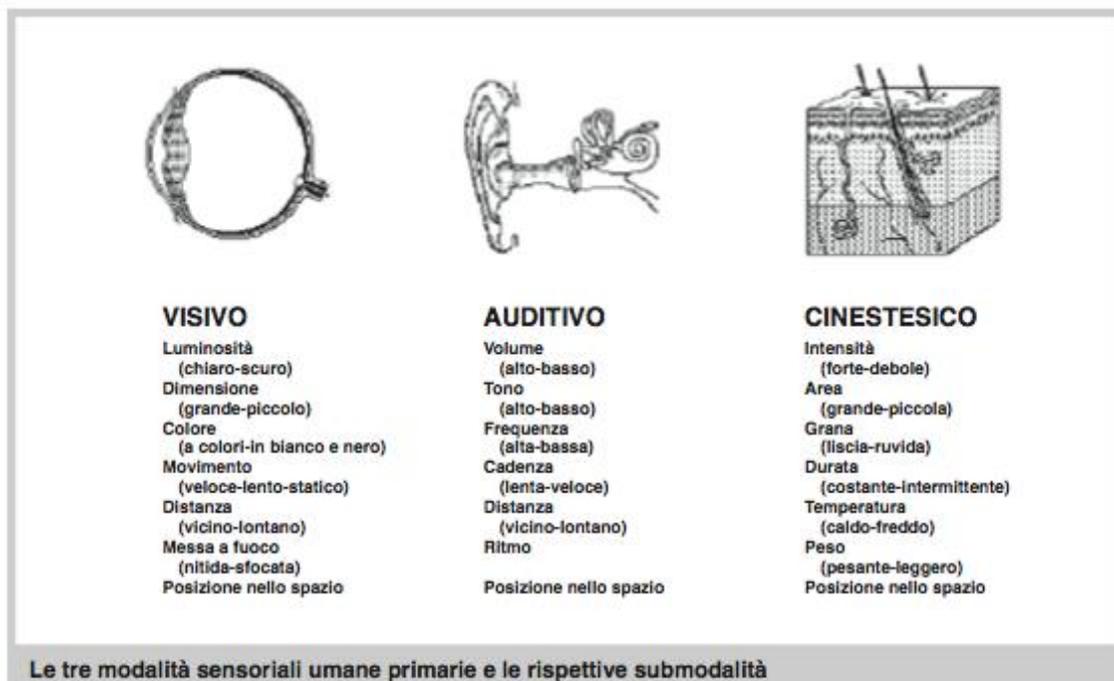
L'infermiere, formandosi attraverso un corso di specializzazione, con l'uso della comunicazione ipnotica riesce a farsi comprendere e comprendere meglio gli altri, perché migliora la disponibilità degli altri nei suoi confronti e fa sì che la qualità di lavoro e di vita del professionista si elevi.

Così come i percorsi di formazione specifici, anche le associazioni infermieristiche sono enti utili per aiutare a sviluppare cultura e visione della professione. Nel 2014 nasce in Italia a Torino la prima Associazione scientifica infermieri esperti in comunicazione ipnotica (ASIECI) con l'obiettivo di formare e di migliorare le competenze specifiche in questo ambito, rendendole azioni di caring aggiornate sulla base delle evidenze scientifiche. Questa associazione si propone di far conoscere e divulgare l'utilizzo corretto dell'ipnosi clinica per rendere migliore e più efficace il caring infermieristico e per mettersi al passo con le realtà assistenziali internazionali. ¹⁹

## 🌀 I SISTEMI RAPPRESENTAZIONALI

Aristotele, nel dialogo "*Sull'Anima*" ²⁰, ha categorizzato i sensi nelle cinque classi fondamentali di vista, udito, tatto, olfatto e gusto. I cinque sensi aristotelici corrispondono direttamente ai cinque "sistemi rappresentazionali" impiegati in tutte le generazioni di PNL.

In un certo senso, essi possono essere considerati come il "linguaggio macchina" su cui si fonda la nostra programmazione mentale.



¹⁹ <https://asieci.it/cms/statuto/consiglio-direttivo/>

²⁰ Aristotele, 354 a.C - "De anima" in latino, "Περὶ ψυχῆς" in greco

Essi sono: *VISIVO* (include le cose che vediamo o come qualcuno o qualcosa ci sembra) ; *UDITIVO* (include i suoni, le parole che ascoltiamo e gli elementi paraverbali - tono, ritmo etc.); *CINESTESICO* (sensazioni esterne che includono il tocco di qualcuno o qualcosa, la pressione etc.); *OLFATTIVO* (gli odori); *GUSTATIVO* (il gusto).

Come implica il termine stesso, un “sistema rappresentazionale” è più di un semplice canale per le informazioni. Comprende l’intero sistema di processi relativi a una determinata modalità sensoriale, inclusi quelli di ingresso, elaborazione, immagazzinamento, recupero e uscita. Sottolinea Charles Scott Sherrington ²¹, il noto fisiologo inglese, premio Nobel per i suoi studi in ambito neurologico: *“È sempre il cervello la parte del sistema nervoso costruita e sviluppata a partire dagli organi di ‘percezione della distanza’ ”*.

Per quanto riguarda le funzioni cognitive della mente cognitiva umana, la PNL considera primario il gruppo dei sensi visivo, auditivo e cinestesico nella formazione delle rappresentazioni a partire dalle quali costruiamo i nostri modelli mentali del mondo. Anche se il senso dell’olfatto e quello del gusto giocano un ruolo molto più significativo in altri animali, essi sono un aspetto tutto sommato secondario dell’attività cognitiva umana, in particolare per quanto riguarda compiti cognitivi di elevata complessità. Nella metodologia ipnotica si ricalca il canale sensoriale presente e si guida a quelli non attivi al momento. Perché i messaggi raccolti dal corpo prendano il significato, ad esempio, di “emozioni” e stati interiori, devono essere trasmessi all’area somestetica primaria, localizzata nel lobo parietale, vicino alla parte superiore del cervello. Il canale di uscita del sistema rappresentazionale cinestesico sono i gesti e i movimenti del corpo e le risposte degli organi interni come il cuore, lo stomaco, e così via.

## **LE STRATEGIE COMUNICATIVE EFFICACI.**

La comunicazione accurata e sensibile diventa il mezzo appropriato per relazionarci con il paziente, e di conseguenza garantire la qualità dell'assistenza infermieristica. Può essere classificata in terapeuticamente efficace e terapeuticamente inefficace.

Le tecniche di comunicazione terapeuticamente efficaci sono:

□ *ascoltare*: risulta essere la tecnica più efficace benché venga considerata come un processo passivo di ricevere informazioni ed è un processo attivo che richiede un’attenzione vigile ed un notevole impegno; anche i silenzi sono importanti e vanno tollerati;

---

²¹ Luciano Sterpellone, 2000 - ""Sherrington", in I protagonisti della Medicina"

- *riaffermare*: consiste nel ripetere al paziente ciò che si ritiene sia il pensiero principale da lui espresso; con questa tecnica l'infermiere comunica che lo sta ascoltando, mentre il paziente ha la possibilità di ripetere il suo messaggio ed eventualmente chiarirlo; il processo è ancora più efficace se si utilizzano le stesse parole pronunciate dal paziente;
- *rispecchiare*: valori, atteggiamenti e credenze, ha lo scopo di aiutare il paziente ad analizzare meglio i propri pensieri ed emozioni rispetto ad un problema;
- *chiarificazione e verifica consensuale*: attraverso un feedback si richiede la conferma del messaggio inviato; può riferirsi sia alla sua totalità sia ad un singolo aspetto o parola;
- *focalizzare*: consiste nel riportare il discorso su un argomento che, dall'insieme del colloquio, si valuta importante per il paziente;
- *riassumere*: alla fine del colloquio è utile riepilogare e puntualizzare gli aspetti più importanti emersi dal dialogo.

## 🌀 LA CONDIZIONE IPNOTICA: TECNICHE INDUTTIVE.

È possibile delineare un modello generale a cui attenersi per l'applicazione pratica della fenomenologia ipnotica, suddividendola nelle le seguenti fasi:

- * *PRE-INDUZIONE*
- * *INDUZIONE*
- * *APPROFONDIMENTO*
- * *RIENTRAMENTO E RATIFICA*

### * *PRE-INDUZIONE*

E' il momento in cui l'operatore si propone di conoscere le motivazioni, le aspettative del paziente allo scopo di mettere a punto una strategia più efficace. Consiste nello sfatare i luoghi comuni, domandando alla persona che cosa si aspetta che accada. Il soggetto viene rassicurato rispetto alle sue paure e/o dubbi.

- ~ **OBIETTIVO**: definire con il paziente il suo bisogno, la modalità e l'obiettivo da raggiungere, ed anche le aspettative, "*molto probabilmente..*", "*accadrà durante la trance..*".
- ~ **ALLEANZA TERAPEUTICA**: definire insieme il contratto terapeutico, "*Tu hai bisogno di .., io posso aiutarti a.. E per..*".

~ ACCOGLIENZA: accogliere e creare la relazione positiva con il paziente, raggiungere il clima di fiducia e di reciprocità, percepire "rapport". E' sempre buona cosa suggerire al paziente, in modo diretto o indiretto, una posizione comoda da tenere.

* **INDUZIONE**

Conclusa la fase di pre-induzione l'operatore si accinge a sottolineare un cambiamento, una transizione, da uno stato di coscienza ad un altro. Come indurre uno stato ipnotico?

Con metodi che rendono progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente esterno, che avviano e sostengono un dinamismo psicosomatico che attiva il monodeismo plastico. Il risultato è il riassunto dell'acronimo "AFFARE":

*Aumento della **Fiducia**, **Fissazione** dell'**Attenzione** affinché si **Realizzi** il **monodeismo** che **Evidenzi** un cambiamento.*

Nella costruzione delle frasi dell'induzione tipica si continua a procedere collegando fatti che avvengono e che sono osservabili (sensazioni o pensieri) con quelli desiderati. La ripetitività e la lentezza con cui solitamente vengono proposte le suggestioni nell'ipnosi classica hanno solitamente l'obiettivo di facilitare nel soggetto una condizione, considerata come prerequisito essenziale dell'ipnosi, di rilassamento e di confort. Lo schema tipico è: mentre stai facendo questo (*..mentre guardi quel punto...*), accade qualcos'altro (*"..cominci a sentire la pesantezza delle tue palpebre"*). E' necessario capire a questo proposito, osservando e ascoltando il soggetto quale sistema rappresentazionale prevale nella persona, per sfruttare al meglio questo canale sensoriale e scegliere la tecnica più idonea per l'induzione. A volte basta invitarla a raccontare un episodio piacevole o spiacevole della sua vita. Dalle parole utilizzate dalla persona si rileverà il suo tipo di sensorialità. E' importante controllare ogni minimo movimento del soggetto ed essere tempestivi nei comandi suggestivi in modo da far concordare le suggestioni psicomotorie con gli eventuali movimenti del soggetto.

Alcune tecniche di induzione sono:

*Rilassamento*: si tratta di "ordini" che propongono un "frazionamento" del corpo, in modo da rendere ciascuna parte il centro dell'attenzione del soggetto. Per ognuna di queste parti si suggeriscono, gradatamente, le suggestioni di rilasciamento, di distensione muscolare, di respirazione lenta e profonda, di isolamento dall'ambiente, di torpore, ect.

*Levitazione*: si effettua invitando il soggetto a concentrarsi su un arto in cui si vuole provocare questa suggestione e dicendogli che lo sentirà diventare così leggero che esso si solleverà, ad esempio, come per effetto di palloncini, più leggeri dell'aria.

*Catalessi*: ad esempio, per suggerire la catalessi delle palpebre, "*senti come diventano sempre più pesanti...e che stanno bene così pesanti...che si lasciano andare sempre più giù...e lo sforzo per aprirle sarà veramente difficile.. al punto che diventa proprio gradevole tenerle chiuse..*" Ovviamente bisogna saper scegliere il momento opportuno, quindi di pesantezza muscolare diffusa e palpebrale in specie.

*Pesantezza*: si ottiene insistendo sempre più intensamente nelle rispettive suggestioni verbali, accompagnandole con qualche gesto non verbale, ad esempio appoggiare la mano sulla spalla del soggetto, suggerendo pesantezza dell'arto.

*Fissazione di un punto*: è una tecnica che consiste nell'ordinare o far scegliere al paziente un punto da osservare attentamente, solitamente sul soffitto perché di per sé provoca uno sforzo dei muscoli oculari. In tal caso, la suggestione "gli occhi diventano stanchi e pesanti" è un truismo, un modo per descrivere la situazione in atto e facilitare la suggestione seguente: processo che nel 1977 Bandler e Grinder hanno chiamato "*ricalco e guida*". Oppure, l'operatore fa fissare al soggetto il polpastrello del suo indice, che gradatamente si avvicina ai suoi occhi, in modo da provocare una progressiva convergenza dei bulbi oculari. Questa manovra causa stanchezza e man mano che si avvicina il dito si suggeriscono idee di pesantezza e di torpore delle palpebre, stanchezza visiva, il bisogno di chiudere gli occhi, idee di rilassamento.

*Comunicazione non verbale*: si può utilizzare quando il soggetto non parla la stessa lingua dell'operatore o quando il soggetto stesso è affetto da handicap. Si svolge attraverso una comunicazione basata su gesti, rumori, sguardi, mimica, ecc. Ad esempio, i "*tocchi*" alternati a destra ed a sinistra sono gesti eseguiti monolateralmente per ridurre la tensione.

### ✱ **APPROFONDIMENTO**

Consiste in una serie di metodi, "passivi", in cui l'operatore insiste a proporre alcuni contenuti o alcune immagini, o "attivi", in cui si usano le suggestioni di verifica che l'operatore usa per consolidare lo stato di trance. L'operatore può proporre contenuti immaginativi che insistano su idee di approfondimento e di rilassamento, legata ad immagini di "discesa" e approfondimento. Oppure si suggerisce al paziente una "*dissociazione*" dal qui ed ora, facendolo immaginare di essere altrove, su una spiaggia ad esempio, dove sentirà il rumore delle onde del mare dalla rassicurante cadenza, pur essendo fisicamente da un'altra parte.

*Passi*: sono dei "tocchi" compiuti dall'operatore con la propria mano sul viso o su altre parti del corpo del soggetto. I passi hanno la funzione di attirare l'attenzione del paziente nella zona dove si vuole realizzare l'analgesia, la catalessi o altri fenomeni ipnotici.

*Ancoraggi*: chiamati anche "condizionamenti". Una volta indotto e verificato lo stato di trance, l'operatore suggerisce un' "ancora", un gesto simbolico concordato con il quale il paziente sarà in grado di ritornare in uno stato ipnotico volontariamente: *"..e così come sei riuscito a controllare la situazione, in questo modo, puoi chiedere alla tua mente di registrare questa nuova modalità di agire unendo il pollice e l'indice della mano destra, per avere la possibilità di recuperarla ogni volta che lo necessiti."*

### *** RIORIENTAMENTO E RATIFICA**

Per orientare il paziente verso lo stato di veglia, si fanno manovre inverse da quelle fatte durante l'induzione: ad esempio, se le suggestioni ipnotiche sono state quelle di anestesia di una parte del corpo, ora si daranno quelle di una lento e graduale ripresa della sensibilità.

Ratificare significa sostanzialmente fare in modo da rendere evidente (e consapevole) la modificazione dello stato di coscienza che c'è stata durante il lavoro in trance ipnotica. Serve per spingere il soggetto a constatare l'avvenuta trance ed a renderlo consapevole delle sue abilità.



## SECONDA PARTE

Questa parte propone di enunciare alcuni tra gli episodi esperienziali di relazione di cura con pazienti e/o parenti, raccolti da me medesima durante l'attività di assistenza infermieristica presso il luogo di lavoro in cui presto servizio, il Pronto Soccorso Front Line Molinette dell'A.O.U.Città della Salute e della Scienza di Torino.

### 🕒 **OBIETTIVO DELLE APPLICAZIONI PRATICHE.**

L'obiettivo specifico delle attuazioni pratiche è verificare se ci sono possibili ambiti di applicabilità della comunicazione ipnotica in pazienti e/o familiari affetti da stati di ansia legati allo condizione di salute della persona e/o da dolore cagionato dallo svolgimento delle procedure clinico - diagnostiche presso il dipartimento di area critica e far poi emergere questa strategia terapeutica. Tale tecnica quando è appresa e utilizzata dagli infermieri, migliora la qualità dell'assistenza: gli infermieri formati in ipnosi migliorano notevolmente i risultati e la soddisfazione dei pazienti, perché capiscono come utilizzare un linguaggio terapeutico ed è proprio loro responsabilità conoscere la differenza tra una comunicazione inefficace ed una comunicazione positiva e costruttiva.

### 🕒 **MATERIALI E METODI.**

A partire da maggio ad agosto 2019, facendo tesoro degli insegnamenti ricevuti al corso, ho cercato di applicare la comunicazione ipnotica sui pazienti dedicando ad ognuno il tempo che il contesto operativo mi ha concesso. L'attività ha seguito i diversi passaggi di applicazione delle tecniche ipnotiche, che comprende pratiche e passaggi necessari ed osservabili. Secondo il modello teorico sopracitato delle fasi che conducono allo stato ipnotico, per facilitarmi nella pratica ho creato mentalmente il seguente schema di azione:

- accoglienza della persona;
- instaurare il rapporto di fiducia;
- stabilire con insieme a lei gli obiettivi, reali, raggiungibili ed adatti alla persona ed al contesto, tra cui raggiungere l'effetto ansiolitico e/o l'effetto analgesico legati alle procedure diagnostico-terapeutiche in PS;
- agire sul comfort della persona;
- incoraggiarla ad imparare a riconoscere e gestire i propri sintomi ed agire su di essi;

- monoideismo plastico - verifica (ratifica);
- ancoraggio;
- riorientamento.

## 📍 DESCRIZIONE DEL CONTESTO OPERATIVO.

La ricerca qualitativa ha qualità se viene valutata come applicabile e coerente rispetto al contesto specifico in cui si svolge. ²² Per entrare nella full immersion del problema, di conseguenza, sono necessari i dati epidemiologici sulla popolazione che accede presso il servizio di emergenza-urgenza e l'offerta assistenziale e di prestazioni del contesto di riferimento.

Il Pronto Soccorso Front Line - presidio Molinette, garantisce: gli interventi diagnostici e terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato; almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio; l'eventuale trasporto del paziente verso altro ospedale, qualora ve ne sia necessità. Gli spazi sono suddivisi da un punto di vista strutturale e organizzativo da:

- > un'Area *PS Medicina* in cui sono curati i pazienti che hanno problematiche di tipo medico-internistico, ad esempio infarto del miocardio, cefalee, insufficienza renale acuta ect.; in questo spazio sono presenti 7 sale di visita, di cui una dedicata ai problemi di salute di competenza del medico Neurologo.
- > un'Area *PS Chirurgia* in cui sono presi in cura i pazienti con problemi di salute di competenza del medico chirurgo, ad esempio appendicite, addome acuto, odontalgia, colica renale, ect.; qui sono presenti due sale di visita, e tre sale di degenza. In questi spazi viene attuata l'assistenza preoperatoria i pazienti che necessitano di essere sottoposti ad intervento chirurgico urgente.
- > un'Area *PS Rianimazione (PSAR)*, in cui vi accedono i pazienti con gravissime problematiche di salute critica, di alta instabilità dei parametri vitali, ed in cui sono presenti due sale operatorie h-24 per gli interventi d'emergenza.
- > una degenza OBI per le osservazioni brevi intensive dei pazienti che non possono essere dimessi ma non hanno necessità di ricovero.

I numeri dell' Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che ogni anno monitora lo stato di salute del sistema di assistenza e cure, dichiarano che in media annuale il numero accessi presso il Pronto Soccorso Front Line Molinette è di circa 93.000 persone, di cui seguiti da ricovero sono circa 15.000. Un bacino di utenza molto alto, considerando la capienza riduttiva degli spazi

---

²² Mantovani & Spagnolli, 2003 - "I criteri di qualità nella ricerca qualitativa, La ricerca sociale: metodi e tecniche"

adibiti strutturalmente e limitati da stretti corridoi e piccole sale visita. Non è facile soddisfare le richieste di bisogno di ogni paziente presente in pronto soccorso ed a incrementare la tensione dei professionisti sanitari e dei pazienti sono spesso le lunghe liste di attesa. Comunque sia nella maggioranza dei casi (93%) termina prima di 12 ore e solo in limitate circostanze si attesta tra le 12 e le 24 ore (4,2%) o supera la giornata (2,8%).

## **ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI**

### **Ⓢ LE RELAZIONI DI CURA E I RELATIVI INTERVENTI.**

La riproduzione di questa parte descrive i vissuti esperienziali, di relazione di cura ed i relativi particolari, in cui si sono esaminate le applicazioni delle tecniche di comunicazione ipnotica in pazienti e/o familiari affetti da stati di ansia legati alla condizione di salute della persona e/o da dolore cagionato dallo svolgimento delle procedure clinico-diagnostiche presso il dipartimento di area critica. Per ogni argomento, il problema è stato esposto ed analizzato, rapportando le esperienze da me osservate con i dati della letteratura, basandomi sulle conoscenze che, giorno dopo giorno, sto acquisendo con lo studio e le applicazioni pratiche delle nozioni teoriche.

### **Ⓢ LA PROFANA PERCEZIONE DEL TEMPO.**

Il PS è il "porto urbano" dell'emergenza-urgenza, dove approdano pazienti e/o loro parenti che sperimentano situazioni di stress, generato da vissuti quali angosce, paure, preoccupazioni, forti stati d'ansia, dolore fisico e psichico, sofferenza, panico e sensazione di perdita di controllo sugli eventi. A questi possono accompagnarsi anche stati di rabbia e frustrazione, di fronte alla minaccia di perdita della propria identità e un senso di spaesamento, spesso vissuto dalla persona come perdita del proprio confine corporeo e disorientamento spazio-temporale.

Ricordo che otto anni fa, durante il tirocinio del secondo anno di infermieristica, colsi il pensiero di una ragazza che riuscì a fidarsi di me; mi descrisse quei due mesi di ricovero in ospedale, che furono per lei un'eternità: *"Da paziente vorrei sempre sentirmi accolta, ascoltata, considerata. Solo così mi sentirei davvero aiutata. Da paziente, invece, all'interno di un qualsiasi luogo di cura, mi sento solo*

*manipolata, scrutata, parcellizzata per essere alla fine guarita. Da paziente spero, voglio e vorrei che sempre fosse espletata questa idea di venire guarita. Mi piacerebbe anche altro."*

In quel periodo Silvia aveva 25 anni ed era stata sottoposta a numerosi interventi chirurgici, operata inizialmente per asportazione di una ciste ovarica, un mese dopo fu rilevata una lesione del colon che le causò peritonite e la permanenza temporanea di una colostomia. Ancora oggi tengo a mente il riverbero di Silvia, che mi rammenta di considerare continuamente la parte umana e sensibile, che è unica e autentica di ognuno, e la connotazione profana del tempo.

Tornando alla riflessione spazio-temporale, l'interrogativo cui chiedersi è: come viene vissuto in PS il tempo di attesa dalle persone?

Le persone che accedono al Pronto Soccorso, sono in uno stato di trance ipnotico derivante dalla situazione contestuale e situazionale e la dimensione del tempo assume carattere di sospensione. Si è ipotizzato che dentro di loro tutto avvenga a due velocità: quella della realtà esterna, che appare percepita come rallentata e ovattata, a causa del senso di sospensione trasmesso dall'attesa e dal luogo asettico; e quella della realtà interna, in cui si scatenano quasi immediatamente elementi tra i più primitivi ed estemporanei, che le persone manifestano in maniera soggettiva. Queste ore trascorse in sala d'attesa oppure in barella sono percepite diversamente da ognuno e dipende da tanti fattori, personali e situazionali. C'è da considerare i minuti di attesa dopo il triage non sono gli unici che il paziente è tenuto a sopportare. Succede infatti, che quando si viene chiamati per iniziare la prima visita, comincia una nuova, estenuante, trafila. Questo perché, se il numero degli accessi al pronto soccorso è elevato, quasi certamente lo sarà pure quello degli esami diagnostici e delle analisi che si svolgono all'interno del reparto. Il rischio concreto, quindi, è quello di dover aspettare ancora molto prima di capire se, in base alle proprie condizioni di salute, si possa tornare a casa o se, invece, sia necessario il ricovero. L'arco temporale che abbraccia complessivamente l'esperienza al pronto soccorso, dalla registrazione alle dimissioni o al ricovero si chiama "permanenza" e per i motivi appena spiegati, nonché per la particolarità delle condizioni del paziente, può spingersi fino a massimo 36 ore e secondo il limite consentito dalla legge. In alcuni casi, le lunghe attese scatenano nel paziente o in chi lo accompagna aggressività.

#### PROBLEMA.

Esiste dunque un tempo che assume una dimensione dilatata, a causa dell'attesa e dell'incertezza della propria condizione; spesso, rispetto agli eventi, ho notato che esso genera un profondo senso di impotenza e di sensazioni spiacevoli nel paziente e/o nel parente durante la permanenza in PS. Quando un infermiere ha molti pazienti di cui prendersi cura e poco tempo da dedicare ad ognuno, è

possibile che la comunicazione si limiti a rispondere a domande; sapere come comunicare migliora il processo di guarigione, piuttosto che inibirlo, e soprattutto restituisce un vissuto dell'esperienza qualitativamente migliore.

#### OBIETTIVO.

Il dialogo e la relazione che si creano tra l'infermiere e paziente con la comunicazione ipnotica è in grado di svolgere la funzione di trasformare una condizione forse disgregata e disgregante, in un'esperienza verosimilmente in grado di restituire un contenuto ed una forma a ciò che è in atto.

#### DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE.

Nella nostra unità operativa esiste una postazione che viene chiamata "accettazione"; le funzioni dell'infermiere di accettazione all'interno del PS Molinette sono quelle di "controllo" del flusso di tutte le persone che entrano ed escono dall'area di medicina del PS, essendo che la sua ubicazione è collocata esattamente all'ingresso della porta scorrevole di accesso a questa zona. L'infermiere di accettazione ha il polso di tutta la situazione del "corridoio" di area medica, e stabilisce collaborando con l'infermiere di triage, l'infermiere di degenza e l'equipe medica delle sale visita, quali sono le priorità di intervento nei confronti delle persone in attesa di visita medica (azione di rivalutazione del triage durante i tempi "scaduti" di tempistica del codice colore e/o "al bisogno") e di coloro che hanno già svolto la prima visita, individuando quali sono i bisogni informativi e di sicurezza dei pazienti durante l'arco di permanenza in PS.

#### DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.

L'azione che ho offerto ai pazienti ed ai parenti, durante la mia attività di turno presso la postazione di accettazione PS, si basa su quattro concetti fondamentali: "relazione", "empatia", "ascolto" e "informazione". Ho applicato le tecniche ipnotiche di controllo dell'ansia concausale dell'attesa di visita e/o esiti dei risultati diagnostico-terapeutici ai pazienti e/o ai familiari. Ho osservato ed appuntato quali sono le domande più frequenti che i pazienti rivolgono all'infermiere di accettazione, al fine di ragionare su quali tecniche comunicative adottare in determinate situazioni ripetute più volte durante il turno.

Esse sono:

- ~ *"Quanto tempo mi manca per la prima visita medica?"*
- ~ *"Può guardare se sono già usciti i risultati degli esami che sono stati fatti? Così sollecita il medico per chiamarmi.. non ne posso più di aspettare."*
- ~ *Parente: "Dove si trova il paziente XY? Ho cercato dappertutto e non lo trovo".*

Premesso che non esistono risposte fabbricate in serie per tutti e per tutte le soluzioni, ho stilato un ventaglio di risposte positive per ognuna di queste tre domande più frequentemente udite.

Ho osservato che l'uso risposte generali ed aperte al dialogo hanno permesso di dare ad ogni singola persona, unica ed originale, l'attenzione richiesta; dopo averla ascoltata con attenzione attiva, ho perfezionato ed adattato le successive risposte, cogliendo e sfruttando il canale rappresentazionale maggiormente utilizzato in quel momento. Una volta che ho stabilito con la persona il rapporto di fiducia, sono riuscita a farle cogliere le dinamiche organizzative che causano le tempistiche necessarie per il preciso percorso di cura, specifico per ognuno. Ho accolto il bisogno di informazione del paziente di comprendere ciò che gli sta succedendo, di dargli le notizie necessarie per capire l'iter diagnostico, di disporre della facoltà di esprimere liberamente le proprie paure e di essere ascoltato e non giudicato nelle proprie emozioni.

#### RISULTATI.

Dai risultati delle applicazioni pratiche di tecniche ipnotiche e di tecniche comunicative efficaci ho osservato che, una volta raggiunto il clima di fiducia o "rapport" necessario affinché il legame terapeutico ipnotico diventi efficace, sono riuscita a soddisfare i bisogni assistenziali del paziente ed ho ottenuto una riduzione dell'ansia aggravata dalle paure e dai dubbi, dalla scarsa informazione, dalla precarietà della condizione di salute, ecc. Per verificare i risultati ho chiesto loro, alla fine della permanenza in PS, si sono sentiti accolti e supervisionati dall'inizio alla fine, ed ho ricevuto sempre risposte positive. Pertanto con la comunicazione ipnotica sono riuscita ad adempiere anche al bisogno di rassicurazione. Inoltre, con l'uso attento delle "parole giuste al momento giusto", si riduce conseguentemente il verificarsi di atteggiamenti aggressivi verbali e/o fisici da parte di parenti e pazienti.

#### CONCLUSIONI.

La percezione del tempo di attesa è unica per ognuno e bisogna ricordare che il tempo di attesa è percepito diversamente dal paziente, rispetto ai professionisti sanitari. Per rispondere ai bisogni relazionali del paziente, occorre che i professionisti sanitari considerino la differente percezione del tempo provata durante l'attesa della visita, dei risultati e della prognosi. È molto importante che il bisogno di informazione venga considerato, poiché il paziente ha bisogno di sapere, di conoscere, di avere risposte ai dubbi ed alle paure che egli prova dentro di sé, al fine di ridurre la sua ansia e renderlo soggetto attivo nel suo percorso di cura.

## 📍 CURARE LA RELAZIONE CON I PARENTI.

Durante la degenza in pronto soccorso, anche i parenti hanno bisogno di essere sostenuti: è già accaduto, infatti, che i parenti si sentissero male durante la permanenza di un loro familiare. Succede che il parente è preoccupato di dove si trova il paziente: il legame paziente-parente è importante da tenere in considerazione, poiché le preoccupazioni sono trasmesse a vicenda. Pertanto curare anche la relazione con il parente è altrettanto importante rispetto a quella con il paziente. La comunicazione ipnotica è la tecnica che ho utilizzato per migliorare la relazione di aiuto con il paziente. Quando il care-giver diviene compliant anche il paziente riceve un beneficio, inteso come maggior supporto e sostegno familiare.

## 📍 Teresa ed il viaggio mentale a Londra.

Teresa è la figlia di Mario, un paziente che ha iniziato ad avere deficit di lato, con diagnosi di ictus. Ella è preoccupata, la vedo piangere in corridoio. Mi sono avvicinata a lei, per capire il motivo, si dispera e mi dice che non ce la fa più a reggere questa vita, in quanto anche la mamma è a casa allettata, e lei si sente tanto stanca da quando ha deciso dieci anni fa di dedicare le sue energie solo per la salute dei suoi genitori, che essendo anziani non sanno più badare a loro stessi. Le ho lasciato tutto il tempo necessario a raccontarmi il suo vissuto, ho notato fin da subito che più mi parlava e più stava riuscendo a tirar fuori tutta la sua tensione. Quando, finalmente, iniziò a parlare di lei, perché è riuscita a "svuotare lo zaino" che la appesantisce, ha iniziato a raccontarmi che ama viaggiare ma che è da tanti anni che non può farlo, per i motivi spiegati sopra. Una tecnica per potenziare la relazione instaurata con la persona, accade quando il professionista sanitario ascolta, coglie e restituisce al paziente l'essenza di ciò che dice. Ho concordato con Teresa che "*..conosco una tecnica per rilassarti, giusta per questo momento che tu stessa hai detto di desiderare soddisfatto il tuo bisogno di riposo..*". Per iniziare, l'ho indotta con una tecnica di rilassamento, "*Teresa, che ne dici se adesso ti rilassi completamente, dalla punta della testa alla punta dei piedi?..in maniera molto piacevole..*". Quando ho osservato la progressiva detensione muscolare, l'ho guidata ricalcandole ciò che sta riuscendo a fare, "*..brava, vedo che hai un'espressione del viso molto rilassata.. e così anche i tuoi muscoli sono molto più distesi..hai chiuso gli occhi spontaneamente..bene perché in questo modo potrai ascoltare di più la mia voce e concentrarti..*" Le ho focalizzato l'attenzione sull'azione respiratoria, "*puoi concentrarti ad ascoltare i suoni dell'aria che scorre dentro di te, dalla punta del naso verso i tuoi polmoni, e dai polmoni nel verso opposto.. e di non pensare ad nient'altro che ascoltare dentro di te l'aria che entra ed esce dai tuoi polmoni... profondamente e ritmicamente.. ..in*

*questo modo ti senti ancora più rilassata..". La verifica di realizzazione del monoideismo plastico: *"..e le tue palpebre sono così rilassate che non puoi aprirle, più provi ad aprirle, più rimangono chiuse"* ed ho osservato che non li ha aperti. Ho approfondito lo stato di trance *"..sei così brava a ascoltare l'aria che entra e che esce dentro di te, che puoi concentrarti ad ascoltare ogni parte del tuo corpo internamente..".* Allora le ho chiesto di immaginare di essere su un volo per andare in vacanza. Ho riprodotto la suggestione della mente, con le parole che ha usato durante la fase della pre-induzione per raccontarmi i ricordi del suo viaggio in volo verso Londra. Prima del ri-orientamento, le ho suggerito l'ancoraggio: *"..puoi ripetere questa sensazione piacevole del viaggio tutte le volte che la tua mente ed il tuo corpo lo desidera, tenendo uniti il pollice e l'indice della mano destra..".* Ha riaperto gli occhi, mi ha sorriso, ha riferito di essere riuscita a sentirsi bene nello stesso modo in cui ha ricordato quel volo per Londra di tanti anni fa.*

### **Lucia, il marito e la passione per la fotografia.**

Lucia, è stata portata in PS dal marito per i continui attacco di panico. Ne soffre da due anni, ma nell'ultimo mese sono ricomparsi con più frequenza. Anche dopo la visita psichiatrica e la terapia endovenosa prescritta, ha continuato durante la degenza in PS ad avere altri attacchi, della durata di 2-3 minuti, che le causano instabilità, tremori, rigidità muscolare, grida di aiuto. Lucia ha un bellissimo rapporto con suo marito, e si lascia aiutare da lui. Il marito ci ha detto che di solito tenendole la mano è sempre riuscito a farla calmare ed ora lui si sta sentendo inadeguato nell'ultima settimana per il fatto che non è più riuscito a tranquillizzarla. Così ho capito che anche il marito aveva bisogno di un supporto emotivo e di rafforzamento di quello che ha imparato in questi anni, della sua capacità di saper gestire gli attacchi di panico improvvisi di Lucia. Ho instaurato una relazione di aiuto con i due coniugi; ho indagato sulle loro abitudini, sul lavoro che svolgono, mi hanno parlato dei loro hobbies, il marito ricorda la più bella giornata che Lucia ha trascorso con lei al Gran Paradiso, passata a fotografare il paesaggio. Già soltanto il sentir raccontare da suo marito nei dettagli quella splendida giornata di sole e di bei colori e profumi dei fiori, ho notato che Lucia ha cambiato espressione, da spenta, si rivolse al marito ed ha iniziato a sorridere, cosicché ho chiesto al marito di continuare a raccontare alla moglie l'esperienza. Mi sono rivolta a Lucia *"..puoi continuare a ricordare insieme a tuo marito le fotografie fatte in quel bellissimo monte, che ti fanno riaffiorare dalla mente quei profumi e colori, e che chiudendo gli occhi potete sentire meglio tutte queste sensazioni bellissime..".* Il marito ha continuato ad accarezzarle la mano, lei ha mantenuto gli occhi chiusi, dopo qualche minuto. Lucia è riuscita a rilassarsi al punto che ha iniziato a riposare, da quattro giorni che non riesce a dormire. Al suo fianco il marito ha continuato a tenerle la mano, ed io ho

rafforzato in lui la motivazione a ricercare sempre nuovi modi per sostenere la moglie nei periodi di fragilità.

### Ⓢ IPNOSI PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA.

La comunicazione ipnotica agisce efficacemente sul controllo dell'ansia legata a procedure diagnostico-terapeutiche, riuscendo ad accogliere ed accompagnare il paziente verso una maggiore compliance. Per prima cosa, è importante eliminare qualsiasi forma di pregiudizio e prendere in considerazione l'ansia e/o il dolore dipendenti da procedure diagnostico-terapeutiche. Si può avere una componente parecchio ansiogena per diversi motivi, tra cui per esempio, l'essersi trovati per prima volta in un ospedale, quindi la persona avverte paura del luogo che non conosce ed anche il dolore può essere in essa amplificato, dato che la soglia d'attenzione è alta su qualsiasi cosa gli viene fatto, anche per procedure non invasive. Se il ricordo del trauma diviene negativo, nelle volte successive la persona manifesterà ancora più l'ansia e le paure. Per i motivi cui sopra, ricerco la massima attenzione nella relazione di cura con ogni paziente, assicurandomi di aver colto i suoi bisogni e di aver ottenuto il suo consenso informato, cogliendo in loro che cosa vogliono sapere per abbattere in loro ogni pregiudizio, dubbio o perplessità che possa provocare ansia. Durante le mie attività pratiche, ho utilizzato la comunicazione ipnotica per ottenere una diminuzione dell'ansia della persona, associata al problema di salute e/o correlata a procedure diagnostico-terapeutiche.

### Ⓢ La problematicità di fare il prelievo ematico.

Chiara è una ragazza di 23 anni, accompagnata dal fidanzato, si reca in Pronto Soccorso per forte cefalea da una settimana. Il neurologo dopo la visita, richiede gli esami ematici. Così, la ragazza apparentemente tranquilla nella fase precedente, appena ha sentito nominare "prelievi del sangue" ha iniziato ad impallidirsi, a piangere ed a tremare, ed ha riferito di avere paura degli aghi, in quanto da piccola le avevano fatto molto male e da allora non vuole più soffrire così tanto.

**ATTIVITÀ:** ho avuto un atteggiamento calmo, fermo, rassicurante con Chiara. Ho individuato le risposte alternative (rilassamento, comportamenti di controllo, tattiche di distrazione); ho dato sostegno a Chiara a vivere la situazione diversamente da come lo era in passato.

**RISULTATI:** Chiara si mostra meno ansiosa e più collaborante ed ha valutato positivamente l'esperienza fatta.

## 📍 **Marta e la sua sofferenza al cuore.**

Marta è una donna di 34 anni, con tachicardia e senso di costrizione al torace, dolori precordiali da un mese, accompagnata da tremori, e perdita del controllo di sé. Si reca in Pronto Soccorso piangendo, perché è convinta di morire e di avere un infarto. A causa della sintomatologia presentata, da circa un mese non si reca più a lavoro, piange tutti i giorni. Marta alla chiamata per la visita medica arriva camminando, l'elettrocardiogramma risulta con un tracciato fisiologico ed il medico effettua l'intervista per indagare il tipo di dolore presentato. Fin dall'inizio ho notato la sua voce tremante, pensai tra me e me - *ha paura, oppure soffre per qualcosa che non ci ha ancora raccontato?* - Marta è convinta di avere un infarto, nonostante gli esiti negativi per patologie al miocardio anche dei successivi esami diagnostico-strumentali. Nonostante sia stata data la "buona" notizia degli esiti e del fatto che può tornare a casa, lei ha continuato a piangere ed a non volere andare via *"per la paura di morire"*. Dalle osservazioni dei suoi movimenti e l'ascolto delle sue parole, ho dedotto che la paura ed il dubbio provenissero da "altro", ed ho accolto il suo bisogno di rassicurazione legato alla *"sofferenza fisica ed altro"*. Ho creato un rapporto di comunicazione efficace con Marta per conoscere di più dei suoi vissuti personali, le ho mostrato il mio interesse nel considerare il suo problema e di rivalutarlo, chiedendole di descrivermi nuovamente il suo dolore e sul cosa può, secondo lei, causarglielo. Ho stabilito con lei un obiettivo, realizzabile e concreto: *"prima di uscire da questo ospedale, Marta, voglio capire insieme a te la causa della tua sofferenza, e ti ascolterò fintanto che tu vorrai stare qui"*. Quando lei si è sentita ascoltata, è riuscita ad aprirsi, mi ha raccontato che è *"delusa dalla condizione di vita"*, ha smesso di piangere per un istante, e poi ha ripreso a piangere più forte quando ha svelato che forse l'unica spiegazione è *"ho male al cuore per la delusione d'amore appena ricevuta dalla persona che amo... si è sposato un mese fa"*. La sua situazione di stress è molto alta, così ho esposto al medico l'accaduto, e riparlandole assieme, abbiamo potuto proporle un supporto da parte del medico psichiatra. Lei accettò e disse che già in passato ne aveva avuto bisogno, altro dato non riferito durante il "primo incontro" in sala visita. Se non avessi usato la comunicazione ipnotica affinché lei si confidasse con me, non saremmo arrivati a capire l'origine del suo malessere. Durante l'attesa dello psichiatra, ho continuato a starle vicina ed a comunicare con lei e questo le ha ridotto man mano l'ansia legata alla sua convinzione: *"il dolore fisico è spesso associato al dolore psicologico.. e ora che hai capito che il tuo cuore è sano, puoi prenderti cura anche della mente, .. e per riuscirci, inizia a metterti comoda su questo lettino.."*. Ho utilizzato le tecniche di rilassamento: *"ogni singola parte del tuo corpo, dalla punta della testa, e dalla punta dei piedi, gradatamente si libera e si lascia cadere..piano piano i tuoi muscoli sono sempre più distesi.. e più i tuoi muscoli sono distesi, tanto più ti renderai conto di quanto diventa anche più confortevole rimanere sdraiata sul*

*lettino..". Si è messa più comoda, ha smesso di piangere, le ho suggerito di fissare un punto "e visto che hai gli occhi aperti verso il soffitto, scegli un punto da osservare attentamente,...,continua a fissarlo, e intanto che guardi quel punto ti puoi accorgere che tutto il resto attorno diventa meno importante, più offuscato.. e le tue palpebre diventano sempre più pesanti, chiudendosi delicatamente..". Non appena Marta ha chiuso gli occhi, ho fatto il ricalco e guida: "Brava, vedo che gli occhi ti si chiudono..ora che le tue palpebre vibrano..senti come sono pesanti..e stanno benissimo così..così bene che se tu provassi ad aprirle diventa veramente difficile..prova..". Dopo le ho suggerito la suggestione con la metafora del fiume che scorre: "..e mentre i tuoi occhi sono chiusi, immagina di essere sdraiata sul lettino davanti ad un fiume che scorre. Osservalo con tutti i tuoi sensi, guarda le sfumature dell'acqua, senti i suoni del suo scorrere..percepisci la sensazione di essere lì in quel luogo..". Segue l'approfondimento: "..ricerca in quelle acque di fiume qualcosa di splendido e che attira la tua attenzione, continua a osservarlo.. e ti accorgi che fare questa operazione, ti da la sensazione di essere ancora più profondamente rilassata..". Le ho suggerito l'ancoraggio "..e così come sei riuscita a rilassarti ed a controllare la situazione, in questo modo, puoi chiedere alla tua mente di registrare questa nuova modalità di agire unendo il pollice e l'indice della mano destra, per avere la possibilità di recuperarla ogni volta che lo necessiti o desideri." Nella fase di riorientamento ho fatto i passaggi inversi per togliere l'effetto ipnotico catalessi e tornare allo stato di veglia "..e da ora che smetterai di guardare intensamente il fiume che scorre, sentirai i tuoi piedi e le tue mani che iniziano gradatamente a riprendere movimento, e così come l'acqua che scorre nel fiume, anche i tuoi movimenti riprendono a scorrere in maniera armonica e ritmica..e così anche i tuoi occhi che potrai aprire dolcemente ..". Quando Marta ha aperto gli occhi, mi ha detto di sentirsi molto rilassata, un profondo stato di benessere: il luogo immaginato di rilassamento è stato un fiume di montagna, puro e fresco. Mi ha ringraziata per averla ascoltata. Infine, è arrivato il medico psichiatra per la consulenza, nello stesso istante c'è stata un'emergenza in sala e quindi non sono potuta rimanere insieme a loro. Alla fine di tutto, mi ha ricercata per ringraziarmi ancora prima di andare a casa.*

## IPNOSI E DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

Il dolore è un sintomo universale vissuto con forte preoccupazione nella società moderna. L'OMS ha definito il dolore come *"un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a un danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno"*. Circa l'80% degli accessi in Pronto Soccorso riferisce il dolore come sintomo principale, è anche presente nelle situazioni di media-bassa priorità di urgenza o di non urgenza (codici verdi, bianchi), ma pur sempre motivo di accesso in PS e

di conseguenza motivo di incremento delle liste di attesa.²³ La gestione del dolore come uno degli aspetti più importanti della presa in carico dei pazienti, il dolore è da valutare costantemente, al pari degli altri parametri, durante il tempo di attesa, e successivamente alla visita medica, prima, durante e dopo la somministrazione di analgesici. Il trattamento del dolore prende in considerazione la sensazione di dolore stesso (ad esempio, l'intensità del dolore), l'affettività (per esempio, la sofferenza emotiva), la sfera cognitiva (ad esempio, le credenze sul dolore) e comportamentale (ad esempio, l'inattività), tutte risposte che hanno un impatto forte sull'esperienza del dolore.²⁴ Il ruolo dell'infermiere esperto in ipnosi-terapia è quello di creare un'alleanza terapeutica per aiutare il paziente a mobilitare le proprie risorse interiori, spesso non conosciute ed ignorate, per risolvere e gestire i sintomi/problemi tra i quali il dolore.²⁵ L'infermiere con l'utilizzo della comunicazione ipnotica ha l'opportunità di far sperimentare al paziente, nuove strategie di controllo della percezione di dolore. Inoltre, la padronanza della comunicazione ipnotica, permette di raggiungere un effetto antidolorifico o antinocicettivo tale da ridurre il dolore almeno del 50%.²⁶ Durante la mia attività lavorativa, l'ho impiegata per ridurre la percezione del dolore associato al problema di salute del paziente e/o correlato a procedure diagnostico-terapeutiche.

### 🕒 **Anna ed il dolore mai provato così forte.**

Ho notato che la comunicazione ipnotica funziona anche per il dolore acuto; un caso particolare è avvenuto nell'area chirurgica del PS, in cui arriva in barella dal triage Anna, una donna di 45 anni con forte dolore alla loggia renale destra. La visita medica e gli esami diagnostici dimostreranno confermato il sospetto di colica renale. Appena ci disse che questo dolore è forte come quando ha partorito suo figlio e che nessun antidolorifico gli fa effetto immediato, colsi l'occasione di aiutarla con la comunicazione ipnotica a gestire il suo malessere. Il dolore alla loggia renale è così forte che trattiene anche le urine, non si lascia andare, è totalmente contratta l'intera muscolatura addominale e degli arti inferiori. Chiedo ad Anna che tipo di dolore prova, di descriverlo, mi risponde che *"è come avere tante pietre che gli graffiano dentro, pesanti e appuntite, è peggio del parto, un dolore mai provato prima"*; pertanto il suo canale comunicativo è visivo e cinestesico; ho utilizzato la comunicazione orientandola sull'immaginazione e sul tatto. Essendo che il farmaco somministrato

---

²³ Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, [www.agenas.gov](http://www.agenas.gov)

²⁴ Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP, 2012 - "Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain."

²⁵ Barbier E., 2013- "The nurse hypnotherapist in oncology"

²⁶ Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V et al., 2007 - "Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test"

ha avuto poco beneficio, l'ho rassicurata che sentirà nel corso del tempo l'azione dell'antidolorifico che le è appena stato somministrato, e le ho suggerito che nel frattempo è importante al fine di sentire prima gli effetti del farmaco, riuscire a concentrarsi su qualcos'altro, ad esempio sulla respirazione: *“Anna concentrati sul respiro, nello stesso modo in cui tu hai imparato a respirare profondamente, proprio come quando l’ostetrica ti ha indicato di farlo, durante il parto e che è andato bene”*. Anna, inizialmente era molto rigida per il dolore, dopo qualche secondo di controllo del respiro, osservo che Anna si è adagiata distesa sulla barella, chiudendo anche gli occhi spontaneamente, *“brava, vedo che hai chiuso gli occhi e ti sei adagiata distesa .. in questo modo potrai riuscire meglio a percepire meglio il tuo respiro, che stai coordinando inspirando ed espirando.. e controllando il respiro riesci a immaginare tutte le parti sospese su tanti palloncini, che sorreggono ogni tua parte del corpo, una ad una”* *“sei talmente leggera.. sempre più leggera in ogni tua parte, che se ora alzo la tua mano, rimane sospesa.. e nello stesso modo con cui una piuma vola leggera nel cielo, anche la tua mano la senti sempre più leggera e la vedi sempre più sospesa, la mia mano accompagna il tuo braccio che senti sempre più leggero, che si lascia trasportare.. ”*. La levitazione è riuscita, verificando il monoideismo plastico. Ho continuato con le suggestioni per rendere analgesica la parte dolorosa: *“ed ora che sei sospesa e leggera puoi sentire sulla tua pelle la freschezza dell’aria del cielo, di una brezza fresca, che ti accarezza il corpo..”*. Ho sfruttato la freschezza del ventilatore presente nella sala visita medica, di modo che potessi orientare l’immaginazione di Anna verso il monoideismo plastico, che ho verificato facendole alzare il braccio. Dopodiché ho continuato con l’idea della leggerezza e della sospensione del corpo, *“..e mentre sei leggiadra nel cielo, sospesa e leggera, ecco che il vento ti lascia trasportare, mentre al suolo sono rimaste le pietre che hanno fin ora provocato quel forte dolore, mano a mano scivolano via tutte le pietre.. fino a quando non ce ne sarà nemmeno più una.. ecco che tu non sentirai più dolore..”*. Le ho suggerito l’ancoraggio con l’unione del dito indice e pollice, dicendole *“sei così brava e capace di controllare il tuo respiro ed il tuo corpo, che sarai in grado quando vorrai di ritornare in questo stato piacevole e leggero compiendo questo gesto unendo il pollice ed il dito indice della mano, “rivivendo” le immagini di benessere che la tua mente ha creato..ed ora puoi immaginare di staccare uno ad uno i palloncini per ritornare sulla terraferma, e quando avrai concluso puoi aprire gli occhi..”*. Anna all’apertura degli occhi è sbalordita, mi chiede come ho fatto, gli dico che è grazie alla sua potenzialità, il rinforzo che lei ha dato alle cure farmacologiche è tutto merito suo e di ciò che ha imparato nel corso della sua esperienza di vita.

## 📍 Paolo e gli spilli nella mandibola.

Un pomeriggio di domenica, Paolo, un uomo di 40 anni grande e muscoloso, si reca in Pronto Soccorso per un forte dolore a livello della mandibola destra. Gli accertamenti svolti dal chirurgo confermano la diagnosi di ascesso dentale. Ci riferisce di aver resistito per una settimana a questo dolore, perché non vuole andare dal dentista, la prima cosa che ha detto ai sanitari è che non può permettersi di pagare il dentista. Il chirurgo che lo visita riferisce al paziente che il servizio Dental School convenzionato con l'azienda ospedaliera è chiuso nei weekend, pertanto l'unica possibilità è quella di somministrare antidolorifici al bisogno ed antibiotico, di modo che l'indomani mattina con la richiesta da parte del medico, egli possa presentarsi dai dentisti del servizio convenzionato. Nonostante gli antidolorifici e gli antinfiammatori somministrati già prima di recarsi qui, persiste in lui la presenza di sudorazioni e fenomeni neurovegetativi quali tremori, testa confusa, sbandamento, paura di svenire, incapacità di proseguire ogni attività e quindi il medico protende le dimissioni per aspettare che gli passi il dolore. Paolo, continua a gridare dal dolore, dice che non ha mai provato questo dolore così forte ai denti, e che già aveva sofferto di dolore dentale perché aveva avuto in passato altre carie ed ascessi. Inizialmente negava l'uso di qualsiasi farmaco abituale a domicilio. Eppure come mai non è responsivo a nessun farmaco? Allora sono andata nella sala di attesa. Essendo che iperventilava e gridava sudando di essere aiutato e di fare qualcosa, ho invitato Paolo a chiudere gli occhi per concentrarsi sulla mia voce e di raccontarmi con più dettagli la sua storia. In questo modo ho compreso i suoi bisogni, per capire meglio come agire sul dolore che prova. Inizio il contratto terapeutico e di fiducia con lui, ascoltandolo e proponendogli "*Paolo, conosco un modo per aiutarti a controllare meglio il dolore*". Per individuare il canale rappresentativo preferenziale, gli ho chiesto di descrivermi il tipo di dolore percepito, egli risponde "*vedo questo dolore come tanti spilli che pungono un vestito*": per cui ho individuato due canali comunicativi maggiormente usati da lui, il visivo ed il cinestesico. Nel frattempo ha continuato a tenere gli occhi chiusi, nel raccontarmi la sua esperienza, quindi a questo punto il passo successivo è stato quello di fargli ascoltare il suo respiro, l'obiettivo iniziale deciso insieme è stato di imparare a controllare il respiro per fargli raggiungere il parametro eupnoico di esso, evitando gli effetti dannosi dell'iperventilazione (sudorazione fredda, agitazione, confusione, debolezza, svenimento). Come tecnica di rilassamento ho concentrato l'attenzione sulla respirazione, dopodiché gli ho suggerito la suggestione della metafora delle onde del mare: "*respira lentamente, inspira ed espira, sempre di più, su e giù, come fanno le onde del mare*". Come azione di rafforzamento della sua capacità di controllare gli atti respiratori, spingo con la mano sul torace quando compie gli atti espiratori, e la rilascio diminuendogli la pressione toracica in corrispondenza degli atti inspiratori (azione cinestesico). Per sentire la

freschezza dell'acqua (azione cinestesico) che gli avvolge tutto il corpo, in particolare gli rende fresche le guance, *"..ora che sei immerso fino alle spalle nell'acqua, puoi sentire come la freschezza dell'acqua ti circonda il corpo.. e le estremità più distali..come la punta del naso, le dita delle mani.."* nel frattempo, il paziente tiene con la mano il sacchetto del ghiaccio sulla guancia, facendogli venire in mente la sensazione piacevole ed anestetizzante del freddo. Il paziente non è più sudato, non iperventila, ha i muscoli del corpo abbandonati, il viso non è più corrugato. La verifica del monoideismo plastico l'ho fatta chiedendo di avvisare quando sente dolore sulla mano, in quanto ho appuntato con un pizzicotto la pelle del dorso della mano destra. Come induzione gli ho detto *"..e come sei così bravo e capace a controllare il tuo respiro, coordinandolo con le onde del mare che salgono e scendono, allo stesso modo ti fai un bagno nell'acqua fresca del mare (azione visiva), e vedi che ...ogni movimento delle onde del mare corrisponde con l'espansione e la riduzione del tuo petto durante la respirazione, non sentendo altro al di fuori di sensazione di benessere, di frescura e di rilassamento"*. Gli ho dato il ricalco del feedback positivo che mostra di avere: ha continuato ad avere gli occhi chiusi, un respiro eupnoico, a rilassare i muscoli facciali. Come induzione per l'anestesia gli ho detto *"..e mentre sei capace di immaginarti nell'acqua marina fresca, allo stesso modo riesci a percepire il contatto sul tuo viso di una sensazione di anestesia della zona, in particolare della guancia destra, proprio grazie all'acqua piacevolmente ghiacciata delle onde. Esse portano nel mare le tutte le sensazioni sgradevoli, come i granelli di sabbia che si mischiano e si disperdono nell'immensità del mare.."*. L'ancoraggio è avvenuto unendo l'indice ed il pollice della mano destra e dicendogli che è in grado di sentire la sensazione anestetizzante e di benessere tutte le volte che voleva compiendo il gesto. Dopo l'ancoraggio ho chiesto di immaginare di uscire dall'acqua, di asciugarsi, di ritornare in città a Torino, e di rientrare alla porta del PS Molinette, mantenendo la sensazione di anestesia alla guancia. Dopo qualche secondo ha aperto gli occhi e mi riferisce di sentire meno sensazione di dolore, mi chiese come ho fatto, gli ho risposto che non ho fatto altro che guidarlo in cose che lui stesso è in grado di fare. Ho notato che egli ha iniziato ad essere più disponibile nella relazione, è riuscito a confidare i suoi vissuti, mi ha raccontato che è stato seguito in passato dal CSM di Saluzzo ma che prima non voleva dire che ha ripreso l'uso di droga eroina perché sperava con i farmaci di togliersi il dolore. Gli risposi che probabilmente è per questo motivo che i normali FANS non gli producono un effetto analgesico efficace, in quanto i recettori del dolore nel suo caso non rispondono fisiologicamente. Paolo, grazie all'ascolto attivo ricevuto ed alla comunicazione ipnotica, si è sentito accolto e non etichettato da pregiudizi negativi. Infine, gli ho consolidato la motivazione di rivolgersi nuovamente al CSM, e di chiedere un supporto psicologico maggiore perché loro sono esperti e sono in grado di supportarlo nel suo percorso.

## **IL RAPPORTO CON I MIEI COLLEGHI**

L'equipe del PS è composta da quasi 150 persone tra infermieri, medici e OSS. Ai colleghi ho raccontato dei casi clinici che ho svolto. Ho confermato che la comunicazione ipnotica è relazione di auto e che si può fare anche in pronto soccorso, proprio perché è importante approfondire l'aspetto relazionale per raggiungere l'obiettivo comune del bene del paziente. In contesti come questo, spesso, erroneamente accade che il professionista sia intento di perfezionare le sue competenze "core" applicate ad un area tecnico-operativa molto specifica (esempi: procedure tecnicistiche di emergenza-urgenza, gestione accessi venosi, BLS, ect.), approfondendo in maggior misura la parte di conoscenze tecniche e tralasciando come ultimo le competenze relazionali. In verità, come ho dimostrato dai racconti esperienziali descritti sopra, se da una parte tecnologia e abilità tecniche devono essere molto sviluppate, dall'altro non vanno trascurate le capacità relazionali, poiché all'interno del contesto di Area Critica si vivono spesso situazioni ad alto impatto emotivo. Ho informato i colleghi sulla comunicazione ipnotica e di quanto sia utile per ridurre l'ansia ed il dolore sentiti dal paziente, per affinare il rapporto di cura, coadiuvando l'efficacia degli esiti delle cure tradizionali. Inizialmente sono stati molto diffidenti ed increduli sulla reale efficacia della comunicazione ipnotica, per diversi motivi, e mi hanno riferito di aver sentito parlare ma di non aver mai approfondito questo argomento, e quindi ho compreso che nell'immaginario collettivo si realizzano ancora molte fantasie sul tema ipnosi per la mancanza di formazione specifica. Le occasioni per trattare sulle tematiche con i miei colleghi sono state poche nel corso di questi mesi, il principale fattore ostacolante osservato è il tempo ristretto di proferire perché durante lo svolgimento delle attività lavorative siamo concentrati sulle attività di assistenza di diversi pazienti contemporaneamente; per cui, a meno che i colleghi non si sono trovati con me nel momento istante in cui ho applicato le tecniche ipnotiche, non ho avuto occasione di argomentare più di tanto. Mentre in quelle situazioni hanno visto nella pratica quello che precedentemente e successivamente è successo al paziente, arrivando al confronto verificato con la dimostrazione dei benefici dinanzi ai loro occhi; a quel punto hanno cambiato parere nei confronti di questa tecnica comunicativa.

## CONCLUSIONI

La comunicazione ipnotica richiede la capacità di sospendere i giudizi e l'apprezzamento del punto di vista del paziente riconoscendolo come risorsa. Utilizza tutte le parti della comunicazione, linguaggio verbale e non-verbale. Un'attenta comunicazione non-verbale (per esempio: un sorriso ed un'espressione del viso accogliente, stare a fianco del paziente e non di fronte, un contatto visivo caldo ed accettante) è importante per accogliere in prima linea la persona che si reca in pronto soccorso, luogo spesso ignoto nella sua organizzazione e sistemazione. Con le conoscenze acquisite e con l'obiettivo di ottenere rassicurazione e tranquillità nel paziente in difficoltà, favorendo la collaborazione e la cura, riducendo l'ansia e la percezione del dolore, ho applicato la comunicazione ipnotica. Questo mi ha permesso di portare ogni singola persona con cui ho pattuito una relazione di cura efficace a raggiungere i suoi obiettivi prefissati ed a fargli vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psico-fisico e spirituale. Ho notato nel corso del tempo delle applicazioni pratiche e grazie agli studi affrontati durante il corso di comunicazione ipnotica, che la relazione di cura è personalizzata in base alla persona cui ci si pone, oltre che al contesto unico. La relazione di aiuto inizia quando la persona si reca in triage, con un bisogno di salute e continua nel suo percorso nelle sale di attesa, nelle sale di visita medica, nella degenza, ed infine nel tempo di dimissione dal PS. Per rispondere ai bisogni relazionali del paziente, i professionisti sanitari occorre che considerino la differente percezione del tempo provata durante l'attesa della visita, dei risultati, della prognosi. Il bisogno di informazione è molto importante che venga considerato, poiché il paziente ha bisogno di sapere, di conoscere, di avere risposta ai dubbi ed alle paure che prova dentro di sé, al fine di ridurre l'ansia e renderlo soggetto attivo nel suo percorso di cura, è in grado di cogliere cosa gli sta accadendo, ed anche il dolore a volte si riduce, perché il dolore ha anche una componente psicologica. La comunicazione ipnotica è la tecnica che ho utilizzato per migliorare la relazione con il parente: quando il care-giver è compliant, anche il paziente riceve un beneficio, inteso come un maggior supporto e sostegno familiare.

## BIBLIOGRAFIA

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, [www.agenas.gov.it](http://www.agenas.gov.it)

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, [www.agenas.gov](http://www.agenas.gov)

Anderberg P, Lepp M, Berglund AL et al. (2007) - "Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis."

Aristotele, 354 a.C - "De anima"

Barabasz A, Perez N, 2007 - "Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis"

Barbier E.,2013- "The nurse hypnotherapist in oncology"

Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V et al., 2007 - "Hypnosis prevents the cardiovascular response

Courtney M, Tong S, Walsh A. (2000) - "Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review"

Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP, 2012 - "Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain."

Donati P, 1992 - "Teoria relazionale della società"

Erickson e Rossi, 1979 - "Profondamente Ipnosi"

Eslinger R. (2009) - "Nursing and hypnosis-a perfect combination. Beginnings"

FNOPI, 2019 - "Il Nuovo Codice deontologico degli infermieri"

Fonzi et al., 1975; Durand, 1987 - "Dialogue up on hypnosis therapy"

Forchuck C. (1995) - "Uniquess within the nurse-client relationship"

Fosnocht DE, Swanson ER, Barton ED, 2005, "Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine"

Franco Granone, 1990 - "Trattato di ipnosi"

<http://opi.torino.it/download/File/Allegati%20newsletter/2014-11->

[05/dati%20e%20risultati%20Comunicazione%20ipnotica.pdf](http://opi.torino.it/download/File/Allegati%20newsletter/2014-11-05/dati%20e%20risultati%20Comunicazione%20ipnotica.pdf)

<http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

<https://asieci.it/cms/statuto/consiglio-direttivo/>

<https://www.ciics.it/chi-siamo/>

Interviste di Ernesto Bodini, giornalista scientifico (27/10/2015) - " Comunicazione ipnotica: interessante e innovativo evento a Torino". <https://www.ilmiogiornale.org>

Jensen MP, Patterson DR. 2014 - "Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings"

Luciano Sterpellone, 2000 - ""Sherrington", in I protagonisti della Medicina"

Mantovani & Spagnoli, 2003 - "I criteri di qualità nella ricerca qualitativa, La ricerca sociale: metodi e tecniche"

Milena Muro (2016) - "La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino" - Rivista l'Infermiere N°1 - 2016, FNOPI

Piero Priorini, 2001 - "Attività estreme e stati alterati di coscienza"

Teike Luethi F, Currat T, Spencer B, Jayet N, Cantin B. (2012) - "Hypnosis as a resource in palliative care. A qualitative study of the contribution of hypnosis to the care oncology patients. Recherche en soins infirmiers"

to cold pressor test"

Watzlawick, 1974 - "Hypnotherapy and Suggestions"

Watzlawick, 1986 - "Knowledge about Hypnotherapy"

