



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

**Anno 2025**

**L'UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA  
PER LA GESTIONE DEL DOLORE POST-OPERATORIO**

CANDIDATA

Valeria Leccese

RELATRICE

Milena Muro

# INDICE

## 1. INTRODUZIONE

- 1.1 Il dolore post operatorio.....pag. 3
- 1.2 L'ipnosi nel controllo del dolore.....pag. 3

## 2. CASI CLINICI

- 2.1 Caso 1: Claudia, operata di appendicectomia laparoscopica.....pag. 5
- 2.2 Caso 2: Walter, operato di colecistectomia laparoscopica.....pag. 7

## 3. CONCLUSIONI.....pag.8

# INTRODUZIONE

## IL DOLORE POST OPERATORIO

Il dolore è stato definito come un'esperienza sensoriale ed emotiva sgradevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale. E' considerato il quinto parametro vitale, importante quanto gli altri nell'assistenza alla persona; e come tutti i parametri va accertato, valutato e misurato. Può essere classificato in base alla durata (acuto o cronico), alla localizzazione, all'eziologia e può essere misurato tramite scale di valutazione (NRS, VAS, scala grafica ecc...)

Tra le tipologie di dolore acuto rientra il dolore post-operatorio, una risposta naturale del corpo al trauma chirurgico. Diversi fattori (motivazionali, affettivi, cognitivi ed emotivi) ne influenzano l'esperienza. Il livello e la gravità del sintomo dipendono dal sito di incisione, dalla natura della procedura chirurgica, dall'estensione del trauma, dal tipo e dalla modalità di somministrazione dell'anestesia e dal livello di tolleranza al dolore del singolo individuo.

Il ruolo dell'infermiere, con la collaborazione delle altre figure sanitarie, è quello di accertare e gestire il dolore (riducendolo) attraverso trattamenti farmacologici e non, di valutare l'efficacia delle terapie e di operare come difensore del paziente quando gli interventi sono inefficaci.

Una valutazione e gestione tempestiva del dolore acuto può influenzare positivamente la ripresa del paziente: un dolore controllato, infatti, permette alla persona di partecipare all'assistenza, di tollerare meglio le attività, di attuare la mobilitazione precoce ecc. Il dolore non adeguatamente controllato e trattato, invece, ha effetti dannosi che non comprendono solo la sofferenza causata. Uno stimolo doloroso intenso avvia la risposta allo stress che, a sua volta, influenza negativamente il sistema cardiaco e quello immunitario, aumenta la tensione muscolare e la vasocostrizione locale. Viene inoltre coinvolta l'attività simpatica che aumenta la richiesta e il consumo miocardico di ossigeno. Viene influenzato anche il sistema polmonare, gastrointestinale ed endocrino.

Nello specifico, quindi, un dolore post operatorio non controllato contribuisce a complicanze post operatorie e aumenta la durata della degenza.

### BIBLIOGRAFIA:

Saiani L & Brugnoli A. (2011) *Trattato di cure infermieristiche*, Milano, Sorbon  
Brunner – Suddarth (2010) *Infermieristica medico – chirurgica*, volume 1, Milano, Ambrosiana

## L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE

L'ipnosi e la comunicazione ipnotica possono essere utili nella gestione del dolore agendo sia sulla componente fisica (nei pazienti predisposti a realizzare il monoideismo plastico dell'analgesia) che, soprattutto e più in larga scala, sulla componente emotiva.

La percezione del dolore è di natura soggettiva (a parità di stimolo, l'esperienza può essere interpretata come più o meno dolorosa a seconda dell'individuo), ed è soprattutto la componente emotiva e psicologica a fare la differenza: essa consiste infatti nella somma delle aspettative, dei pregiudizi, delle esperienze passate, delle conoscenze dell'individuo sullo stimolo somministrato.

Anche lo stato emotivo del soggetto determina il livello di percezione del dolore: a parità di stimolo, una persona più ansiosa, tesa, stanca, impaurita o preoccupata avvertirà una sensazione molto più intensa e forte.

Quindi riducendo la componente emotiva si assiste automaticamente anche ad una riduzione della componente fisica dello stimolo doloroso.

Con l'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica possiamo agire su diversi livelli:

- Modulare lo stimolo doloroso alla sua origine dando una suggestione di freddo, insensibilità, intorpidimento, riduzione di sensibilità o far ricordare vere anestesie già sperimentate in precedenza;
- Modulare la trasmissione dello stimolo doloroso lungo le vie nervose facendo immaginare al soggetto che il fascio di neuroni che trasmette le sensazioni possa essere meno efficiente o proprio interrotto;
- Modulare la percezione del dolore agendo sulla tensione emotiva del soggetto, creando ad esempio una sensazione di rilassamento generale, di dissociazione psichica, facendo immaginare un allontanamento dalla parte del corpo dolente (la persona immagina di vederla da lontano o in un'altra stanza, per esempio, o che viene momentaneamente staccata dal proprio corpo).

Durante la frequentazione del corso al CIICS ho avuto occasione di sperimentare l'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel reparto di chirurgia generale, in cui lavoro come infermiera, con alcuni pazienti.

Riporto in seguito la descrizione dei due casi che ritengo più significativi.

## CASI CLINICI

### **Claudia L., 23 anni, operata di VLA (videolaparoappendicectomia). Anamnesi silente**

All'ingresso in reparto, arrivata dalla sala operatoria, la paziente appare visibilmente sofferente e in stato di forte agitazione: piange singhiozzando, è tachipnoica e dispnoica. I colleghi che hanno eseguito il trasporto le hanno già anticipato che in reparto sarebbe stata aiutata da una collega (io) che aveva imparato ad un corso una tecnica molto efficace per farla stare meglio (li avevo addestrati bene!). Appena la portano in stanza mi chiamano.

Mi presento alla paziente e le chiedo il suo nome e cosa si sente. Claudia mi riferisce ansimando di avere molto male e di non riuscire a respirare, né con il naso (lo sente tappato ma in sala risveglio ha avuto un modesto episodio di epistassi per cui le hanno raccomandato di non soffiarlo) né con la bocca: sente delle secrezioni in gola che non riesce ad espellere tossendo a causa del forte dolore alla ferita chirurgica.

Mentre la sistemiamo la rassicuro subito dicendole che ha già in corso la somministrazione di un antidolorifico (elastomero con morfina e zofran), che in sala operatoria sono stati somministrati altri farmaci che sicuramente stanno iniziando il loro effetto e che i colleghi avrebbero guardato in cartella se potevamo eventualmente somministrarle altro. Le propongo nel frattempo di fare insieme una tecnica molto efficace che ho appunto imparato ad un corso che le permetterà di stare meglio subito, di riprendere a respirare normalmente e che la aiuterà, insieme alla terapia farmacologica, a gestire meglio il dolore (*contratto*). Lei annuisce vigorosamente. Decido consapevolmente di non chiederle di descrivere il dolore (qualità, sede precisa ecc.), ritenendo che la gestione della componente ansiosa e della difficoltà respiratoria siano prioritarie e più urgenti (e che risolte quelle anche la percezione del dolore ne gioverà).

La invito pertanto a chiudere gli occhi (lo fa subito) in modo da portare con più efficacia l'attenzione sull'aria che entra e l'aria che esce (*ordine motivato*). Tenta di respirare dal naso che appare in effetti occluso, prova a respirare con la bocca ma riferisce di non riuscire a farlo per via delle secrezioni che sente in gola e per la sensazione che inspirando con la bocca si dilati troppo l'addome (avvertendo così più dolore).

Le dico che da qualche parte deve pur respirare, e che per fortuna madre natura ci ha permesso di farlo sia dal naso che dalla bocca. “Se adesso il naso è momentaneamente “fuori uso” puoi usare la bocca facendo entrare la giusta quantità d'aria senza avvertire tensione nell'addome”. La invito subito a sentire la temperatura dell'aria che entra, a concentrarsi sulla sensazione fresca dentro la bocca e poi giù per la gola. Lei inizia a farlo, la incoraggio con un “bravissima, vedo che lo stai facendo e che ti viene da deglutire” (*descrizione*) “e mentre lo fai ti puoi accorgere di come gradualmente il tuo respiro cambi” (*ricalco*).

Lei annuisce, l'espressione del suo viso inizia ad essere più distesa e ha smesso di piangere.

Continuo invitandola a sentire la diversa temperatura dell'aria che entra fresca e che esce più umida e riscaldata. Noto nel frattempo che fa dei tentativi di inspirare dal naso, lo descrivo e lo ricalco: “vedo che stai provando a respirare dal naso e puoi sentire anche tu che si sta liberando sempre di più, ad ogni respiro” (lei annuisce, l'espressione del viso adesso è distesa e serena).

Quando vedo in seguito che chiude la bocca inspirando ed espirando solo dalle narici glielo faccio notare (*ratifica*) e le do la suggestione delle vie respiratorie come dei canali finalmente puliti e sgombri in cui l'aria può passare agevolmente, libera e senza ostacoli.

Continuo poi occupandomi del dolore: “e mentre respiri dal naso in modo fluido e naturale, puoi accorgerti di come possa essere piacevole abbandonarsi ad ogni espiro, lasciando andare le tensioni di tutti i muscoli del tuo corpo ogni volta che l'aria esce dalle narici... Puoi rilassare i muscoli del collo, delle spalle, delle braccia...” e procedo verso il basso nominando tutto il corpo e soffermandomi infine sull'addome (dove avverte il dolore). Le do la suggestione di una temperatura per lei piacevole proprio nel punto in cui ha male. “Questa sensazione piacevole della temperatura giusta -calda, tiepida, fresca, chissà cosa è meglio per te adesso- è creata dal sangue che circola nelle tue vene e nelle arterie...e scorrendo in tutti i tessuti del tuo corpo può portare, soprattutto dove ce n'è più bisogno, ossigeno, nutrienti ed energia necessaria per guarire, per cicatrizzare, per riparare.”

Concludo portando la suggestione di autoguarigione: “il tuo corpo è forte, il tuo corpo è capace di rigenerarsi. Il tuo contributo, oltre alle nostre cure e alle terapie, è fondamentale per farti stare bene e per farti guarire più in fretta” (*rinforzo dell'io*).

Al termine della “seduta” ha un'espressione assolutamente serena e non sofferente, il respiro lento e regolare, e anche se smetto di parlare rimane immobile con gli occhi chiusi. La invito quindi a rimanere in questo stato di piacevole rilassamento per tutto il tempo che vuole e che quando lo riterrà necessario potrà aprire gli occhi e troverà sua madre (che è entrata in stanza nel frattempo) accanto a lei. Lei annuisce lentamente senza aprire gli occhi.

Rimane in questo stato di trance per un paio d'ore (facendo preoccupare la madre che la immagina in un sonno-coma irreversibile), una collega dopo un'ora si avvicina per chiederle se sta bene: lei annuisce (dimostrando che non sta dormendo) tenendo gli occhi chiusi e l'espressione serena.

Più tardi, in condizioni di veglia normale, quando le chiedo come sta mi dice “sei tu che mi hai fatto rilassare prima?” e al mio sì aggiunge “è stato meraviglioso, non ho più avuto male”.

**Walter R., 72 anni, operato di VLC (videolaparocolecistectomia). Obeso grave, diabetico e amputato da due anni all'arto inferiore sinistro**

Vado a prendere in sala operatoria il paziente con un collega e già percorrendo il corridoio in direzione del nostro reparto ho modo di constatare il suo disagio: appare molto sofferente e agitato, preme con entrambe le mani un punto preciso dell'addome e ha un'espressione contratta e provata. Inoltre è dispnoico e continua a sollevare la maschera dell'ossigeno allontanandola dal suo viso. Gli chiedo (chiamandolo per nome e chiedendogli conferma) di dirmi come si sente: mi risponde che ha tanto male e che non sopporta la maschera perché gli dà una sensazione di soffocamento. Alla domanda "quanto hai male da 1 a 10?" risponde 9 e mezzo. Lo rassicuro dicendogli che avremmo fatto subito qualcosa per farlo stare meglio. In reparto consulto velocemente la cartella anestesologica dove risulta che sono già stati somministrati tanti antidolorifici (oppioidi e non) in sala operatoria e che al momento non è prescritto niente da poter somministrare subito. L'alternativa sarebbe chiamare l'anestesista e fargli prescrivere altro, ma decido prima di proporgli "una tecnica molto efficace per gestire il dolore e per riprendere a respirare in modo fluido e senza fastidi" (ho misurato intanto i parametri vitali e valutato l'assoluta necessità di mantenere la maschera venturi...). Lui annuisce, mi chiede di fare qualsiasi cosa. (*contratto*)

Non faccio in tempo a chiedergli di descrivere il dolore perché mi anticipa: "mi brucia tutto qui, è come un fuoco". Gli chiedo di indicarmi con la sua mano il punto esatto in cui avverte il senso di bruciore (lo fa e nel frattempo con l'altra mano continua a togliersi la maschera dell'ossigeno boccheggiando e ansimando). Lo invito a chiudere gli occhi, se la cosa lo fa sentire a suo agio, per sentire meglio il contatto della sua mano con il punto dolente (*ordine motivato*). Lo fa subito, tiene gli occhi chiusi, una mano sull'addome e l'altra sulla maschera dell'ossigeno pronto ad allontanarla dal viso. Gli chiedo di focalizzare l'attenzione sul suo palmo appoggiato sull'addome, di sentire bene la temperatura di questo contatto sulla pelle e il peso della mano. Inizialmente gli do la suggestione della mano come una spugna capace di assorbire tutte le sensazioni provenienti dall'interno della zona dell'addome sotto il palmo.

A questo punto ha già un'espressione più serena, il viso più disteso e rilassato, ma continua ad allontanare la maschera cercando aria. Descrivo quello che vedo per "lavorare" anche sul respiro: "e mentre la mano appoggiata sull'addome continua ad assorbire come una spugna ogni sensazione sgradevole, puoi sentire l'ossigeno fresco che arriva dalla maschera... che entra dal tuo naso e dalla tua bocca e va nelle vie respiratorie... e dai polmoni va nel sangue...e il sangue che scorre porta proprio in quel punto sotto il tuo palmo dove sentivi bruciare una piacevole sensazione di fresco o di freddo, decidi tu l'intensità della sensazione... come se avessimo chiamato i pompieri a spegnere un incendio". Insisto un po' su questa immagine collegando la temperatura dell'ossigeno che entra dalla maschera alla sensazione di fresco all'interno dell'addome là dove ha male. Tiene la mano sulla maschera ma non la allontana più. Ha un'espressione ancora più rilassata e distesa, ora è assolutamente immobile. Gli faccio notare (*ratifica*) che grazie alle sue capacità il suo respiro è cambiato diventando più regolare, e che la maschera non è più un problema ma anzi, in qualche modo è una fonte di benessere.

Dopo qualche minuto gli chiedo come sta e come va il dolore. Senza aprire gli occhi e senza togliere la mano dall'addome mi dice che non sente più niente, solo un lieve fastidio ma quasi impercettibile. Gli chiedo di quantificarlo da 1 a 10, mi risponde 2.

Mi complimento con lui e delle sue capacità (*rinforzo dell'io*), gli dico che devo allontanarmi per fare terapia ma che se avesse bisogno può suonare il campanello. A quel punto con fatica apre gli occhi, mi chiede di andare a vedere se in sala d'attesa c'è sua figlia. Lo faccio subito, ma quando torno da lui dopo pochi minuti per dirgli che la figlia non c'è ma che ha telefonato in reparto, lui sta dormendo.

## CONCLUSIONI

Nel reparto di chirurgia dove lavoro, io e una mia collega (anche lei frequentante il CIICS) siamo le prime ad aver introdotto tecniche di comunicazione ipnotica. Le occasioni in cui utilizzandola abbiamo ottenuto risultati soddisfacenti sono stati nella gestione dell'ansia, del dolore post operatorio e durante procedure invasive (come il posizionamento di CV, SNG o drenaggi) o medicazioni complicate (VAC therapy). Potremmo sicuramente applicarla in più occasioni e più spesso, ma dei risultati li abbiamo ottenuti e sono incoraggianti.

Sono bastati questi mesi per farci rendere conto di quanto la collaborazione dei colleghi sia fondamentale: tutti sono stati istruiti sul presentare le nostre competenze come “una tecnica nuova e molto efficace”, evitando così di parlare di “ipnosi” che ai non addetti ai lavori potrebbe spaventare o far insorgere diffidenza. Sono inoltre una risorsa preziosa nel segnalarci pazienti bisognosi o situazioni in cui poter applicare le tecniche imparate.

Anche l'equipe medica è stata edotta delle nostre nuove competenze e il nostro progetto è stato ben accolto da tutti. Tuttavia abbiamo riscontrato una loro difficoltà nel coinvolgerci durante procedure in cui l'ipnosi tornerebbe utile per la gestione dell'ansia o del dolore. Per esempio siamo più volte intervenute applicando tecniche di comunicazione ipnotica a procedura già iniziata o inoltrata, trovandoci davanti a pazienti già impauriti, tesi e sofferenti e spesso poco predisposti all'ascolto. Siamo fiduciose che con il passare del tempo anche questo aspetto cambierà.

Per quanto riguarda nello specifico la gestione del dolore post operatorio, secondo la mia esperienza è indubbia l'efficacia e l'utilità dell'ipnosi, e penso andrebbe tenuta fortemente in considerazione soprattutto nei primi momenti al rientro in reparto. Succede spesso, infatti, che il paziente appena uscito dalla sala operatoria lamenti dolore ma che gli siano già stati somministrati vari farmaci (vari come categorie -fans e oppioidi – e vari come quantità) e che non risultino in cartella clinica altre terapie prescritte somministrabili nell'immediato. Per noi infermieri di reparto in questi casi si rende necessario ricontattare l'anestesista di sala per un'ulteriore prescrizione di analgesico (spesso la morfina). Di conseguenza, oltre a sottoporre il paziente a una terapia farmacologica sostanziosa, l'attesa della chiamata al medico e la preparazione della nuova prescrizione fanno aumentare nella persona la tensione, l'ansia e di conseguenza la percezione del dolore.

Ecco invece che l'ipnosi e la comunicazione ipnotica, se usate in modo tempestivo e nel modo corretto, risultano essere una risposta immediata ed efficace (e senza effetti collaterali) alla richiesta del paziente: di stare bene subito. L'ipnosi agisce nell'immediato sulla componente emotiva e sullo stato ansioso del paziente, riducendo (o annullando del tutto) la sensazione dolorosa.