



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2020

**L'uso della comunicazione ipnotica per favorire la tolleranza
della NIV in Rianimazione**

Candidato

Stefania Gurgone

Relatore

Milena Muro

A Giuseppe

INDICE

<u>Introduzione</u>	<u>1</u>
<u>1. Cos'è la NIV</u>	<u>3</u>
<u>1.1 I vantaggi e gli svantaggi della NIV</u>	<u>3</u>
<u>1.2 Rimedi tradizionali per favorire la compliance alla NIV da parte del paziente</u>	<u>4</u>
<u>1.2.1 Interventi infermieristici</u>	<u>4</u>
<u>1.2.2 Ausilio farmacologico</u>	<u>5</u>
<u>1.2.3 La comunicazione ipnotica come strategia complementare</u>	<u>6</u>
<u>2. L'ipnosi: cos'è</u>	<u>7</u>
<u>2.1 Monoideismo plastico</u>	<u>8</u>
<u>2.2 La comunicazione ipnotica</u>	<u>9</u>
<u>2.3 Tecniche Induttive - Mappa induzione ipnotica</u>	<u>12</u>
<u>3. La mia realtà lavorativa</u>	<u>18</u>
<u>3.1 Descrizione casi clinici</u>	<u>19</u>
<u>Conclusione</u>	<u>25</u>
<u>Bibliografia e sitografia</u>	<u>27</u>
<u>Allegato 1</u>	<u>28</u>
<u>Ringraziamenti</u>	<u>30</u>

Introduzione

Sono un'infermiera che lavora presso il reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale Infermi di Rimini da sette anni; un tempo relativamente breve ma che è stato caratterizzato da notevoli cambiamenti volti a migliorare sempre di più la qualità dell'assistenza fornita ai nostri pazienti, non solo in termini prettamente professionali ma anche e soprattutto dal punto di vista relazionale.

Oggi si parla sempre di più di "Umanizzazione della Cure" e ciò è stato tradotto concretamente nella mia realtà lavorativa attraverso: la trasformazione in "Terapia Intensiva Aperta", in cui ai familiari è consentito un orario di visita ai propri cari che si prolunga per l'intero pomeriggio; l'avvio di un ambulatorio di "follow up" in cui ex pazienti e familiari possono partecipare a distanza di tempo per rivivere e rielaborare la propria esperienza di degenza in Rianimazione; la fornitura ai pazienti coscienti di materiale di ausilio/intrattenimento come tablet, cuffiette per ascoltare musica, libri, mascherine e tappi per le orecchie per favorire il riposo notturno e tanto altro ancora.

In un ottica lavorativa in cui al centro di tutto c'è la persona malata, con i suoi affetti, i suoi valori e i suoi cari, ho ritenuto importante che anche io nel mio piccolo potessi dare un valore aggiunto all'assistenza fornita ai pazienti che non si limitasse solo strettamente al mio campo professionale.

Da qui nasce l'idea di frequentare il corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica del CIICS incuriosita e invogliata da una collega che era venuta a conoscenza di tale scuola in una sua precedente esperienza di formazione svolta a Torino.

Nel diffondere e condividere l'idea, in reparto, di partecipare a tele corso, altri colleghi (nello specifico tre anestesisti e altri due infermieri) hanno pensato di aggregarsi. Insieme abbiamo anche deciso di presentare un progetto (Allegato 1) che mettesse in atto le tecniche imparate al corso per favorire concretamente l'assistenza e le manovre che quotidianamente caratterizzano la nostra realtà lavorativa.

Nello specifico il progetto redatto ha la finalità di valutare l'efficacia della tecnica di Comunicazione Ipnotica relativamente a:

- ridurre l'uso di farmaci sedativi e/o analgesici;
- controllo dell'ansia e del dolore in corso di procedure quali: posizionamento di accessi vascolari e devices, medicazioni chirurgiche avanzate, procedure endoscopiche;
- favorire il fisiologico ritmo sonno-veglia notturno;
- favorire la compliance alla NIV .

Personalmente ho deciso di concentrare la mia attenzione e approfondire maggiormente la parte relativa all'utilizzo della Ventilazione Non Invasiva (NIV) in Rianimazione. Tema quanto più attuale considerato il periodo storico-sanitario che stiamo vivendo e il largo uso che l'infezione da Covid 19 richiede di tale tecnica per il suo trattamento.

1. Cos'è la NIV

La NIV è un sistema ventilatorio di natura meccanica a pressione positiva che si sostituisce all'utente nelle varie fasi degli atti respiratori e che si avvale di diverse strategie ventilatorie.

Richiede un'interfaccia ventilatore-paziente costituita da diversi tipi di device, che comprendono:

- maschera nasale;
- maschera facciale;
- maschera total-face;
- casco o scafandro.

1.1 I vantaggi e gli svantaggi della NIV

Se correttamente applicata la NIV riduce l'intubazione oro tracheale e la necessità della tracheostomia. Facilita anche lo svezzamento (weaning) dalla ventilazione meccanica invasiva.

La ventilazione meccanica non invasiva assicura, inoltre, un grado di efficacia simile a quello della ventilazione invasiva, ma è stata messa a punto allo scopo di evitare le complicazioni legate all'impiego di quest'ultima.

Un altro importante vantaggio è rappresentato dalla possibilità di evitare al paziente il discomfort del tubo endotracheale e i rischi ad esso connessi, come l'aumentata incidenza di polmonite ventilatore associata (VAP), il prolungamento della permanenza in Terapia Intensiva e in ospedale o l'incremento della mortalità intraospedaliera.¹

Tra i potenziali svantaggi della NIV, invece, troviamo: il disagio causato dall'interfaccia, alcune maschere mal posizionate o lasciate in sede troppo a lungo possono creare ulcere cutanee, corneali e congiuntivali, distensione gastrointestinale, ipoventilazione alveolare, singhiozzo, inalazione del rigurgito gastrico, otalgia dovuta al rumore, intolleranza e agitazione, ipossia da rimozione maschera o la possibilità che il supporto ventilatorio non sia sufficiente a raggiungere un risultato adeguato.²

Nello specifico le diverse interfacce:

- *Nasale* (vantaggio: maggiore tollerabilità, possibilità di mangiare ed espettorare; svantaggi: necessità di maggiore collaborazione per tenere la bocca chiusa)

- *Facciale* (vantaggi: maggiore aderenza ed efficacia soprattutto nelle insufficienze respiratorie più severe; svantaggi: meno tolleranza, necessità di rimozione per espettorare, mangiare, bere, rischio inalazione se rigurgito, impossibilità di comunicare)
- *Casco* (vantaggi: maggiore tollerabilità e buon adattamento del paziente; svantaggi: impossibilità di alimentarsi, comunicare, rumore, grande spazio morto con rischio di rebreathing di CO₂ e di trigger del ventilatore.³)

Oltre a tali effetti collaterali e svantaggi oggettivi della NIV, non sono da sottovalutare le ripercussioni psicologiche e soggettive che tale ausilio ventilatorio comporta, tanto da impedire la compliance del paziente al trattamento e di conseguenza alla sua efficacia.

Molto spesso pazienti che hanno avuto una esperienza soggettivamente negativa al primo ciclo di NIV, dovuta ai vari effetti collaterali citati prima, difficilmente sono disposti a ripetere i cicli successivi, fondamentali per la loro cura.

1.2 Rimedi tradizionali per favorire la compliance alla NIV da parte del paziente

1.2.1 Interventi infermieristici

Per favorire il più possibile l'aderenza del paziente al trattamento con NIV sono già quotidianamente messe in atto diverse strategie, dal punto di vista infermieristico, che cercano di limitare gli effetti collaterali che esso comporta.

Primo passo fondamentale per fare ciò, è cercare di scegliere il device più adatto e confortevole in base alle caratteristiche del paziente; spiegandogli pro, contro e caratteristiche di ognuno di questi. Non si esclude inoltre la possibilità di cambiare e provare le varie interfacce in modo da trovare quella maggiormente tollerata dal paziente.

Scelto il presidio più adatto e spiegato al paziente l'importanza e il beneficio che questo tipo di trattamento comporta, si cerca di prevenire e limitare, quanto più possibile, gli effetti collaterali ad esso legati.

In particolare:

- per prevenire l'otalgia si possono usare i tappi per le orecchie;
- per ridurre il dolore nasale si possono applicare delle protezioni sul naso;
- in caso di distensione gastrica si posiziona un SNG;
- per ridurre la congestione nasale si fa uso di decongestionanti;

- per evitare l'irritazione della congiuntiva oculare si utilizzano emollienti;
- per ridurre la secchezza delle mucose permettere al paziente di bere, quando afferma di aver sete, e usare un sistema di umidificazione dell'aria;
- regolare i cinturini delle maschere per ridurre la pressione al volto o quella delle cinture ascellari che mantengono il casco;
- per la chiamata di un sanitario da parte del paziente che è impossibilitato a comunicare fornire un campanello o un ausilio.⁴

1.2.2 Ausilio farmacologico

Molto spesso l'utilizzo di tali tecniche/ rimedi non sono sufficienti da soli a favorire completamente la compliance del paziente all'utilizzo della NIV, per cui è necessario ricorrere in aggiunta a rimedi farmacologici; con i relativi limiti ed effetti indesiderati che anche essi comportano.

Il sedativo ideale dovrebbe avere una breve durata d'azione, non deprimere il drive respiratorio, garantire una buona pervietà delle vie aeree superiori e non impattare negativamente sull'emodinamica del paziente.

Tuttavia nessun farmaco soddisfa completamente tutti i criteri e pertanto è necessario conoscere le caratteristiche delle molecole disponibili e adeguare la scelta sulla base del paziente che ci troviamo a gestire.

Nella pratica clinica le benzodiazepine (soprattutto il midazolam) sono ancora estremamente utilizzate, verosimilmente grazie alla loro relativa facilità di impiego, breve durata d'azione quando somministrate in boli refratti e alla presenza in commercio di un antagonista. È necessario però ricordare come questa classe farmacologica sia quella maggiormente implicata nella comparsa di stati di delirio e agitazione nei pazienti in terapia intensiva e soprattutto come contribuisca alla riduzione del diametro delle vie aeree superiori. Collateralmente va inoltre segnalato che l'eliminazione pressoché totale per via renale del farmaco ne incrementa notevolmente la durata d'azione in pazienti con insufficienza renale.

Il propofol è l'unico agente sedativo-ipnotico con rapido inizio d'azione e altrettanto rapido offset. A causa del marcato effetto di vasodilatazione periferica, con conseguente ipotensione arteriosa, è necessario procedere con estrema cautela al suo utilizzo, soprattutto nei pazienti ipovolemici.

La morfina è attualmente il più vecchio oppioide disponibile per la pratica clinica. La dose necessaria per produrre analgesia varia enormemente in base a fattori quali la tolleranza, la

metabolizzazione epatica e la capacità di eliminazione del singolo paziente; l'effetto può quindi essere più prolungato nei pazienti con insufficienza renale a causa della minor eliminazione dei metaboliti attivi prodotti dalla degradazione epatica.

Remifentanil e Dexmedetomidina sono le due molecole più studiate negli ultimi anni con buoni risultati nella sedazione del paziente con NIV. Il primo è un oppiaceo di sintesi, capace di fornire un buon compromesso tra riduzione del drive respiratorio e mantenimento della capacità di respiro autonomo, con durata d'azione breve e prevedibile, rapida cessazione dell'effetto, principalmente utilizzato come nalgo-sedativo.

A differenza della morfina, il remifentanil viene metabolizzato dalle esterasi plasmatiche e tissutali, da cui la sua più breve durata d'azione. Remifentanil è stato testato in due studi che ne hanno dimostrato sicurezza ed efficacia nel ridurre il fallimento della NIV dovuta ad intolleranza. Analoghi risultati in termini di aumento della tolleranza alla NIV sono stati conseguiti con la Dexmedetomidina, agonista sui recettori α_2 centrali, con proprietà sedative ed analgesiche, che appare offrire un profilo di sicurezza ancora più soddisfacente. La dexmedetomidina non ha un effetto diretto sulla collapsabilità delle vie aeree superiori e il suo uso riduce la necessità di altri sedativi (o analgesici) minimizzando quindi il rischio di depressione respiratoria.

Altro farmaco da segnalare è la ketamina che ai dosaggi utilizzati per la sedo-analgesia non determina depressione respiratoria, inoltre riducendo la resistenza delle vie aeree, migliora la compliance polmonare, preserva la capacità funzionale residua e mantiene il riflesso protettivo faringeo e laringeo. Va ricordato però che il farmaco può provocare ipersalivazione.

Analizzando quindi le varie molecole sulla base delle loro proprietà, dexmedetomidina, remifentanil e ketamina presentano il miglior profilo di efficacia e sicurezza, propofol e morfina occupano una posizione intermedia, mentre le benzodiazepine andrebbero per lo più evitate.⁵

1.2.3 La comunicazione ipnotica come strategia complementare

Tuttavia gli interventi infermieristici, solitamente messi in atto, e l'utilizzo di farmaci presentano dei limiti, sia perché non sempre riescono ad azzerare completamente il "fastidio" percepito dal paziente, sia per gli effetti collaterali inevitabili che l'utilizzo di ogni farmaco comporta.

Spesso il senso di claustrofobia, di costrizione, il forte rumore e l'impossibilità da parte del paziente a poter comunicare liberamente durante la procedura restano i principali fattori negativi che impediscono l'aderenza da parte del soggetto alla terapia, nonostante la messa in atto di tutti gli interventi tradizionali precedentemente elencati.

Sulla base di tali considerazioni ho ritenuto che l'uso della comunicazione ipnotica, in questo contesto, potesse rappresentare uno strumento complementare ai trattamenti già previsti, per migliorare l'adesione del paziente e ridurre l'eventuale quota di farmaco, al fine di favorire maggiormente il suo benessere psico-fisico.

2. L'ipnosi: cos'è

Solitamente, quando si parla di ipnosi si ha un'idea vaga e poco corretta rispetto al suo reale significato a causa di preconcetti e di errata informazione. Infatti spesso si accosta il termine all'idea di sonno, di magia, di forzatura della volontà o di suggestione.

Freud, già nel 1905, sottolineava quanto "l'ipnosi non è in alcun modo un sonno come il nostro sonno notturno o come il sonno prodotto da farmaci. I cambiamenti che si verificano in esso, e le funzioni mentali attivate durante esso, sono assenti nel sonno normale". Infatti il soggetto in ipnosi può interagire con l'ambiente esterno, presenta riflessi neurologici diversi rispetto al sonno, e differenze all'Elettroencefalogramma (EEG).

L'ipnosi non è neanche magia, come appare nello spettacolo, o forzatura di volontà, poiché nessun soggetto entra in trance ipnotica se non lo desidera. Ognuno di noi ha le potenzialità di sperimentare l'ipnosi, poiché si tratta di uno stato psicofisiologico naturale che tutti vivono spontaneamente, e talvolta inconsciamente, nell'arco della vita o della giornata. Si verifica ad esempio quando ci si immerge nella lettura di un libro o nella visione di un film così profondamente da non accorgersi di cosa accade intorno a noi, dei rumori o del tempo che passa.

Tra la popolazione possiamo trovare alcuni soggetti che si presentano come più facilmente ipnotizzabili e altri più resistenti, a seconda del rapporto con l'operatore, le motivazioni, i pregiudizi, e l'abilità individuale nell'apprendimento.⁶ Esistono infatti diversi gradi di profondità che spaziano da una leggera trance a stati di ipnosi profonda. La realizzazione dei diversi livelli avviene a seconda delle abilità del soggetto e dalla guida del terapeuta, ma soprattutto dalla stabilità del rapporto creato, dalla fiducia e dalla curiosità che uno ha verso l'altro.

Nell'ipnosi è presente coscienza e volontaria riduzione della critica, non abolizione, diversamente dalla suggestione dove vi è una totale accettazione acritica dell'altro. Ciò implica che nessun soggetto in ipnosi è "costretto" a dire o fare qualcosa contro la sua volontà. Nonostante ciò, esistono metodiche coercitive di induzione dirette, come la pressione esercitata sui globi oculari o sui seni carotidei tipiche dello spettacolo, deontologicamente non ammissibili per professionisti sanitari. Infatti nel 1958 l'American Medical Association ha approvato l'uso dell'ipnosi a fini clinici, condannandone l'uso negli spettacoli.⁷

È necessario dunque presentare il mondo dell'ipnosi con queste premesse a chi si avvicina per la prima volta o a chi ne è spaventato per condizionamenti pubblicitari, per evitare che ne venga sottovalutata l'efficacia e l'efficienza.

Quindi, che cos'è davvero l'ipnosi? Ne esistono diverse definizioni: Milton Erickson la definiva "come uno stato di aumentata consapevolezza e responsività alle idee", mentre Franco Granone (1912 – 2000), neuropsichiatra presso l'ospedale di Vercelli, nonché illustre fondatore del CIICS, dichiarava 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 questo e l'ipnotista". L'ipnosi è quindi sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, sia un rapporto operatore – soggetto, durante i quali sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche e viscerali attraverso la realizzazione di un "*monoideismo plastico*".

2.1 Monoideismo plastico

Con il concetto di monoideismo plastico si individua la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, funzionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie. Infatti l'utilizzo dell'ipnosi con la realizzazione di un monoideismo plastico è indicato in diverse condizioni patologiche di malattie psicosomatiche, psicosessuali, nevrosi, alcolismo, tabagismo, o nell'ambito dell'ostetricia, dell'odontoiatria e della dermatologia. Vi sono anche indicazioni all'uso in ambiti non clinici quali quello dello studio, del lavoro, dello sport, della ricerca scientifica o a fini militari.

Ottimi risultati si ottengono per:

- indurre ansiolisi in determinate condizioni di vita quotidiana o riferita a particolari eventi, quali un'operazione chirurgica, un parto, un esame impegnativo, parlare davanti ad una grande platea, superare una gara decisiva;
- correggere e migliorare l'insonnia;
- rinforzare l'Io, ovvero acquisire maggior fiducia in sé stessi e aumentare l'autostima essendone consapevoli;
- saper gestire stati di panico, realizzare stati di assoluto rilassamento corporeo e di pieno benessere personale;
- realizzare condizioni di analgesia, ovvero di non percezione del dolore in condizioni controllate in previsione di interventi chirurgici o odontoiatrici, evitando il ricorso a terapie antalgiche;
- rielaborare traumi pregressi;
- immaginare il momento futuro in cui accadrà un piacevole evento atteso, o quando un fastidioso problema scomparirà.

2.2 La comunicazione ipnotica

Come descritto nel dizionario Treccani, per comunicazione si intende *il processo di trasferimento dell'informazione contenuta in un segnale, attraverso un mezzo (canale), da un sistema (promotore) a un altro (recettore): in questo senso il segnale è dotato di significato e tale da poter provocare una reazione nel recettore.*

Questo processo innato e naturale coinvolge ogni persona a partire dai neonati che si esprimono con il pianto, attraverso relazioni interpersonali, e gli animali, che comunicano tra loro o con gli esseri umani con lo sguardo o attraverso movimenti corporei significativi. Quindi, come sostenuto da Paul Watzlawick nel primo assioma della comunicazione, "è impossibile non comunicare".

Secondo Albert Mehrabian, inoltre, la comunicazione si può manifestare con tre forme :

1. *verbale*, che avviene attraverso l'uso del linguaggio, sia scritto che orale, e che dipende da precise regole sintattiche e grammaticali. Questa forma rappresenta il 7% di quanto è comunicato in una relazione;
2. *para – verbale*, che riguarda il tono, il timbro, il volume, il ritmo della voce di chi parla, le pause ed altre espressioni come lo schiarirsi la voce o il giocherellare con le mani con qualsiasi cosa capiti a tiro. Questo aspetto rappresenta il 38% di ciò che viene comunicato;

3. *non verbale*, che avviene senza l'uso delle parole, attraverso canali diversificati quali mimiche facciali, sguardi, gesti, posture. Questo incide nella comunicazione al 55%. Emerge quindi che sia più importante il modo con cui vengono espressi determinati concetti piuttosto che le parole stesse utilizzate. Così anche il silenzio si riempie di significato, può creare imbarazzo o assoluto agio, e talvolta anche gli occhi parlano da soli, ovvero esprimono sensazioni ed emozioni. È necessario quindi adeguare il lessico utilizzato all'età e alla formazione culturale della persona, utilizzare il tono di voce più adatto ad ogni singola fase del processo e sincronizzarsi sul canale comunicativo preferenziale del soggetto.

Esistono infatti tre canali comunicativi principali:

- visivo: il soggetto che lo predilige esplora il mondo soprattutto attraverso la vista e le immagini, e utilizza nell'eloquio quotidiano verbi come “vedere” e “guardare”;
- uditivo: qui è particolarmente utilizzato l'udito attraverso suoni, musica, rumori e sono usati verbi quali “sentire” e “ascoltare” ;
- cenestesico: il soggetto si avvale delle sue sensazioni, sia tattili che emotive, e utilizza verbi quali “avvertire”, “percepire” o “sentire”.

L'uso di un canale comunicativo non è da considerarsi esclusivo per un soggetto, ma prediletto. Quindi per ottenere una migliore comunicazione con una persona è necessario cogliere e condividere con lui all'interno di quella relazione lo stesso canale.

È fondamentale curare tutta la parte di comunicazione non verbale e para verbale, cioè le posture assunte dal proprio corpo e nei confronti del soggetto che abbiamo di fronte, sintonizzare le parole espresse ed il loro significato con la mimica facciale, corporea ed il tono. Nel momento in cui questi aspetti non vanno in sincronia, il soggetto perde fiducia nei confronti dell'operatore e non si instaura un solido rapporto di fiducia.

Nell'ambito dell'ipnosi, l'infermiere può avvalersi della comunicazione ipnotica come strumento integrante della sua attività professionale. Questo consiste nella consapevolezza da parte dell'operatore di utilizzare precise parole piuttosto che altre, evocando immagini mentali che riverberano nel soggetto a livello fisico con cambiamenti plastici evidenti.

Diversamente dalla seduta di ipnosi, che ha un luogo e un momento specifico prestabilito tra il soggetto e l'operatore, la comunicazione ipnotica può avvenire in qualsiasi momento della relazione terapeutica, e si basa sulla conoscenza dell'operatore di determinati meccanismi neurolinguistici. Una volta appresi i meccanismi della comunicazione ipnotica, si pone un'attenzione particolare all'uso di qualsiasi termine in

qualsiasi contesto. Per esempio, un infermiere che al mattino entra in una stanza di degenza chiedendo ad un paziente “Buongiorno, come va?” è molto diverso dal chiedere “Buongiorno, tutto bene?” perché la sottile aspettativa dell’operatore di sentirsi rispondere che va tutto bene, passa in maniera impercettibile e arriva al soggetto.

Le domande aperte sono preferibili, così da lasciare più spazio al paziente, come allo stesso modo è meglio regalare all’altro suggestioni sfumate, non dettagliate, così da permettergli di ricreare mentalmente la sua personale immagine.⁶

Grazie alla relazione che si instaura con i pazienti, è possibile influire sul vissuto che questi hanno del percorso terapeutico, inconsapevolmente in senso negativo, ma in senso positivo se appunto si ha padronanza dei meccanismi della comunicazione ipnotica.

La comunicazione ipnotica può essere utilizzata in qualsiasi ambito di cura. Permette di ottenere risultati in tempi spesso molto brevi ed in condizioni apparentemente proibitive.

La presenza di altre persone, rumori, elementi vari di disturbo possono addirittura essere usati a “vantaggio”, ad esempio per focalizzare l’attenzione sull’esterno del corpo. Lo stesso principio vale per la posizione che il paziente deve assumere: spesso è una postura obbligata legata alla procedura, alle condizioni ambientali in cui ci si trova ad operare, alle problematiche della persona assistita.

È inoltre opportuno tenere in giusta considerazione potenziali timori e ansie manifestati in modo più o meno evidente dal paziente, spesso preoccupato di non saper affrontare manovre e procedure spiacevoli, dolorose, o vissute come tali.

Con l’utilizzo della comunicazione ipnotica si può rendere il paziente più conscio delle proprie potenzialità, favorendo quindi la sua partecipazione attiva e consapevole al percorso di diagnosi e/o cura.

In campo clinico, l’ipnosi può essere utilizzata per ridurre dolore, ansia e stress correlati a situazioni particolari, a patologie o a procedure interventistiche.

La comunicazione ipnotica permette di generare nei pazienti uno stato di rilassamento fisico e mentale.

Un aspetto rilevante è dato dalla possibilità di lasciare un ancoraggio, che consente al paziente di rientrare in quella condizione di benessere sperimentata e verificata in corso di trance ipnotica (autoipnosi). La tecnica dell’autoipnosi offre al paziente l’opportunità di ottenere in autonomia lo stato di rilassamento o di controllo del dolore, o altro, con un’efficacia che aumenta nel tempo semplicemente grazie all’utilizzo della tecnica.⁸

2.3 Tecniche Induttive - Mappa induzione ipnotica

Come già sottolineato nella definizione, l'ipnosi affonda le sue radici nel rapporto tra operatore e soggetto, tra i quali si crea un legame di fiducia fondamentale per la riuscita della tecnica. L'operatore può essere un medico, uno psicologo, uno psicoterapeuta, un odontoiatra, o un professionista sanitario, come per esempio l'infermiere, il logopedista o il fisioterapista.

È utile precisare che di per sé l'ipnosi può raggiungere ottimi risultati e non risulta pericolosa se utilizzata da persone esperte e nelle circostanze adatte.

L'uso di questa pratica è inoltre indicata per qualsiasi persona ad esclusione di chi soffre di psicosi, dove risulterebbe inutile e dannosa in quanto tecnica schizofrenizzante, e nei soggetti in età evolutiva fino ai 16 – 18 anni. In effetti, sull'asse cartesiano che evidenzia le diversità tra la linea dell'ipnotizzabilità e quella della suggestionabilità, la prima raggiunge il suo picco tra i 20 ed i 50 anni, mentre la seconda emerge nella prima infanzia per poi riaffiorare nel periodo senile.

Per suggestione si intende l'accettazione acritica dell'idea dell'altro, mentre in ipnosi vi è un'accettazione critica dell'idea altrui, seppur diminuita e non annullata, in quanto conseguenza del rapport che si crea tra operatore e soggetto, ovvero tra terapeuta e paziente.

Il soggetto può necessitare di un determinato bisogno clinico – assistenziale, oppure di una necessità esterna a questo ambiente quale lo sport, lo studio o la musica. Come già detto infatti, gli ambiti di utilizzo dell'ipnosi sono molteplici e gli obiettivi da raggiungere possono essere differenti.

Durante una seduta terapeutica, l'ipnosi si struttura in diverse fasi. La prima consiste nella PRE – INDUZIONE, ovvero il momento in cui tra l'operatore ed il soggetto si crea il rapport, una relazione aperta e cordiale, che prevede l'inevitabile instaurarsi del transfert e del controtransfert. Accolto da un ascolto attivo dell'operatore, il soggetto crea un rapporto di fiducia che permette ad entrambi di arrivare al CONTRATTO, ovvero la condivisione dell'obiettivo da raggiungere a seconda del bisogno esplicitato. Si abbassa così la critica da parte del soggetto e si scivola nella fase dell'INDUZIONE, durante la quale l'operatore guida l'altro a focalizzare le sue attenzioni verso sé stesso e sempre meno verso l'ambiente esterno circostante, per avviare e gestire il monoideismo plastico e dare una ratifica del cambiamento avvenuto. Qui segni evidenti che il soggetto sia indotto sono evidenziabili tramite il rilassamento dei muscoli facciali, atti deglutitori, un movimento veloce delle palpebre chiuse (blinking), le labbra leggermente semi aperte.

Per focalizzare meglio l'attenzione del soggetto su quelle parti del corpo dove si realizzeranno evidenti fenomenologie, l'operatore può ricorrere ai "passi", che consistono nello sfioramento con la mano del viso o degli arti del soggetto, subito dopo averlo avvisato. Queste fenomenologie, 7, raggruppate nell'algoritmo LE.CA.MO.I.A.S.CO, possono essere realizzate dal soggetto sotto guida dell'operatore indipendentemente dall'obiettivo che si vuole raggiungere. È possibile infatti realizzare la levitazione (LE), per esempio del braccio, che include le suggestioni di leggerezza, come se qualcosa tiri dall'alto, e di sollevamento, come se qualcosa spinga dal basso; la catalessi (CA), ovvero l'immobilità e la pesantezza di un arto; i movimenti automatici (MO); l'inibizione di movimenti volontari (I), come per esempio quello di non parlare, di non alzarsi dalla sedia o di non aprire gli occhi, suggeriti da una sfida; l'analgesia (A), che secondo alcuni studi solamente il 20% della popolazione riesce a svilupparla secondo vari gradi; il sanguinamento (S) o l'assenza di esso quando vi è una vasocostrizione realizzata attraverso suggestioni di freddo; il condizionamento (CO) che si realizza tramite l'ancoraggio, ovvero l'esecuzione di un movimento o di un atto, come l'unione del pollice e dell'indice della mano, che permetterà poi al soggetto di realizzare uno stato di ipnosi come quello provato in piena ed assoluta autonomia.

Sussegue poi il CORPO dell'ipnosi, dove si realizza l'obiettivo del progetto terapeutico precedentemente concordato.

Si termina con la DEINDUZIONE che permette al soggetto di allontanarsi progressivamente dal monoideismo plastico, riorientarsi nel qui ed ora e ristabilizzarsi nello stato di coscienza ordinario, e infine la CODA, un breve periodo in cui è molto facile essere indotti nuovamente in ipnosi. È importante per il terapeuta saper riconoscere attentamente quest'ultima fase in quanto l'inconscio del soggetto è ancora molto fertile nel recepire suggestioni.⁶

Tutte le tecniche di induzione quindi, come già detto, mirano a ridurre, eliminare o aggirare la resistenza della parte critica del soggetto per permettere alla parte più creativa di realizzare i monoideismi, per questo è fondamentale porre particolare attenzione già nella fase iniziale del rapporto col paziente affinché si instauri fiducia.

Per aumentare la fiducia io devo: individuare e utilizzare il canale comunicativo (visivo, cenestesico, uditivo) preferenziale di quella persona; stipulare un contratto esplicito o implicito con il soggetto; trasmettere empatia e attenzione ai suoi bisogni e gratificarlo con apprezzamenti per ogni passaggio realizzato (Bravo... Molto bene.... così va bene...).

Per abbassare le resistenze, invece, è necessario: utilizzare truismi (verità ovvie e incontestabili); Yes set (farsi dire sì); focalizzare l'attenzione su alcuni fenomeni creando sempre più distacco con gli stimoli esterni; sottrarre energia mentale alla critica con compiti, diversi; sommare più stimoli contemporanei per sovraccaricare il controllo.

Il modo in cui ottengo di superare la critica può essere più o meno diretto, più o meno autoritario, può passare per il rilassamento o per la confusione, può essere più materno o paterno, in ogni caso, a prescindere dalla tecnica utilizzata, lo "schema di base" è sempre lo stesso.

Al fine di favorire l'apprendimento della realizzazione dello stato ipnotico, che segue degli step ben precisi e fondamentali, uniti conseguentemente l'un l'altro, didatticamente, all'interno del nostro corso, questi sono stati rappresentati graficamente con l'immagine di un trenino, in cui ogni carrozza simboleggia ognuno degli step. Diversi tasselli uniti ed interdipendenti tra loro che costituiscono quella che viene definita *Mappa induzione ipnotica*.



Fig. 1

Vediamo nello specifico cosa rappresenta ognuno di questi passaggi.

1) Creare fiducia:

È l'elemento di base indispensabile affinché si crei un rapporto efficace col paziente. Si ottiene tramite la realizzazione di tre momenti fondamentali che sono: *Accoglienza, Ricalco e Yes set*.

Accogliere significa accettare tutto quello che l'altro mi porta evitando giudizi. In questa fase si cerca di osservare alcuni particolari della persona che possono essere importanti, acquisire il nome, l'età e riconoscere il canale comunicativo preferenziale del soggetto (visivo- uditivo- cenesetico).

Ricalcare l'altro significa immaginarsi al suo posto raccontandogli l'esperienza che sta vivendo.

È possibile ricalcare l'esperienza che vive internamente al suo corpo (es. puoi sentire l'aria che entra ed esce dalle tue narici...) oppure esperienze esterne, dell'ambiente (es. puoi sentire i rumori che provengono da...)

Yes set è il modo con cui gli americani definiscono una quantità di consensi che dobbiamo attivare e che il paziente ci deve riconoscere ad ogni affermazione. Se abbiamo lavorato bene, l'accoglienza e il ricalco faranno questo.

Il consenso serve a ridurre l'opposizione a realizzare le nuove esperienze che suggeriremo, preparando una predisposizione nei nostri confronti e migliorando la disponibilità a farsi guidare. Di fatto gli si dimostra che lo capiamo e che possiamo aiutarlo.

2) Contratto:

Sempre nella fase iniziale, estremamente importante è stabilire il *Contratto terapeutico*, cioè identificare il bisogno del paziente e l'obiettivo che si vuole raggiungere, possibilmente stimolando il desiderio e la curiosità da parte del paziente stesso, in modo da favorire la sua collaborazione.

(Es. Puoi adesso sperimentare una nuova modalità con cui affrontare questa esperienza...)

Solo dopo aver impostato la relazione e definito il contratto possiamo procedere.

3) Ordine Motivato- focalizzazione:

Ottenuta la fiducia sarà più facile guidare l'altro. Tecnicamente, la guida si attua dando al paziente delle indicazioni su come agire, queste saranno più facilmente eseguite se verranno motivate. La focalizzazione può essere verso un fattore interno o esterno, in ogni caso su una sola cosa.

(Es. inizia a concentrare la tua attenzione sul tuo respiro in modo da apprezzare l'aria che entra e riempie a pieno i tuoi polmoni per poi uscire fuori completamente).

4) Descrizione:

A questo punto si passa a descrivere ciò che l'operatore osserva nel paziente. Fondamentale nella descrizione è l'utilizzo dell' "io" come soggetto della frase e soprattutto che quello che viene descritto è assolutamente veritiero e oggettivabile.

(Es. vedo che le tue spalle si sollevano quando l'aria entra e si abbassano quando esce)

5) Ricalco :

Dalla descrizioni, successivamente, si passa al ricalco che, a differenza del precedente, utilizza come soggetto della frase il "tu" (cioè il pz). Anche in questo caso si fa riferimento a situazioni oggettivamente veritiere.

(Es. tu stesso potrai apprezzare come l'aria entrando e uscendo dal tuo corpo ti permette di fare questo movimento)

6) Suggestione:

Si passa così sequenzialmente a collegare quello che può essere descritto, eseguito ed/o percepito, alla possibilità di iniziare ad immaginare, sentire e realizzare qualcosa di nuovo che viene suggerito. In questo caso è preferibile usare forme linguistiche con verbi all'infinito o al condizionale, stimolare tutti i sensi del soggetto e utilizzare immagini.

L'attivazione dell'immagine mentale, fondamentale per creare cambiamento, può essere guidata con riferimento a esperienze rammentabili, con l'utilizzo di metafore o altre modalità che possano aiutare il paziente ad accogliere e realizzare quanto suggerito.

Solitamente per chi lavora con pazienti in ospedale il contatto con il corpo è facilitato, e va utilizzato; utile a sottolineare cambiamenti fisici per far accettare suggerimenti di cambiamenti più globali.

(Es. ogni espirazione ti permette di lasciar andare fuori con l'aria tutte le tensioni e rilassare i tuoi muscoli)

7) Ratifica:

Fondamentale una volta che si è attivata la realizzazione di quanto suggerito, sottolineare il cambiamento avvenuto.

Verifico io ma soprattutto rendo consapevole il soggetto del cambiamento avvenuto, dell'esperienza e della sua potenza; per farlo uso il tempo verbale al presente e successivamente gratifico il soggetto con apprezzamenti.

(Es. e adesso che il tuo braccio è completamente rilassato e abbandonato vediamo quanto è diventato pesante (*si solleva il braccio e lo si lascia cadere*) molto bene!).

La ratifica serve a far capire al pz che è capace di cambiare una situazione, una volta sottolineata questa capacità, sarà possibile agganciare altre suggestioni e introdurre la fase terapeutica. (Es. molto bene, e ora che sei riuscito a distendere completamente i muscoli del tuo braccio puoi fare lo stesso con...)

Collegando una suggestione e ratifica ad un'altra suggestione e ratifica di seguito, si facilita molto il paziente.

8) Ancoraggio:

L'ancoraggio fa ciò che dice, dà il coraggio al paziente di risvegliare le risorse presenti al momento anche in seguito, quando lui lo vorrà. Questo grazie al collegamento che si instaura automaticamente tra l'esperienza vissuta e un simbolo che può essere: un gesto, una parola, un'azione che verrà volontariamente attivata dal paziente in autonomia perché in questo modo il paziente si renderà conto di essere attore attivo della sua esperienza. Tutto ciò garantisce l'*empowerment* cioè la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte. Un processo capace di liberare il proprio potenziale emancipandosi, cioè liberandosi da costrizioni e restrizioni e soprattutto liberandosi dal legame instaurato con l'operatore.

(Es. per ritrovare questo stesso senso di benessere ti basterà unire pollice ed indice della mano dx, quando vorrai)

9) Riorientamento:

Fatto ciò possiamo concludere l'esperienza rassicurando il paziente che va tutto bene, stimolando in lui la curiosità di sperimentare il funzionamento dell'ancora in autonomia e chiedendogli di riorientarsi nel presente insieme a noi, magari suggerendogli un momento preciso in cui farlo.

(Es. e adesso, dopo un respiro profondo, puoi aprire gli occhi e sentirti perfettamente presente).

10) Verifica:

Con lo scopo di dare “potenza” al soggetto e renderlo autonomo a questo punto possiamo chiedere al paziente di rientrare in autoipnosi da solo.

(Es. sarai curioso di scoprire quanto sono potenti le tue capacità per cui ti basterà compiere il tuo “gesto” e lasciare che accada...)

11) Racconto:

Nell’ultima fase, se il paziente ne ha voglia, possiamo lasciare che ci racconti la sua esperienza, darci indicazioni di come ha vissuto il cambiamento e verificare la concordanza/ distorsione temporale.

(Es. com’è andata? secondo lei quanto tempo è passato?...).⁹

3. La mia realtà lavorativa

Purtroppo la pandemia che sta caratterizzando questo periodo storico ha inevitabilmente colpito tutte le realtà sanitarie e di conseguenza anche quella in cui lavoro.

L’Emilia-Romagna è diventata *Hub nazionale per la Terapia Intensiva*, entrando a far parte della struttura che ha costituito il ministero della Salute.

Nello specifico sono state individuate sei strutture che vanno a costituire una rete di terapie intensive con 146 posti letto sempre utilizzabili, per assistere pazienti che si sono ammalati o si potrebbero ammalare di *Coronavirus*.

Tra queste strutture è presente anche la Terapia Intensiva dell’Ospedale Infermi di Rimini che negli ultimi mesi ha subito diversi cambiamenti organizzativi e strutturali, fino alla realizzazione di un ulteriore reparto di Terapia Intensiva (Rianimazione 2) che aggiunge 14 posti letto ai 15 già esistenti.

Questo cambiamento degli ultimi mesi ha visto, e vede, noi operatori impegnati, oltre che nell’assistenza ai pazienti Covid, anche nell’allestire al meglio la nuova Unità Operativa e nel formare più di cinquanta infermieri neoassunti.

Questo evento imprevisto, che ci siamo ritrovati a dover gestire, purtroppo ha impedito la messa in atto, in senso pratico, del progetto che inizialmente ci eravamo prefissati di realizzare all’interno del nostro reparto (Allegato 1). Tuttavia ciò non mi ha impedito di utilizzare quotidianamente nel mio lavoro la *Comunicazione Ipnotica*, anche con il raggiungimento di piccoli-grandi effetti positivi sul paziente.

Purtroppo anche le occasioni di gestire pazienti con in corso terapia NIV sono stati limitati ma senz'altro non sono mancate le occasioni in cui utilizzando la Comunicazione Ipnotica ho avuto la possibilità di sperimentare la grandiosità e l'efficacia di tale metodo. Per questo vorrei riportare qualcuno dei casi più significativi che mi sono capitati e in cui ho avuto la possibilità di mettere in pratica il metodo acquisito e descritto nella prima parte di questo elaborato.

3.1 Descrizione casi clinici

Caso 1

Sign.a Maria, 72 aa, entra nel Reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione per monitoraggio post operatorio dopo intervento di Colecistectomia, per la presenza in anamnesi di più comorbidità.

Dopo due giorni di degenza sviluppo di polmonite che compromette i suoi scambi respiratori per cui si rendono necessari durante il giorno almeno 4 cicli di NIV da 2 ore ciascuno.

Nel caso specifico io non ero l'infermiera dedicata all'assistenza della sign.a Maria quel giorno ma vengo allertata dalla collega che mi chiede una mano per riposizionare nuovamente la maschera NIV che la paziente ha già autorimosso più volte perché non tollerata; nonostante la somministrazione di Remifentanil, in infusione continua, prescritta dal medico proprio per favorire la compliance della paziente alla terapia con NIV.

Al mio arrivo la paziente si mostra francamente tachipnoica, tachicardica e ipertesa (parametri vitali rilevati in continuo tramite il monitor); mi avvicino, mi presento e chiamandola per nome (lo leggo sempre attraverso il suo minitor) le chiedo quale fosse il problema. Lei mi riferisce che quella maschera è insopportabile, troppo stretta e che il forte flusso di aria le sembra quasi che la faccia soffocare anziché aiutarla. Le dico che, per quanto questa maschera sia estremamente efficace per risolvere il suo momentaneo problema respiratorio, che se non trattato così avrebbe richiesto l'intubazione, effettivamente per funzionare deve aderire perfettamente al viso tirando molto i legacci e questo poteva creare disagio; lei asserisce con la testa alla mia osservazione.

Mentre parlo noto che la sign.a Maria è una donna molto curata, nonostante la degenza ospedaliera di qualche giorno, porta lo smalto alle unghia delle mani e dei piedi, la tinta ai capelli fresca e anche la messa in piega sembra abbastanza recente; da lì decido di prendere spunto. Le riferisco tutti i dettagli riguardo la cura del suo corpo che ho notato e

lei mi risponde che è una cosa a cui ha sempre tenuto e che non c'è settimana in cui lei non vada dalla sua parrucchiera di fiducia per eseguire una messa in piega con tanto di bigodini; cosa che purtroppo negli ultimi giorni non aveva potuto fare trovandosi in ospedale. Mostrandomi interessata a ciò ch mi diceva le chiedo anche solitamente come avveniva l'asciugatura dei capelli e lei mi risponde che la maggior parte delle volte, mettendo i bigodini, avveniva con il casco tipico dei parrucchieri.

A quel punto chiedo alla mia collega di procurare un casco da NIV mentre io continuo a chiacchierare con la signora Maria. Dico a Maria che in fondo anche noi potevamo essere paragonati ad un "centro di bellezza" più che per la cura dell'aspetto fisico esteriore per la cura e il benessere di tutti gli organi interni del corpo, lei sorride alla mia affermazione e mi dice : "in effetti..." . Così le dico che adesso avremmo fatto in modo di curare al meglio i suoi polmoni affinché uscita da lì si sarebbe sentita "nuova" come dopo una seduta nel suo centro di bellezza; ma che per fare ciò avevamo bisogno della sua collaborazione. Lei, sempre sorridendo, mi dice che è d'accordo, purché non le avessimo rimesso quella orribile maschera in viso e io le rispondo che le avremmo messo il "casco" proprio come dalla sua parrucchiera, lei, ancora sorridendo, accetta.

A quel punto le chiedo di chiudere gli occhi e di concentrare tutta la sua attenzione sul respiro, sull'aria che entra ed esce dal suo corpo e dai movimenti del torace che lo accompagnano, lei lo fa senza alcuna obiezione e man mano che io descrivo e ricalco tutto ciò che osservo noto che pian piano la tachipnea, la tachicardia e la pressione migliorano e glielo riferisco. Le dico allora che insieme all'aria che esce può di volta in volta lasciare andare anche le sue tensioni muscolari e rilassare i suoi muscoli che ad un certo punto saranno così rilassati che provando a sollevare io un suo braccio, per poi lasciarlo, esso cadrebbe di peso sul letto (metto in atto il gesto che si verifica). Complimentandomi con lei per la sua bravura le dico che così come è stata in grado di gestire perfettamente il suo respiro e i suoi muscoli, tanto da avere anche un miglioramento dei parametri vitali, allo stesso modo sarà in grado di immaginarsi in quel luogo che a lei è tanto familiare, cioè il suo centro di bellezza e che addirittura adesso le avremmo posizionato un casco così come era abituata a fare dalla sua parrucchiera. Maria, sempre ad occhi chiusi, si lascia posizionare il casco senza problemi e io le dico che da quel momento in poi avrebbe iniziato a percepire una piacevole aria tiepida che, come dal parrucchiere aveva il compito di curare i suoi capelli, qui quest'aria benefica avrebbe raggiunto i suoi polmoni per curarli al meglio e renderli praticamente nuovi. A quel punto chiedo a Maria di farmi un cenno con la mano quando si sarebbe sentita

comodamente seduta sotto il suo “casco” da parrucchiere, pronta a godersi il suo trattamento; dopo pochi secondi lei solleva un dito della mano. Aggiungo anche che lei poteva godersi a pieno la sua permanenza al nostro “centro benessere” e che ci avremmo pensato noi a rimuovere il casco una volta terminata la seduta di “bellezza”.

A quel punto i parametri vitali di Maria, segnalati dal monitor, sono perfettamente nella norma e si mantengono tali per tutta la durata del ciclo di NIV.

Passate le due ore, insieme alla mia collega, incredula per come Maria avesse tollerato perfettamente tutto il ciclo senza problemi, torniamo da Maria per rimuoverle il casco. Prima di farlo però dico a Maria che se era stata piacevole questa “seduta di bellezza” poteva rivivere questa sensazione di benessere, unendo pollice ed indice della mano destra (unisco io stesa le sue dita), ogni qual volta durante il giorno era necessario eseguire il ciclo di cura per i suoi polmoni.

Rimuoviamo il casco e poi chiedo a Maria di fare un bel respiro prima di riaprire gli occhi; aperti gli occhi le chiedo come si sente e lei mi risponde che aveva solo una gran sete ma che era stato proprio piacevole tornare dalla sua parrucchiera!

Caso 2

Luca, 18 aa, entra nel reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione con diagnosi di cheto acidosi metabolica da Diabete I appena diagnosticato, per breve monitoraggio idroelettrolitico.

Accolgo il ragazzo al momento dell’ingresso in reparto, mi presento e, mentre insieme alla mia collega iniziamo a posizionare gli elettrodi per il monitoraggio, chiacchiero un po’ con lui. Mi racconta che è all’ultimo anno di liceo e che sta studiando per prepararsi ai test d’ingresso in Medicina. Nonostante sia in quel momento non accompagnato da nessuno dei familiari e in un luogo nuovo, Luca si mostra abbastanza tranquillo e collaborante.

A quel punto arriva il medico che mi informa della necessità di posizionare un catetere arterioso per il monitoraggio della pressione arteriosa cruenta. Luca, sentendo quelle parole probabilmente non capisce esattamente quello a cui verrà sottoposto ma continua comunque a mostrarsi sicuro di se. Io gli chiedo se ha compreso quello che il medico ha riferito e lui a quel punto mi confessa effettivamente di no. Così gli spiego che il catetere arterioso non è altro che una cannulina in plastica che verrà posizionata sul suo polso in modo da poter monitorare la sua pressione arteriosa in continuo e poter eseguire tutti i prelievi del sangue necessari senza doverlo pungere ogni volta. Lui più rassicurato mi

dice che va bene e che spera solo di non dover sentire troppo male; io gli rispondo che se collaborerà seguendo le mie indicazioni il tutto avverrà nel migliore dei modi.

Mentre il mio collega si adopera a preparare il materiale necessario io chiedo a Luca di fissare un punto preciso sul soffitto e di concentrarsi solo ed esclusivamente su questo, osservandolo descrivo e ricalco i segni che rilevo dal suo corpo: le palpebre che dopo un po' iniziano a vibrare, gli occhi che si fanno sempre più lucidi e tendono un po' a chiudersi; aggiungo anche che quando vorrà potrà lasciarli andare scoprendo quanto più piacevole sarà tenerli chiusi. Poco dopo Luca chiude gli occhi così, rimarcando il benessere provocato dalla chiusura degli occhi, gli chiedo di provare ad aprirli per scoprire quanto sia difficile e più piacevole tenerli chiusi. Luca esegue il tentativo ma effettivamente li lascia chiusi.

Continuo dicendo che è stato molto bravo e che così come è riuscito ad avere il controllo dei suoi occhi adesso sarà altrettanto bravo ad immagina con gli "occhi della mente" un paesaggio di montagna, dove tutto intorno è pieno di neve e lui, come gli sarà di certo capitato da bambino, potrà mettersi a giocare con quella fresca e soffice neve. Potrà toccarla senza utilizzare i guanti, in modo da percepire a pieno la sensazione di quella neve tra le mani che potranno essere affondate in essa fino alla metà del braccio. Nel frattempo che continuo a descrivere le piacevoli sensazioni che la neve può favorire gli tocco entrambe le braccia (io non so quale delle due arterie radiali il medico preferirà incanalare). Toccando le braccia inizio a rilevare un effettivo cambio di temperatura che sottolineo anche a Luca e a quel punto gli chiedo di farmi un cenno col dito della mano quando effettivamente percepirà lui stesso questa piacevole frescura e conseguente diminuzione di sensibilità. Poco dopo Luca mi da conferma di ciò sollevando un dito della mano dx.

Chiedendogli di continuare a giocare con la neve inizio ad assistere il medico nella procedura; il medico procede facendo prima qualche cc di anestetico locale con Lidocaina, poi con la puntura radiale attraverso apposito ago e infine con l'incanalamento dell'arteria radiale dx.

Per tutta la procedura Luca resta perfettamente fermo, con gli occhi chiusi e con i parametri vitali perfettamente stabili e nella norma.

Terminato, dico a Luca che è stato ancora una volta bravissimo e che adesso può nuovamente indossare i guanti per scaldare un po' le sue mani, fare un bel respiro, lasciare la sua montagna aprendo gli occhi e tornando qui tra noi.

Luca apre gli occhi e mi domanda se è già finito, io gli rispondo di sì e gli chiedo come è andata; lui mi dice bene ma, con la sicurezza e fierezza tipica dei giovani, aggiunge che sarebbe stato lo stesso anche se non avesse fatto quell' "esercizio". Io sorridendo gli rispondo che sicuramente sarebbe stato così ma che senz'altro ci potevamo ritenere soddisfatti per l'obiettivo raggiunto in quel momento.

Caso 3

Paolo, 68 aa, ricoverato nel Reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione per monitoraggio post operatorio dopo intervento urologico con conseguente posizionamento di catetere vescicale di grosso calibro. Paolo è all'ultimo giorno di degenza nel mio reparto, è ormai sveglio, in respiro spontaneo e il giorno seguente sarebbe stato trasferito nel reparto di Urologia per il completamento della sua degenza.

Monto a fare il turno di notte e Paolo non è il paziente che ho in carico per quella notte perché io seguo i pazienti del box accanto.

Nel corso della serata avevo, però, più volte sentito dei lamenti provenire dalla postazione di Paolo, lamenti che si facevano via via sempre più frequenti e importanti.

Appena trovo un attimo di tempo decido di entrare nel box di Paolo e di chiedere cosa succedesse. La mia collega, colei che aveva in gestione Paolo per quella sera, mi riferisce che per via di quel catetere vescicale Paolo presentava forti spasmi dolorosi che gli impedivano di riposare, aggiunge anche che il beneficio dato dall'anestetico locale posizionato più volte sembra ormai essere nullo.

Mi avvicino a Paolo che si mostra stanco e demoralizzato per questi spasmi ; mi presento e gli chiedo di raccontarmi cosa succede. Lui mi riferisce che ogni qual volta cerca di assopirsi arriva un dolore e un bruciore improvviso che lo fa sobbalzare tanto da non riuscire a trovare una posizione benefica. In concomitanza dei picchi di dolore mi accorgo anche che Paolo presenta dei picchi ipertensivi che vengono segnalati dall'allarme del monitor. Dico a Paolo che capisco che non deve essere facile essere costretto restare a letto per giorni e in più con un fastidio del genere, lui asserisce alle mie parole. Mentre chiacchieriamo mi chiede se è possibile avere un po' di acqua fresca da bere, così provvedo subito a fornirgliela.

A quel punto propongo a Paolo una tecnica che può aiutarlo a migliorare questa sua condizione e lui senza indugio si mostra da subito favorevole a seguire le mie indicazioni. Gli chiedo di chiudere gli occhi e di concentrare tutta la sua attenzione sul respiro, sull'aria che entra ed esce dal suo corpo e dai movimenti del torace che lo

accompagnano. Il suo respiro si fa via via più lento e profondo e io provvedo a descrivere e ricalcare quello che osservo. Gli dico allora che insieme all'aria che esce può di volta in volta lasciare andare anche le sue tensioni muscolari e piacevolmente abbandonare tutto il suo corpo sul letto. Continuo affermando che suoi muscoli ad un certo punto saranno così rilassati che anche provando a sollevare io un suo braccio, per poi lasciarlo, esso cadrebbe di peso sul letto (metto in atto il gesto che si verifica).

Complimentandomi con lui per la sua bravura gli dico che così come è stato in grado di gestire perfettamente il suo respiro e i suoi muscoli, tanto da avere anche un miglioramento dei parametri vitali che mostrano una diminuzione della pressione arteriosa, allo stesso modo sarà in grado di immaginare di bere ancora dell'acqua fresca come quella che mi aveva richiesto in precedenza. Quest'acqua piacevolmente fresca, oltre a dissetarlo, raggiungerà e rigenererà tutto il suo corpo, soprattutto la zona in cui è posizionato il catetere vescicale, tanto da poter rendere la parte stessa fresca e insensibile. Paolo a quel punto si mostra con gli occhi chiusi, completamente rilassato, con gli arti superiori e inferiori abbandonati sul letto e con una pressione arteriosa scesa da 190/90 a 155/80.

A quel punto chiedo a Paolo di sollevare il dito della mano sx quando avrà raggiunto questo stato di benessere; subito Paolo solleva il dito.

Continuo affermando che è bravissimo e che può continuare a mantenere questo stato di benessere per tutta la notte in modo da riuscire a riposare; aggiungo che, se anche dovesse ricapitare che il suo corpo mandi dei segnali di disturbo, gli basterà unire pollice ed indice della mano sx per ritrovare questo stato di benessere. Paolo esegue il gesto in autonomia e quindi decido di lasciarlo tranquillo e tornare al mio lavoro.

Nel corso della notte più volte mi è capitato di passare davanti la postazione di Paolo e di vederlo qualche volta eseguire il suo gesto di ancoraggio. Paolo è riuscito a riposare tutta la notte fino al risveglio avvenuto la mattina da parte della mia collega per l'esecuzione dei prelievi ematici di routin.

Torno da lui per salutarlo, prima di smontare dal turno, e chiedergli come era andata; lui afferma di essere felice e si complimenta con me per la mia bravura e per aver risolto il suo problema, io a quel punto rispondo che bravissimo in realtà era stato proprio lui.

Conclusione

Oggi sempre di più la scienza ci dimostra che le parole sono delle “potenti frecce” che colpiscono precisi bersagli nel cervello, e questi bersagli sono gli stessi dei farmaci che la medicina usa nella routine clinica. Le parole innescano gli stessi meccanismi dei farmaci, e in questo modo si trasformano da suoni e simboli astratti in vere e proprie armi che modificano il cervello e il corpo di chi soffre.

Per riprendere il pensiero che Fabrizio Benedetti, professore ordinario di neurofisiologia e fisiologia umana all'Università di Torino, nel suo libro esplicita, “le parole attivano le stesse vie biochimiche di farmaci come la morfina e l'aspirina.”¹⁰

Per questo ritengo che tutti, soprattutto i professionisti che fanno del loro operato uno strumento di “cura”, debbano usare le parole con la consapevolezza dell'effetto che esse stesse possono produrre nell'assistito.

La comunicazione ipnotica, applicata nella pratica assistenziale propria degli infermieri, crea una relazione di fiducia che permette al paziente di sperimentare un particolare stato di coscienza grazie al quale è possibile sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione del soggetto.

La differenza con altre modalità comunicative, è nella capacità del professionista di sfruttare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente umana.

Per questa ragione è indispensabile un'adeguata formazione degli operatori sanitari relativamente alle modalità di comunicazione che comprendano l'utilizzo di tecniche adatte ad aumentare la compliance nelle situazioni di disagio acuto del paziente. Si è osservato infatti che saper gestire la relazione con tecniche di comunicazione ipnotica, conoscerne le potenzialità per migliorare l'adesione alla procedura e alla terapia, è un modo per intervenire su quella quota di dolore procurata dagli stessi interventi sanitari e che non può essere sottovalutata.

L'Infermiere con competenza certificata specifica realizza un'assistenza mirata alla soluzione dei problemi di salute e alla necessità di aiuto alla persona assistita. È proprio in questa ottica di acquisizione di competenza specifiche e certificate che è indispensabile delineare e sviluppare il percorso formativo necessario all'esercizio autonomo della competenza di comunicazione ipnotica.¹¹

Giunta al termine del mio percorso formativo in merito, che in realtà si è rivelato un po' differente rispetto a quello che era previsto, per via dell'emergenza Covid, posso

comunque ritenermi soddisfatta e ancora più curiosa di approfondirlo con la rifrequentazione del prossimo anno di corso.

Anche se non è stato possibile mettere in atto il progetto iniziale all'interno della mia Azienda in modo organizzato e strutturato, cosa che spero sia solo rimandata, sono comunque soddisfatta di essere riuscita a mettere in atto tecniche di comunicazione ipnotica anche nel mio piccolo.

Mi rendo conto di aver completamente rivoluzionato la mia *forma mentis* riguardo l'accoglienza e la gestione del paziente che, seppur pensavo di avere già incentrata a favorire il suo benessere, adesso è fondata su conoscenze e strumenti più specifici. Tanto da notare, oggi, i molteplici piccoli atteggiamenti o le frasi "errate" che, innocentemente e inconsapevolmente, i miei colleghi non formati a tal fine, o io stessa in precedenza, mettono in atto pregiudicando il risultato.

Personalmente le sensazioni che l'ipnosi mi regala ogni giorno da quando ho cominciato ad apprenderla, mi lasciano stupita ed emozionata ogni volta come se fosse la prima.

Imparare a comunicare in maniera ipnotica, dire esattamente quello che si vuole far percepire con le parole più adatte, in modo profondamente consapevole e toccando con mano importanti cambiamenti nell'altro ed in se stessi, mi entusiasma molto.

Negli ultimi tempi mi rendo conto con quanta cura scelgo i termini da utilizzare e quelli da lasciare da parte in ogni contesto.

Ritengo che apprendere ogni giorno un po' di più i meccanismi dell'ipnosi con curiosità crescente, sia assolutamente importante, per la vita professionale quanto per quella personale.

Per questo, sempre nel mio piccolo, quando possibile, cerco di trasmettere con entusiasmo piccoli aspetti di ciò che ho imparato, affinché si possa davvero raggiungere il risultato di mettere il benessere globale del paziente al centro del nostro modello di cura.

Bibliografia e sitografia

1. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/gestione-infermieristica-niv.html#:~:text=Rianimazione&text=La%20NIV%20%20C3%A8%20un%20sistema,delle%20esigenze%20e%20della%20tollerabilit%C3%A0>
2. <https://www.area-c54.it/public/ventilazione%20non%20invasiva.pdf>
3. Nardi G, De Blasio E., Ciruolo R. Linee guida per un Centro di Rianimazione...vent'anni dopo. 3°ed . Antonio Delfino Editore; 2019
4. Università degli studi si Padova – Dipartimento di Medicina e Chirurgia - Tesi di Laurea in Infermieristica- INFERMIERI E NIV: INTERVENTI PER MIGLIORARE LA COMPLIANCE DEL PAZIENTE- S. Gallina, 2015
5. https://www.researchgate.net/publication/318091063_Non-Invasive_Ventilation_and_sedation_Evidence_to_support_and_practical_advice
6. Casiglia E. et al. TRATTATO D'IPNOSI e altre modificazioni di coscienza. Cleup. 2015
7. Albrecht H. K. Wobst, MD. Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future. Anesthesia & Analgesia. 2007 May; Vol. 104, No. 5: 1199 – 1208
8. Granone, F. (1989).Trattato di ipnosi. Totrino: UTET
9. Slide Prof.ssa M. Muro- Corso CIICS 2020
10. <https://saluteuropa.org/fuori-dal-web/la-speranza-e-un-farmaco-di-fabrizio-benedetti/>
11. <https://asieci.it/cms/>



Anestesia e Rianimazione – Rimini
AUSL Romagna
Direttore Dott. Giuseppe Nardi

**PROGETTO DI APPLICAZIONE DELLA TECNICA DI COMUNICAZIONE
IPNOTICA PRESSO L' U.O ANESTESIA E RIANIMAZIONE RIMINI**

Presentato da :

Guerra Daniela (Medico Anestesista-Rianimatore), Nocilli Ludovica (Medico Anestesista-Rianimatore), Facondini Francesca (Medico Anestesista-Rianimatore), Di Giandomenico Simona (infermiera), Gurgone Stefania (infermiera), Pezzulla Andrea (infermiere)

RAZIONALE

Il ricovero in Terapia Intensiva puo' rappresentare un'esperienza traumatica per il paziente, fonte di stress, ansia e di stimoli dolorosi.

Il concetto di Umanizzazione delle cure ha posto al centro dell'attenzione il malato e l'ottimizzazione della qualita' dell'assistenza e dell'outcome.

Per migliorare il comfort del paziente durante il ricovero va applicato un piano di sedazione leggera, ottimizzata la comunicazione, garantita la qualita' del sonno e evitata la "post intensive care syndrome".

Numerose comuni procedure diagnostico/terapeutiche necessarie in Terapia intensiva richiedono l'utilizzo di farmaci analgesici e sedativi.

L'analgo-sedazione comporta effetti collaterali come depressione respiratoria, riduzione dello stato di coscienza con maggiore incidenza di complicanze in termini di delirio e ritardato svezzamento dalla ventilazione meccanica.

OBIETTIVO

La finalità del progetto è valutare l'efficacia della tecnica di Comunicazione Ipnotica relativamente a:

- ridurre l'uso di farmaci sedativi e/o analgesici;

- controllo dell'ansia e del dolore in corso di procedure quali: posizionamento di accessi vascolari e devices, medicazioni chirurgiche avanzate, procedure endoscopiche;
- favorire il fisiologico ritmo sonno-veglia notturno;
- favorire la compliance alla NIV.

SCOPO DELL'INTRODUZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN PROCEDURA

Utilizzare uno strumento di autocontrollo alternativo ai farmaci sedativi durante le procedure diagnostico/terapeutiche di Terapia intensiva.

Cercare di far sperimentare al paziente la capacita' di tollerare le procedure, migliorando l'autoefficacia e l'autocontrollo sulla gestione dell'ansia, del dolore e allo stesso tempo mantenendo inalterato lo stato di coscienza.

AMBITI DI APPLICAZIONE

Rivolto a tutti i pazienti in respiro spontaneo da sottoporre a procedure che più frequentemente generano dolore ed ansia e che normalmente richiedono l'uso di farmaci sedativi.

Pazienti in fase di svezzamento avanzato dalla ventilazione meccanica che necessitano delle medesime procedure.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La Comunicazione Ipnotica è da interdersi come complementare alle altre tecniche normalmente in uso quindi il progetto seguirà un Protocollo Analgesico come da indicazioni Ospedale senza Dolore.

Saranno coinvolti nel Progetto:

- Medico Anestesista-Rianimatore;
- Infermieri.

L'utilizzo della comunicazione ipnotica sarà rivolta a tutti I paziente che presentano I requisiti di applicazione e si effettuerà direttamente al letto del paziente.

Durante le procedure verrà mantenuto il monitoraggio dei parametri vitali, come previsto in Terapia Intensiva.

MONITORAGGIO

I dati relativi ai risultati dell'implementazione della comunicazione ipnotica saranno raccolti e presentati all'Azienda oltre che riportati nella tesi di fine corso.

Ringraziamenti

Il primo doveroso ringraziamento va a tutti i docenti e il personale dell'Istituto CIICS Franco Granone per la disponibilità e la dedizione con cui hanno condotto, portando al termine, questo anno di corso, nonostante le difficoltà dettate dal momento.

In particolare mi preme ringraziare la Dott.ssa Milena Muro, mia relatrice, che mi ha seguita pazientemente e con preziosi consigli nella stesura della tesi, offrendomi sempre il massimo della sua disponibilità.

Un grazie alla mia "compagna di avventura", la Dott.ssa Ludovica Nocilli, con la quale spero di realizzare presto un progetto presso la nostra realtà lavorativa.

In fine non posso che dire grazie alla mia famiglia per l'amore e il sostegno che sempre e comunque riesce a donarmi.