

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2020/2021

TITOLO

**L'IPNOSI COME STRUMENTO PER L' ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALA DI
ELETTROFISIOLOGIA:**

COMUNICAZIONE IPNOTICA E ANALGESIA IPNOTICA

Candidato

LO RISO MICHELE MARCO

Relatore

MURO MILENA

| | |
|---|----------------|
| INDICE..... | pag.1 |
| INTRODUZIONE..... | pag. 2 |
| 1.0 FASI DELL IPNOSI (IPNO-TRAIN)..... | pag. 3 |
| 1.1 ACCOGLIENZA..... | pag. 3 |
| 1.2 INDICAZIONI..... | pag. 4 |
| 1.3 DESCRIZIONE..... | pag. 4 |
| 1.4 RICALCO..... | pag. 5 |
| 1.5 SUGGERIZIONE..... | pag. 5 |
| 1.6 RATIFICA..... | pag. 5 |
| 1.7 ANCORAGGIO..... | pag. 6 |
| 1.8 RIORIENTAMENTO- VERIFICA..... | pag. 6 |
| | |
| 2.0 ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELL'IMPIANTO DI PMD..... | pag. 7 |
| 2.1 PRE PROCEDURA..... | pag. 7 |
| 2.2 INTRA PROCEDURA..... | pag. 8 |
| 2.3 POST PROCEDURA..... | pag. 9 |
| | |
| 3.0 COMUNICAZIONE IPNOTICA..... | pag. 11 |
| | |
| 4.0 ANALGESIA IPNOTICA..... | pag. 14 |
| | |
| CONCLUSIONI..... | pag. 16 |

INTRODUZIONE

Questa tesi tratterà dell'unione di due mondi apparentemente molto lontani tra loro ma, come vedremo, molto vicini: l'ipnosi e l'elettrofisiologia. Sarà un viaggio che ci porterà dal mondo dell'ipnosi (MENTE) al mondo dell'assistenza infermieristica in sala di elettrofisiologia (CUORE). Erroneamente, come luogo comune, si è abituati a collegare l'ipnosi alla magia motivo per cui, ho deciso di intraprendere uno studio più approfondito tenutosi dal C.I.I.C.S con il corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica . L'ipnotismo ha una storia di migliaia di anni: veniva usato in diversi campi dagli antichi popoli di tutto il mondo (Romani, greci, egizi ecc). L'ipnosi è stata reinterpretata nei diversi periodi storici in modo mistico, come per esempio le trance degli antichi sacerdoti o, i maghi che la usavano per avvicinarsi alla divinità o ancora, le religioni che se ne avvalevano come aiuto spirituale e per la meditazione. Una nuova accezione all'ipnosi più innovativa e veritiera fu data dal medico viennese Mesmer nel 1700 che iniziò ad attribuirle un'interpretazione scientifica. Intorno alla metà del 1900 M.H. Erickson, fu interprete dell'ipnosi moderna; le sue teorie e i suoi metodi infatti sono oggi studiati ed apprezzati in tutto il mondo. "L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi" fu l'argomento di confronto tra il prof. Granone ed Erickson, che concordarono unanimemente, che l'induzione ipnotica e l'impostazione terapeutica non potevano seguire rigidi schemi dottrinali e che la tecnica doveva adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente. In seguito sono stati in tanti ad approfondire l'argomento creando varie teorie in ambito medico-neurofisiologico e psicologico.

L'elettrofisiologia cardiaca è una branca innovativa della medicina che si occupa dell'interazione tra l'elettrofisiologia e la cardiologia. La figura del tecnico di cardiologia, nata intorno agli anni '60 negli istituti universitari e quindi in un numero limitato, trova ora larga diffusione per la continua richiesta di personale altamente qualificato per l'attività diagnostiche e terapeutiche. In questi ultimi anni, si sono andati moltiplicando i laboratori di cardiologia in cui vengono espletate attività diagnostico-terapeutiche invasive e non, con l'aiuto di strumenti ad alta tecnologia sempre più precisi. L'assistenza infermieristica legata alle procedure di elettrofisiologia (ed emodinamica) è ovviamente specialistica, individualizzata e spesso molto psicologica.

1.0 FASI DELL'IPNOSI (L' IPNO-TRAIN)

L'ipnosi è un particolare stato di coscienza fisiologico che utilizza consapevolmente delle potenzialità dell'individuo, si attua attraverso la realizzazione del monoideismo plastico e ha come punto chiave il rapporto operatore/soggetto. Le fasi dell'ipnosi possono essere idealizzate da un treno composto da una locomotiva e tante carrozze: tutte le parti di questo treno sono ben distinte ma, comunque tutte collegate grazie a delle parole chiave che introducono una nuova fase e la collegano con la successiva.

Ad esempio: espressioni positive: certamente, opportunità, sempre, nuovo.

Congiunzioni : e ,mentre, affinché, come, che, perché ecc..

Evitare espressioni negative come : cerca, spera, però, forse.

Le fasi si articolano così:

1.1 ACCOGLIENZA

In principio, l'ipnosi è un rapporto bidirezionale tra soggetto e operatore, questo vuol dire che l'operatore deve essere bravo ad usare le proprie tecniche induttive ma soprattutto deve captare ogni segnale che il soggetto ci dà, in modo tale da mettere le basi per un rapporto di fiducia capace di portare ad un obiettivo finale. È vero anche che ogni paziente può avere una diversa ipnotizzabilità: le varianti possono essere i pregiudizi, le aspettative, la paura, l'intelligenza, l'età.

Tutto parte dalla creazione di un ambiente che deve favorire il processo ipnotico, sviluppando una relazione cordiale e aperta, facendo capire al soggetto che quello che fa l'operatore è prendersi cura dei suoi bisogni e aiutarlo nel raggiungimento di uno stato di benessere. L'operatore deve sempre ascoltare con tutti i sensi quello che il soggetto ci vuole comunicare in modo diretto (la comunicazione verbale) e indiretto (tono della voce, espressioni facciali), senza giudizio e cercando di abbattere le prime barriere che il soggetto porta con sé. In questa fase è possibile usare già diverse tecniche (ad es. YES SET).

Quando l'accoglienza è fatta in modo corretto, e solo quando abbiamo raccolto tutti i dati necessari, possiamo passare alle fasi successive. È da tener presente che già dall'accoglienza inizia l'induzione e che quest'ultima avviene solo grazie al soggetto; il compito dell'operatore è capire solo come portarlo in questa "dimensione".

1.2 INDICAZIONI

Dopo aver creato questo rapporto di fiducia e quindi avere messo le basi, l'operatore prende la situazione in mano dando dell'indicazioni semplici e precise in base alla tecnica che si vuole utilizzare. Bisogna essere provvisti di flessibilità strategica e usare la capacità di ascolto, la cortesia, il rispetto, e l'empatia per essere in grado di dare dei comandi: "si metta comodo", "chiuda gli occhi", "respiri profondamente", "guardi in alto" ecc..." Bisogna che il soggetto focalizzi la sua attenzione su un oggetto esterno o interno, o su una sensazione corporea. Per oggetto esterno si intende per esempio fissare un punto del soffitto, o concentrarsi su una melodia o un rumore di sottofondo. Per oggetto interno invece, si intende ad esempio il respiro diviso nelle sue due fasi inspirazione ed espirazione. Per sensazione corporea un esempio può essere il contatto della mano sulla poltrona o una sensazione di caldo o freddo.

1.3 DESCRIZIONE

Per portare il soggetto in questa dimensione ipnotica ci si avvale dell'utilizzo dei canali comunicativi preferenziali:

-canale visivo: riesci a VEDERE...; IMMAGINA quel...

-canale uditivo: mi SUONA bene; non hai risposto a TONO...

-canale cinestesico: voglio toccare con mano; giudizio pesante...

In questa fase l'operatore deve descrivere tutti i cambiamenti che percepisce dal soggetto, descrivendoli così come si presentano: "sento il peso della tua mano", "vedo che i tuoi occhi si stanno chiudendo", "sento che il tuo respiro diventa sempre più profondo"... L'operatore In questo modo, fa sì che il soggetto abbia la percezione che lui sia attento ad ogni cambiamento e quindi questa fase, fa aumentare il consenso e la compliance alla procedura.

1.4 RICALCO

Mentre nella fase precedente è l'operatore che descrive quello che vede nel soggetto, nel ricalco è fondamentale quello che il soggetto percepisce affinché, l'operatore possa accentuare quella condizione e il soggetto stesso possa acquisire ulteriore consapevolezza dei cambiamenti e aderisca sempre di più a questo processo. Uno dei "trucchi" usati in questa fase dall'operatore infatti, è il rimanere sempre sul vago per includere ogni variazione che il soggetto percepisce.

Ad esempio: puoi avvertire come gli occhi diventino sempre più pesanti o come il respiro diventi sempre più profondo

1.5 SUGGESTIONE

È da intendere come suggerimento, istruzione, offerta. Nella suggestione l'operatore, in base all'obiettivo prefissato dall'inizio (rilassamento, analgesia, immobilità), deve favorire la creazione nel soggetto di un'immagine, o una sensazione corporea che induca sempre di più il soggetto in questa condizione desiderata.

Per monoideismo plastico s'intende l'effetto fisico rilevabile che un'immagine mentale potente è in grado di creare sul nostro corpo modificandolo.

Ad esempio: l'operatore cerca di far immaginare così tanto di essere tra degli alberi di limone da indurre il soggetto a sentirne l'odore.

1.6 RATIFICA

Per capire se il soggetto è stato indotto correttamente si verifica costantemente ogni sua variazione. La ratifica è un controllo di un monoideismo plastico che l'operatore ha creato nel soggetto. Concordando con il paziente un segno distintivo, ogni qual volta ci sia bisogno, si chiede di ripeterlo al paziente ad esempio per darci una conferma (alzare l'indice destro quando avverte il profumo di limone).

1.7 ANCORAGGIO

Fase in cui si istruisce il soggetto, ancora in uno stato ipnotico, affinché possa ripetere l'esperienza in futuro. L' ancoraggio è dato dall'operatore, ed è un gesto semplice capace di indurre il soggetto immediatamente in uno stato ipnotico. Molto usato anche da chi sperimenta l'autoipnosi.

Esempio di ancoraggio: unire pollice e indice, chiudere gli occhi guardando in alto... qualsiasi gesto semplice concordato con il soggetto che diventi una chiave per ricondurlo nello stato desiderato.

1.8 RIORIENTAMENTO- VERIFICA

Con il ri-orientamento termina l'ipnosi, e quindi con il ritorno del paziente nel pieno delle sue potenzialità psico-fisiche. Per fare questo spesso si decide di fare un conto alla rovescia e al termine tornare alla realtà. Altra tecnica è dare potere al soggetto nel decidere autonomamente il momento opportuno per terminare l'ipnosi.

Successivamente al ri-orientamento si domanda al paziente le sensazioni che ha provato e quindi si va a verificare il raggiungimento dell'obiettivo.

2.0 ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELL'IMPIANTO DI PMD

L'impianto di Pace Maker Definitivo (PMD) consiste nel posizionamento di un generatore di impulsi elettrici e di uno o più elettrocatereteri a seconda del tipo di dispositivo che si intende impiantare. Il Pmd ha funzione di sostituzione o ausilio nell'attività elettrica dei soggetti nei quali questa attività non sia emodinamicamente adeguata: arresto sinusale, sincope, bradicardia, bradiaritmia, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco. Secondo protocollo, l'equipe in sala durante gli impianti di PMD è formata da : un medico elettrofisiologo (M1), due infermieri (I1-I2) e un tecnico radiologo (TSRM).

2.1 PRE PROCEDURA

| | |
|-------------|---|
| M1 | <ul style="list-style-type: none">a. Prende visione della cartella clinica.b. Esegue valutazione clinica del paziente.c. Controlla che siano stati firmati i consensi informati specifici per la procedura di impianto di PMD (devono essere presenti le firme del medico che propone l'impianto e per accettazione del paziente).d. Prescrive la profilassi antibiotica.e. Prescrive la terapia sedativa.f. Sceglie il tipo di dispositivo da impiantare. |
| I1 | <ul style="list-style-type: none">a. Verifica la preparazione del paziente eseguita dal personale del reparto di provenienza (bracciale identificativo al polso del paziente, tricotomia, accesso venoso periferico, rimozione di monili e protesi dentarie o acustiche, vestizione con camice monouso, cappellino e mascherinachirurgici).b. Controlla che siano stati firmati, dal medico che propone l'intervento e dal paziente per accettazione, i consensi informati specifici per la procedura di impianto di PMD.c. Verifica che sia stataeffettuata la profilassi antibiotica.d. Verifica che sia stata somministrata la terapia sedativa.e. Informa il paziente delle modalità di comportamento durante la procedura.f. Posiziona il paziente sul lettino angiografico.g. Posiziona gli elettrodi (derivazioni periferiche e in V1 e V6) per il monitoraggio elettrocardiografico.h. Posiziona il bracciale per la misurazione non invasiva della pressione arteriosa.i. Posiziona il rilevatore della SatO2. |
| I2 | <ul style="list-style-type: none">a. Collabora con I1 nella preparazione del paziente (dal punto f al punto i).b. Inserisce i dati anagrafici del paziente (nome e cognome) e numero di procedura al poligrafo.c. Attiva il monitoraggio del poligrafo in modalità <i>PMD implantation</i>.d. Inizia la compilazione del registro di sala (numero progressivo della procedura, dati anagrafici del paziente, provenienza del paziente, diagnosi di accettazione, tipo di procedura, orario di ingresso in sala del paziente, orario di inizio della procedura, nominativi e ruolo del personale presente in sala).e. Compila la scheda infermieristica (<i>Ramweb</i>). |
| TRSM | <ul style="list-style-type: none">a. Posiziona il lettino angiografico e l'intensificatore di brillantezza.b. Inserisce i dati anagrafici del paziente nel <i>database</i> della radiologia. |

2.2 INTRA PROCEDURA

| | |
|-------------|--|
| M1 | <p>a. Indossa i dispositivi di protezione individuale previsti con l'uso di radiazioni ionizzanti (camice, collareed occhiali radioprotettivi).</p> <p>b. Indossa cappellino e mascherina chirurgici.</p> <p>c. Esegue lavaggio chirurgico delle mani.</p> <p>d. Esegue la vestizione con camice e guanti sterili.</p> <p>e. Esegue la procedura d'impianto.</p> |
| I1 | <p>a. Indossa i dispositivi di protezione individuale previsti con l'uso di radiazioni ionizzanti (camice, collareed occhiali radioprotettivi).</p> <p>b. Indossa cappellino e mascherina chirurgici.</p> <p>c. Esegue lavaggio chirurgico delle mani.</p> <p>d. Esegue la vestizione con camice e guanti sterili.</p> <p>e. Prepara il tavolo servitore e riceve da I2 il materiale sterile necessario per la procedura (ALLEGATO A).</p> <p>f. Prepara il campo operatorio (disinfezione della zona dove verrà effettuata l'incisione della cute, generalmente in sede sottoclaveare sinistra e posizionamento dei teli sterili adesivi sul paziente).</p> <p>g. Collabora con il medico alla procedura d'impianto.</p> |
| I2 | <p>a. Indossa i dispositivi di protezione individuale previsti con l'uso di radiazioni ionizzanti (camice, collareed occhiali radioprotettivi).</p> <p>b. Indossa cappellino e mascherina chirurgici.</p> <p>c. Aiuta M e I1 nella vestizione con camice e guanti sterili.</p> <p>d. Prepara e passa a I1 il materiale sterile necessario per la procedura (ALLEGATO A).</p> <p>e. Collega il cavo del biocoagulatore all'apparecchio Alsatom (in modalità <i>bipolare</i> a 60 A).</p> <p>f. Assiste il paziente durante la procedura, controlla i parametri vitali (pressione arteriosa, SatO2, monitoraggio elettrocardiografico) e somministra gli eventuali farmaci prescritti da M durante la procedura.</p> <p>g. Esegue, in collaborazione con M, le misurazioni di sensing, impedenza e stimolazione durante il posizionamento degli elettrocateri.</p> <p>h. Aggiorna la scheda infermieristica.</p> |
| TRSM | <p>a. Indossa i dispositivi di protezione individuale previsti con l'uso di radiazioni ionizzanti (camice, collareed occhiali radioprotettivi).</p> <p>b. Indossa cappellino e mascherina chirurgici.</p> <p>c. Manovra l'intensificatore di brillantezza ottimizzando e migliorando la qualità dell'immagine al fine di risparmiare le dosi di radiazioni erogate.</p> <p>d. Al termine della procedura acquisisce le immagini del posizionamento degli elettrodi.</p> <p>e. Al termine della procedura invia le acquisizioni al server ospedaliero e al PACS radiologico.</p> |

2.3 POST PROCEDURA

| | |
|-------------|--|
| M1 | <p>a. Esegue i test di funzionamento e programmazione del PMD.</p> <p>b. Valuta l'efficacia del bendaggio compressivo sulla ferita chirurgica (qualora richiesto).</p> <p>c. Informa i familiari sull'esito dell'intervento e sul comportamento da tenere nel post-procedura.</p> <p>d. Compila il referto di sala e scrive in cartella clinica.</p> <p>e. Prenota su <i>MedOffice</i> la visita di controllo post-impianto e annota l'appuntamento in lettera di dimissione nel caso di ricovero programmato (diversamente sarà il medico di reparto responsabile della dimissione del paziente a prenotare la visita di controllo post-impianto).</p> |
| I1 | <p>a. Smaltisce il materiale utilizzato durante la procedura (nel rispetto delle norme specifiche).</p> <p>b. Esegue la decontaminazione dei ferri chirurgici nel locale "lavaggio ferri" (nel rispetto delle norme specifiche) ed assembla i ferri chirurgici in un kit da inviare alla centrale di sterilizzazione.</p> <p>c. Trasferisce in collaborazione di I2 e TRSM, il paziente dal lettino angiografico al letto ospedaliero.</p> <p>d. Esegue in collaborazione di I2, il bendaggio compressivo e/o posiziona il ghiaccio sulla ferita chirurgica (sulla base delle indicazioni del medico).</p> |
| I2 | <p>a. Termina la compilazione del registro di sala (orario termine della procedura e orario di uscita dalla sala del paziente) e della scheda infermieristica e stampa la scheda infermieristica che deve essere allegata alla cartella clinica.</p> <p>b. Trasferisce in collaborazione di I1 e TRSM, il paziente dal lettino angiografico al letto ospedaliero.</p> <p>c. Trasferisce in collaborazione di I1 il paziente nell'unità di degenza e da in carico il paziente all'infermiere del reparto.</p> <p>d. Stampa la scheda anagrafica del paziente da <i>Infoclin</i> e vi aggiunge i recapiti telefonici del paziente, i dati del dispositivo impiantato, il nome del medico che ha effettuato l'impianto e la data di impianto. Invia quindi la scheda agli ambulatori di Cardiologia per la programmazione della consegna dell'<i>home monitoring</i>, qualora richiesto dal medico.</p> <p>e. Prende l'appuntamento su <i>MedOffice</i> per il controllo della medicazione post-dimissione (riportando la data e l'orario del controllo sul foglio promemoria che viene rilasciato al paziente).</p> <p>f. Esegue l'educazione sanitaria al paziente e ai suoi familiari, consegnando il libretto informativo del PMD, il tesserino per i pazienti portatori di PMD e il promemoria dei successivi controlli ambulatoriali. Nel caso sia prevista la consegna dell'<i>home monitoring</i>, informa il paziente e i suoi familiari che questa avverrà nell'ambito del ricovero o in post-dimissione.</p> |
| TRSM | <p>a. Compila la scheda radiologica.</p> <p>b. Collabora con I1 e I2 al trasferimento del paziente dal lettino angiografico al letto ospedaliero.</p> <p>c. Mette in sicurezza l'apparecchiatura radiologica.</p> |

Come è possibile osservare dalla procedura, l'infermiere di sala (I2), è quello che ha più possibilità di instaurare un rapporto ipnotico con il paziente poiché è la figura dell'equipe più vicina ai bisogni del paziente dall'inizio alla fine della procedura. È vero anche che, il resto dell'equipe, può dare il suo contributo sia in prima persona e sia rendendo un ambiente idoneo a un'ipnosi e quindi un luogo tranquillo privo di distrazioni (la dove possibile) e tensioni.

È da ricordare che l'impianto di PMD è eseguito senza anestesista e quindi solo con anestesia locale. Al paziente supino sul lettino, si invita a far girare il capo nella parte opposta alla disinfezione e quindi alla zona di impianto e in seguito coperto con dei teli. In questo modo il paziente non ha la possibilità di guardare la ferita o comunque contaminare il campo sterile e l'unico operatore con cui può interagire attraverso un rapporto visivo è effettivamente l'infermiere di sala. Il paziente rimane girato col capo e coperto da un telo che l'infermiere avvolgerà in modo da formare una capannina capace di non isolare totalmente il paziente; l'infermiere di sala si accerta che in quella posizione sia il più possibile comodo e fermo.

Per quanto riguarda l'infermiere-strumentista e l'elettrofisiologo hanno diversi ostacoli: il non poter vedere direttamente in viso il paziente durante la procedura, l'essere concentrati più sulle tecniche dell'intervento, che sull'aspetto relazionale con il paziente. È comunque possibile per loro sfruttare molto di più il pre procedura per instaurare un rapporto tale da poter poi indurre un ipnosi usando per lo più gli altri sensi, maggiormente con la voce. Preparare il paziente prima di entrare in sala facilita notevolmente il lavoro al momento dell'intervento in quanto al paziente dopo una prima ipnosi eseguita ad esempio il giorno prima, viene data la possibilità di tornare in quello stato desiderato attraverso l'ancoraggio (settima carrozza dell'ipno-train)

Il paziente prossimo ad un impianto di pacemaker è un paziente che si affida totalmente alla scienza medica, poiché è consapevole che l'intervento sia inevitabile per il proseguimento di una vita normale e ciò carica il paziente di paure e incertezze. Ed è da queste sensazioni e stati d'animo che bisogna partire per arrivare attraverso la comunicazione ipnotica, in uno stato di benessere e concentrazione tale da affrontare una difficoltà come un intervento.

Nei prossimi capitoli verranno trattati due tecniche di proporre l'ipnosi: comunicazione ipnotica e analgesia ipnotica. In entrambi i casi l'ipnosi ha ampia applicazione, la differenza è l'obiettivo che si deve prefissare l'operatore.

3.0 COMUNICAZIONE IPNOTICA

CASO CINICO

Paziente di 48 anni con moderata barriera linguistica, in Italia da 5 anni, presenta marcata astenia, dispnea, scarsa tolleranza allo sforzo e raramente anche vertigini. Il paziente è diabetico ed esegue autonomamente la terapia insulinica, presenta dislipidemia ed è un ex fumatore. Dopo avere contattato il suo medico di base, il paziente decide di eseguire la terapia prescritta cioè, un'integrazione vitaminica; dopo una settimana di persistenza della sintomatologia, nonostante l'assunzione della terapia prescritta, decide di andare in pronto soccorso per eseguire degli accertamenti. In Pronto Soccorso i parametri rilevati mostrano: P.A. nella norma : 120/70 , glicemia a digiuno 105 mg/dl, Temperatura corporea di 36.5 °, So2 in aria ambiente 96 % e dolore scala NRS=2. Viene eseguito l'elettrocardiogramma e si riscontra un BAV totale e quindi ricoverato in Cardiologia. Qui esegue tutti gli esami necessari e viene inserito nella lista operatoria dell'elettrofisiologia del giorno successivo.

In questo caso ho avuto la possibilità di eseguire l'accoglienza del paziente il giorno prima dell'intervento cosa, che succede raramente. Quindi una volta visionata la lista operatoria sono andato in reparto per controllare la preparazione dei pazienti in nota per il giorno successivo. Vengo informato dall'infermiera dell'unità operativa che, il paziente dopo l'avvenuta comunicazione dell'intervento da parte del Cardiologo, ha cambiato vistosamente il suo stato d'animo. Mi sono così presentato al paziente e con la scusa delle classiche domande pre intervento (controllo tricotomia, allergie, protesi etc..) ho iniziato a eseguire l'accoglienza.

Esempio pratico:

Operatore: "buonasera è lei il signor V.R.?" soggetto: "Sì" 1AV

Operatore: "Il suo non è un nome italiano, è iraniano vero?" Soggetto: "Sì" 2 AV

Operatore: "Cercherò di usare parole facili in modo tale da farmi capire da lei ok?"

Soggetto: "Sì" 3 AV

Operatore: "Immagino che lei abbia molta paura è normale è una cosa comune. Immagino che non veda l'ora che tutto questo finisca" Il soggetto anche se non ha risposto esplicitamente mi ha dato conferma con espressioni facciali 4AV

Operatore : "Domani dovrà rimanere disteso e fermo per almeno un'ora, lo sa?". Soggetto annuisce con il capo 5 ANV

Con questo metodo sono riuscito ad interagire con il paziente tanto da venire a conoscenza della sua storia privata , come per esempio del fatto che fosse in Italia per lavorare e mandare i soldi alla sua famiglia, quindi che la sua paura maggiore per l'intervento era di non riuscire più ad eseguire le sue funzioni di sostentamento familiare. Inoltre capisco che il suo canale comunicativo è quello visivo.

“Conosco un metodo che può aiutarti domani a stare più tranquillo e rilassato e, dato che, siamo insieme possiamo già attuarlo, in questo modo domani sarà tutto più semplice.”

Una volta ricevuto il consenso da parte del paziente ho chiuso la porta affinché non ci fossero distrazioni e ho iniziato dargli delle indicazioni. Il paziente era sul letto disteso e mi sono avvicinato con una sedia.

Operatore: “Adesso ti chiedo di fissare un punto in alto nel soffitto e focalizzarti sul respiro. Ogni volta che inspirerai , e quindi farai entrare aria nei tuoi polmoni, mantieni gli occhi aperti; mentre durante l'espiazione, e quindi quando butti l'aria fuori, chiudi gli occhi.” Contemporaneamente alla spiegazione su cosa fare mimavo i gesti da eseguire per facilitargli la comprensione e favorire l'adesione al trattamento. Dopo qualche serie di ispirazione ed espiazione ho continuato dicendo: “ad ogni espiazione sentirai gli occhi sempre più pesanti, sempre di più, sempre di più fino a che sentirai la necessità di tenerli chiusi.” In quel momento, vedendolo sempre più rilassato, l'ho condotto attraverso l'immaginazione nel suo posto felice, che il paziente in precedenza, mi aveva detto essere la sua casa, in cui si trova tutta la sua famiglia. Durante l'immaginazione del paziente ho notato in lui un flutter palpebrale, segno che il paziente era esattamente dove volevo che fosse; altro segno distintivo era inoltre la “pelle d'oca” sugli avambracci.

Ho iniziato così la DESCRIZIONE: “Vedo che i tuoi occhi sono completamente rilassati così come la tua testa è comoda sul cuscino, le tue braccia seguono il tuo corpo e tu sei sempre più concentrato dentro ad ogni respiro che fai perché ogni volta che inspiri fai entrare ossigeno che arriva a tutti i tuoi muscoli rilassandoli, mentre quando espelli l'aria, butti fuori tutte le sensazioni negative che ti irrigidiscono.

Sono passato così al RICALCO: “puoi avvertire come il respiro che prima era più superficiale adesso e sempre più profondo. Così come le tue palpebre sono sempre più pesanti. Sei in uno stato di tranquillità assoluta e qualsiasi cosa intorno a te non ti disturba come questo campanello lo senti sì, ma è lontano e non ti sposta dal tuo posto sicuro.”

Il paziente era afflitto dal peso dell'ansia e dalla paura che lo irrigidiva ma, una volta suggestionato, diviene leggero grazie alla realizzazione di un monoideismo plastico:l'aquilone che ondeggia libero nel cielo. Io metaforicamente fungevo da filo che lo teneva legato a terra ma, che allo stesso tempo lo aiutava a rimanere in aria per andare esattamente dove lui voleva volare.

Ho eseguito la ratifica ovvero: ho verificato che il paziente fosse realmente in questo stato ipnotico chiedendogli di sollevarmi un dito a sua scelta della mano destra. Avvenuto questo movimento ho avuto la conferma da parte del paziente che fosse effettivamente ipnotizzato e l'ho lasciato in questa condizione di rilassamento per qualche minuto. Dopodiché ho creato un punto di ancoraggio proprio con la mano destra che, in precedenza gli avevo chiesto di utilizzare, con l'unione del pollice e dell'indice. In questo modo, il giorno dell' intervento, proponendo al paziente di eseguire questo "tocco magico", sarebbe tornato esattamente in questa condizione ipnotica.

Con calma, a questo punto, qualora si sarebbe sentito pronto, poteva riorientarsi e aprire gli occhi contando fino a tre .

Appena ri-orientato mi ha subito ringraziato per essermi preso cura di lui e il giorno dopo è stato tranquillo per tutto l' intervento.

4.0 ANALGESIA IPNOTICA

Il quinto segno vitale è il DOLORE e deve essere misurato e controllato esattamente come il resto dei parametri vitali: pressione ,frequenza o temperatura. Con una semplice scala numerica del dolore chiamata NRS è possibile quantificare per il paziente il dolore, facendogli attribuire un valore da 0 a 10. Ovviamente non basta solo quantificarlo in alcuni casi, per avere un quadro più preciso il dolore si divide in viscerale, somatico, urente, profondo, riflesso, intermittente ecc. In un intervento il dolore non deve essere presente poiché può variare tutti gli altri parametri complicando la procedura. Regolarmente, durante un intervento, si fa uso di analgesici regolamentati da indicazioni tecniche e legali internazionali ed in continua evoluzione e aggiornamento sia per quanto concerne la somministrazione(posologia, dose massima, effetti collaterali, indicazione d'uso ecc) che sulla formulazione di nuovi principi attivi e nuove combinazioni di farmaci.

Ma l'analgesia è possibile solo con i farmaci?

L' analgesia è possibile anche con altri metodi tra cui l'ipnosi. Gli impulsi creati dal mondo esterno vengono elaborati sempre da tutti i nostri sensi, in questo caso parliamo di nocicettori, che acquisiscono il segnale doloroso e lo trasmettono al sistema nervoso centrale che lo percepisce come potenzialmente lesivo. La percezione del dolore è divisibile a grandi linee in una parte percettiva ed una esperienziale. Mentre su quest'ultima è possibile agire con una semplice comunicazione ipnotica con la prima parte c'è bisogno sicuramente di più precisione e sicurezza.

Infatti l'ipnosi per sostituirsi o comunque collaborare con gli analgesici ma, ha bisogno di essere accettata e regolamentata dall'USL di appartenenza soprattutto per una tutela legale. Anche tra colleghi la comunicazione ipnotica è più tollerata dell'analgesia ipnotica. Questo rende difficile l'applicazione costante e completa, però partendo sempre come una comunicazione ipnotica, qualora le condizioni lo permettano, si può passare ad una diminuzione della dose di farmaco a favore di una collaborazione terapeutica con l'ipnosi.

CASO CLINICO

Paziente di 62 anni, in nota operatoria per sostituzione generatore del pacemaker, parametri vitali nella norma. Ha eseguito l'impianto dieci anni fa in un altro ospedale. Una volta visionata tutta la documentazione legata al paziente, e visitato dal medico con programmatore, lo abbiamo preparato per l'intervento. È utile ricordare che gli interventi di PMD sono ormai interventi di routine e programmati attentamente dopo visite accurate ed esami specifici, sono interventi eseguiti in massima sicurezza, e con una minima anestesia locale. Ovviamente in base alla

sensibilità del paziente si può decidere di aumentare l'analgesia. Il paziente riferisce che ha un cattivo ricordo del giorno dell'impianto perché fino a quel momento non aveva mai avuto nessun problema di salute, e per questo non affrontò bene l'intervento. Il paziente avendo esposto subito il suo disagio, ha implicitamente creato un rapporto di aiuto. Dal mio punto di vista l'ho tranquillizzato dicendogli che questa volta sarebbe stato sicuramente più facile e veloce e gli ho presentato questa nuova tecnica per aiutarlo a tranquillizzarsi, l'ipnosi, . Così acquisito il consenso, ho iniziato ad approfondire la comunicazione. Attraverso l'uso di una metafora ho cercato di spiegargli quello che sarebbe successo: "come quando stiamo facendo una partita e non ci rendiamo conto che nel contrasto precedente ci siamo fatti male e non sentiamo dolore così, può accadere durante un intervento. Infatti la nostra mente è capace di sentire un stimolo molto di più rispetto alla realtà, iperalgesia, come per difetto sino all'analgesia. Per dimostrargli quello che stavo affermando, fatto stendere sul letto, ho iniziato a dargli delle indicazioni precise. Sono riuscito a portarlo presto nel suo posto sicuro. Una volta eseguita la fase della descrizione e ricalco, mi sono focalizzato sul contatto delle mie mani sulle sue spalle. Gli ho chiesto di soffermarsi sul calore che le mie mani trasmettevano, sulla pressione che percepiva e di avvisarmi alzando il dito destro quando non avvertiva più una delle due mani. Ho ricalcato spesso la sensazione di calore che diventava sempre più intenso. Fin quando con calma ho iniziato a staccare la mano destra fino a toglierla del tutto ma lui non ha mai alzato il dito. Successivamente gli ho chiesto di ri-orientarsi contando fino a tre e appena aperti gli occhi ha potuto constatare come c'era solo una mano e non due come percepiva. Con questo ho cercato di far capire al paziente che la nostra mente può sentire qualcosa che non c'è come non percepire qualcosa che c'è. In questo modo convinto di quello che aveva provato è entrato in sala privo di ogni tensione. Così durante l'intervento tornammo subito a parlare durante tutta la preparazione del campo sterile e al momento più opportuno della procedura è stato più semplice ri-indurlo in quello stato. Per avvalorare la sensazione provata in precedenza gli ho voluto creare un monoideismo plastico particolare ovvero, gli ho costruito l'idea di scattare un primo piano del viso ed immaginare che tutto quello che non era presente nella foto non esisteva. In questo modo ho cercato di dargli l'idea di analgesia in quanto la zona sottoclaveare sinistra non era presente nella foto idealizzata. In quel momento in accordo con il medico si è proceduti con l'intervento e con il minimo dosaggio dell'anestesia locale si è completato l'intervento senza alcun problema e a fine procedura una volta ri-orientato ci ha riferito di non aver sentito minimamente dolore ma solo pressione.

CONCLUSIONI

Durante la mia piccola esperienza lavorativa in sala di elettrofisiologia, ed essendo fresco di affiancamento, ho trovato all'inizio tanta difficoltà a combinare l'apprendimento di tutta la procedura con l'esecuzione del rapporto ipnotico. Però dopo un anno che ormai ho iniziato questa avventura nel mondo dell'ipnosi ho notato tanti miglioramenti. Più mi diventavano comuni le azioni tecniche da eseguire durante la procedura e più riuscivo ad includere la comunicazione ipnotica. L'ipnosi mi ha aiutato con alcuni pazienti particolari o in procedure particolari, ma mi ha aiutato anche nella vita di tutti i giorni. Abbiamo tante potenzialità che non sfruttiamo e che invece sono dentro di noi. Raggiungere ogni volta una maggiore consapevolezza della propria persona e aiutare un altro essere umano al raggiungerlo non può che migliorare i rapporti interpersonali. L'assistenza infermieristica non può che giovare delle tecniche ipnotiche perché in alcune situazioni, una parola in più o qualche minuto di attenzione in più, curano l'animo più di ogni farmaco.

Bibliografia

dimensioneinfermiere.it : pacemaker : assistenza infermieristica pre e post impianto

Trattato di ipnosi vol.1 e 2 Franco Granone

Appunti del corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica C.I.I.C.S.

Elettrostimolazione cardiaca volume 1, Luciano Gabrielli