

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
SPERIMENTALE**

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

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

*La comunicazione ipnotica per la riduzione dell'ansia e il
miglioramento della compliance nel paziente sottoposto a
procedura di neurostimolazione spinale*

RELATORE:

Prof. Edoardo Casiglia

Correlatore:

Cpsi Milena Muro

Controrelatore:

Prof. Antonio Maria Lapenta

Candidata: **Erika Mainardi**

Anno 2014



Le idee migliori
non vengono
dalla ragione,
ma da una lucida,
visionaria follia.

Erasmo da Rotterdam

INDICE

PREMESSA	4
Capitolo 1. Introduzione e inquadramento teorico	6
1.1 L'ipnosi e la comunicazione ipnotica	6
1.2 L'ipnosi in terapia antalgica	9
1.3 La neurostimolazione spinale	14
1.3.1 L'ipnosi e la neurostimolazione spinale: la mia esperienza nella terapia antalgica della Città della Salute e della Scienza di Torino	17
Capitolo 2. La ricerca	20
2.1 Obiettivi	20
2.2 Strumenti e metodi	21
2.2.1 Campo d'indagine	21
2.2.2 Procedure	21
2.2.3 Popolazione oggetto della ricerca	22
2.2.4 Strumenti utilizzati	22
2.2.5 Risultati	25
Conclusioni	35
Allegati	38

PREMESSA



Mi sono avvicinata all'ipnosi in maniera quasi casuale, per puro spirito di solidarietà verso una collega: Milena ne era entusiasta e la voleva portare nel servizio di terapia antalgica e cure palliative in cui lavoriamo.

Inizialmente ero molto scettica, Milena, insieme ad un medico esperto, organizzava incontri informativi e dimostrativi per il nostro reparto, ma il mio bisogno di avere tutto sotto controllo faceva sì che non accadesse mai nulla di particolarmente significativo per me. Ho deciso così di mettermi maggiormente in discussione e di sostenere l'iniziativa della collega scegliendo di fare io stessa un percorso formativo. Contemporaneamente, il nostro Direttore di Struttura Complessa, dott.ssa De Luca, scelse di far frequentare a tutto il suo personale un corso base di comunicazione ipnotica per la gestione dell'ansia durante le procedure chirurgiche: quale miglior occasione per iniziare! Ho scoperto così che più induzioni sperimentavo su di me e più rapidamente accadevano cose buone che mi permettevano di conoscere meglio le mie stesse potenzialità. Nello stesso tempo, acquisivo sicurezza e fiducia nell'utilizzare la comunicazione ipnotica con gli altri.

Ritengo di essere stata molto fortunata ad avere avuto un tutor che lavora direttamente nel mio servizio perché questo mi ha permesso di confrontarmi spesso

ed essere continuamente corretta e stimolata. Per noi è stato molto difficile inserire questa metodica nella pratica assistenziale del nostro servizio perché paradossalmente, le resistenze, dei colleghi della nostra stessa categoria, sono state molte, e spesso, lo sono tuttora. Questo però ci ha spinto a ricercare una comunione d'intenti che ci ha permesso di portare risultati significativi per i pazienti e di continuare nonostante le difficoltà.

Penso che nella professione infermieristica come in quella medica, sia necessario conservare un continuo spirito di ricerca e rinnovamento che favorisca e alimenti la crescita personale e professionale. Tutto quello che bisogna capire è che la comunicazione ipnotica non toglie nulla a ciò che già si sa, ma è invece uno strumento in più per favorire una relazione empatica e rendere il paziente maggiormente capace di sfruttare le proprie potenzialità.

Capitolo 1

Introduzione e inquadramento teorico

*Non ci sono strade facili,
ma solo destinazioni che
valgono la fatica del cammino.*

Marco Ligabue

1.1 L'ipnosi e la comunicazione ipnotica

Il termine ipnosi (la cui etimologia - *ipnos* in greco significa sonno), viene introdotto da J. Braid nella prima metà del 1800 per analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico e quelle che si avevano in quella condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori. Oggi sappiamo che il sonno non ha nulla a che fare con l'ipnosi e che quest'ultima, non è altro che la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente, sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione.¹

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

“ Chiamiamo ipnosi la possibilità d'indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette d'influire sulle sue condizioni psichiche, somatiche e viscerali per effetto del rapporto creatosi tra il soggetto e l'operatore e che il soggetto stesso può indursi da sé con diverse specifiche metodiche.”²

L'ipnosi pertanto viene considerata come un normale, ma modificato stato di coscienza dinamico caratterizzato dalla capacità che ogni persona ha di rendere partecipi mente e corpo nella realizzazione di rappresentazioni mentali (monoideismi plastici), atti ad influire sulle proprie condizioni fisiche e psichiche.³ Lo stato ipnotico è in grado di produrre nella persona fenomeni a livello fisico e mentale solitamente non ottenibili con la volontà, come ad esempio il controllo del sistema

¹ Casiglia E., Rossi A.M., Lapenta A.M., Somma M., Tirone G., Tosello M., (2006). Ipnosi sperimentale e clinica, Editrice Artistica Bassanese

² Granone F., (1989). Trattato di Ipnosi. UTET, Torino

³ Del Castello E., Casilli C., (2007). L'induzione ipnotica. Manuale pratico, Franco Angeli, Milano

nervoso autonomo.² In questo stato è possibile favorire rassicurazione e tranquillità, un aumento della collaborazione alla cura e una diminuzione della percezione dolorosa.⁴

Una buona relazione tra soggetto e ipnotista è fondamentale: l'interesse e la partecipazione del curante, così come sono percepite dal paziente, giocano un ruolo importante nel determinare la possibilità che lo stato ipnotico si realizzi. Gli elementi fondamentali che permettono il raggiungimento di uno stato ipnotico sono, pertanto:²

- l'accettazione e la condivisione dell'obiettivo tra paziente e ipnotista con la creazione di legami di fiducia;
- la realizzazione di un monoideismo (idea che prende forma, diviene plastica, concreta e per il soggetto vera e presente) capace di apportare delle modificazioni organiche;
- la ratifica ovvero la verifica da parte dell'ipnotista, ma soprattutto del paziente che ciò che è stato suggerito si sta attuando.

Ulteriore passaggio fondamentale e peculiare dell'ipnosi è l'ancoraggio che permette alla persona ipnotizzata di agganciare la condizione di stato ipnotico realizzato ad un *Ancora* con un gesto, o suono o altro stimolo che potrà, in seguito, far realizzare in autonomia al soggetto la stessa condizione (condizionamento Pavlov).

Al termine della seduta d'ipnosi, è necessario che l'ipnotista riorienti, ovvero che verifichi che il paziente sia consapevole del "qui e ora" in cui si trova e sia capace di rientrare in trance da solo.

Da un punto di vista pragmatico, è necessario chiarire la differenza tra "*ipnosi*" e "*comunicazione ipnotica*". Io utilizzerò il termine "comunicazione ipnotica" poiché sono un'infermiera e per la mia professione, l'uso della comunicazione ipnotica, è riservato a tutti quei momenti in cui la relazione terapeutica deve essere gestita in modo consapevole sia durante il processo terapeutico – assistenziale che nella guida del paziente, durante una procedura.⁵ ⁶ Per comprenderci meglio, è possibile

⁴ DeJong AEE, Middellkoop E., Faber AW, Van Loe NEE, (2007). Non pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns. A systematic literature review Burns; 33(7):811-827

⁵ Zahourek RP, (1982). Hypnosis in nursing practice-emphasis on the "problem patient" who has pain. J Psychosoc Nurs Ment Salute Serv; 20 (4): 21-4

specificare, che nella relazione terapeutica, la comunicazione ipnotica, è un modo di utilizzare tutta la comunicazione, in maniera consapevole dell'azione neurolinguistica nella creazione delle immagini mentali. Quest'ultime portano allo sviluppo dell'esperienza percettiva, così che il paziente, può sviluppare capacità nello sperimentare lo stato ipnotico.^{7 8}

Conoscere le tecniche comunicative che sono alla base dell'induzione di questo stato, permette la *guida* del paziente in questa particolare condizione di coscienza di forte focalizzazione dell'attenzione su un'idea o un'immagine, allo scopo di sviluppare una relazione di fiducia e consentendo alla persona *di sperimentare esperienze positive*, invece che rimanere sulle pregresse negative.^{9 10}

Usare la comunicazione ipnotica per indurre un soggetto allo stato ipnotico, equivale ad essere capace di reperire un accesso venoso per effettuare una terapia. La differenza la fa lo "scopo", l'obiettivo che ci si prefigge.¹¹

Per gli infermieri è chiaro che uno degli obiettivi è garantire una buona assistenza, favorendo lo sviluppo nel paziente, dell'autoefficacia, dell'autodeterminazione, della stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi consapevolmente del suo potenziale. Non si tratta quindi, di utilizzare l'ipnosi come mezzo per effettuare una psicoterapia per la cura del benessere psichico, favorendo un adeguato atteggiamento interiore nella comprensione dello squilibrio presente. Vengono invece, utilizzati tutti quei meccanismi studiati dalle nuove neuroscienze

⁶ Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S., Hatsiopoulou O., Halsey N., Li X., Berbaum ML, Laser E., Baum J., (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*;126 (1-3):155-64.

⁷ Zahourek RP., (1982). Hypnosis in nursing practice-emphasis on the "problem patient" who has pain- *J Psychosoc Nurs Ment Salute Serv*; 20 (4): 21-4

⁸ Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S., Salazar GM, Lutgendorf S., Laser E., Logan H., Spiegel DJ, (2008). Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *Vasc Interv Radiol.*;19 (6):897-905

⁹ Benotsch G., Lutgendorf SK, Watson D., Fick LJ, Lang EV, (2000). Rapid Anxiety assessment in medical patients: Evidence for the validity of verbal anxiety ratings. *Ann Behav Med*; 22 (3):199-203

¹⁰ De Jong AEE, Middelkoop E., Faber AW, Van Loe NEE, (2007). Non pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review. *Burns*; 33(7):811-827

¹¹ Dutt-Gupta J., Brown T., & Cyna AM, (2007). Effect of communication on pain during intravenous cannulation: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*; 99 (6), 871-875

per portare l'individuo a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato alla ricerca di un maggior benessere psico – fisico.^{12 13}

1.2 L'ipnosi in terapia antalgica

In Italia ad A. A. Sodaro va il merito di avere studiato e diffuso il problema della cosiddetta consapevolezza inconscia in anestesia generale¹⁴, mentre a F. Granone di aver da sempre studiato e sostenuto la pratica dell'ipnosi in Italia e nel mondo.² A partire dal 1930 compaiono nella letteratura medica internazionale le prime conferme scientifiche all'impiego medico dell'ipnosi e nel 1965, l'Index Medicus annovera più di 200 pubblicazioni sull'argomento. Proprio in questo periodo compaiono le nuove indicazioni sull'ipnosi che comprendono il suo utilizzo nella medicina perioperatoria¹⁵, nella premedicazione del paziente chirurgico al fine di ottenere sedazione, ansiolisi, amnesia, analgesia, cooperazione da parte di pazienti difficili,¹⁶ analgesia postoperatoria con riduzione del fabbisogno di analgesici^{17 18}, analgesia nel dolore acuto e cronico, piccola chirurgia, prevenzione delle complicanze postoperatorie (nausea, vomito, lunga immobilizzazione etc.)^{19 20 21 22} e ricerca in campo medico.^{23 24}

¹² Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S., Salazar GM, Lutgendorf S., Laser E., Logan H., Spiegel DJ, (2008). Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *Vasc Interv Radiol.*; (6):897-905

¹³ Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S., Salazar GM, Lutgendorf S., Laser E., Logan H., Spiegel DJ, (2008). Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *Vasc Interv Radiol.*;19(6):897-905

¹⁴ Sodaro AA, (1990). Ipnosi in chirurgia. *Rivista Medico - scientifica e di Storia Ospedaliera, Ospedale Fatebenefratelli*; 3: 129-135

¹⁵ Blankfield RP, (1991). Suggestion, relaxation and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: a review of the literature. *Am J Clin Hypn*, 33: 172-185

¹⁶ Owen-Flood A., (1953). Hypnosis in anaesthesiology. In: Schneck JM. *Hypnosis in Modern Medicine*. THOMAS Publisher, Springfield, pag. 89

¹⁷ Wolberg LR, (1948). *Medical Hypnosis*. Grune and Stratton, New York, pag. 412

¹⁸ Werbel EW, (1963). Use of posthypnotic suggestion to reduce pain following hemorrhoidectomies. *Am J Clin Hypn*; 6:132

¹⁹ Tiger L., (1979). *Optimism. The biology of hope*. Simon- Schuster, New York

²⁰ Jones CG, (1962). Associated use of hypnosis in surgery. *Am J Clin Hypn*; 4:270

Nel secolo passato l'interesse per l'ipnosi è stato variabile mentre negli ultimi tempi ha avuto una notevole crescita legata ad alcune nuove tendenze descritte in letteratura²⁵:

- a. Una maggiore attenzione alla riduzione dei costi delle terapie; anche se l'idea che l'ipnosi sia una terapia alternativa può essere contestata (Crasilneck, Stirman, Wilson, 1955), recenti evidenze suggeriscono che essa può avere un efficace ruolo nel risparmio dei costi in medicina. Ad esempio, Lang et al.(2000) hanno dimostrato notevoli risparmi sui costi in sala operatoria con procedure ipnotiche;
- b. Una crescita del numero e della raffinatezza degli studi di neuroimaging in ipnosi come evidenziato da Rainville, Ducan, Price, Carrier e Brushnell (1997), l'affinamento delle metodiche psicofisiologiche e il sensibile miglioramento del livello qualitativo dei disegni.^{26 27}

Un importante settore della ricerca è rappresentato dal ruolo dell'ipnosi nel modulare il dolore.^{28 29} I risultati di diversi studi dimostrano che l'analgesia può essere raggiunta mediante semplici suggestioni ipnotiche, ma sui meccanismi che sottendono l'analgesia ipnotica c'è ancora molta incertezza. Kiernan et al³⁰ e

²¹ Cedercreutz C., (1961). Hypnosis in surgery. *Int J Clin Exp Hypn*; 9:93

²² Doberneck RC, Griffin WO, Papermaster AA, (1959). Hypnosis as an adjunct to surgical therapy. *Surgery*; 46:299-304

²³ Faymonville ME, Boly M., Laureys S., (2006). Functional neuroanatomy of the Hypnotic state. *J Physiol Paris*; 99: 463-469

²⁴ Sharav Y., Tal M., (2006). Focused hypnotic analgesia: local and remote effects. *Pain*; 124: 280-286

²⁵ Patterson DR and Jensen MP, (2003). Hypnosis and Clinical Pain. *Psychological Bulletin by the American Psychological Association*, Vol. 129, No. 4, 495-521

²⁶ Ranville P., (2002). Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 12, 195-204

²⁷ De Benedittis G., Congresso Internazionale di ipnosi ISH in Acapulco (21-26 Agosto 2006). Bispectral analysis: an objective method of assessing and monitoring hypnotic depth

²⁸ Chaves JF, Dworkin SF, (1997). Hypnotic control of pain: historical perspectives and future prospects. *Int J Clin Exp Hypn*; 4, 356-376

²⁹ Holroyd J.,(1996). Hypnosis treatment of clinical pain: under standing why hypnosis is useful. *Int J Clin Exp Hypn*; 44, 33 -51

³⁰ Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD, (1995). Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain*; 60:39-47

separatamente Sandrini et al³¹ considerano valida l'ipotesi di una riduzione degli stimoli nocicettivi durante l'Hypnotic focused analgesia (HFA) e attualmente altre ricerche risultano in accordo con questi modelli. Casiglia et al³² con le loro ricerche hanno dimostrato infatti che non solo la percezione del dolore (misurata con una rating scale) è ridotta e la tolleranza al dolore (misurata mediante tempo della permanenza della mano in acqua ghiacciata) aumentata durante HFA, ma che la risposta cardiovascolare al dolore è altresì ridotta con un minor aumento delle resistenze periferiche e una minore riduzione dell'indice cardiaco.

Studi controllati randomizzati su popolazioni cliniche indicano che l'ipnosi ha un impatto affidabile e significativo sul dolore procedurale acuto e le condizioni di dolore cronico. Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia dell'analgesia ipnotica per ridurre il dolore in ambiente di laboratorio (ER Hilgard e JR Hilgard, 1975), e molti case reports (ad esempio J. Barber, 1977; B. Finer & Graf, 1968) hanno indicato una significativa riduzione nel dolore clinico.

Dal momento che il dolore ha una struttura multidimensionale che coinvolge aspetti sensori-discriminativi, motivazionali-affettivi e valutativi-attentivi, è probabile che l'analgesia ipnotica coinvolga meccanismi multipli di modulazione del dolore. I più recenti studi sull'analgesia ipnotica sembrano indicare che l'ipnosi induca analgesia attraverso meccanismi multidimensionali, gerarchica-mente organizzati a livello del sistema nervoso centrale, autonomo e periferico...e sia in grado di modulare entrambi le principali componenti del dolore, quella sensoriale-discriminativa e, ancor più, quella motivazionale-affettiva agendo sulle strutture encefaliche deputate...Inoltre l'effetto differenziale dell'analgesia ipnotica dipende dalla strutturazione della suggestione ipnotica. Ciò conferma la grande flessibilità e selettività dell'analgesia ipnotica, la cui efficacia non sembra più confinata, come ritenuto per il passato, ai soli soggetti altamente ipnotizzabili, ma estesa, con tecniche appropriate e creative, alla maggior parte della popolazione di pazienti. I principali ambiti di applicazione dell'ipnosi in algologia riguardano il dolore acuto post-operatorio e procedurale e il dolore cronico non oncologico ed oncologico. Le

³¹ Sandrini G., Milanov I., Malaguti S., Nigrelli MP, Moglia A., Nappi G., (2000). Effects of hypnosis on diffuse noxious inhibitory controls. *Psych Behav*; 69, 295-300

³² Casiglia E., Schiavon L., Tikhonoff V., Scarpa R., Haxhi Nasto H., Azzi M., Rempelou P., Giacomello M., Lapenta A.M., Rossi A., (2007). Hypnotic focused analgesia quantified by cold pressor test. A controlled clinical study in highly hypnotizable subjects. *Am J Clin Hypn*; 49, 255-266

principali non-indicazioni sono la scarsa suscettibilità ipnotica per il dolore chirurgico e quello parossistico (es. nella nevralgia trigeminale).¹

Un importante studio iniziato nel 1992 e condotto da Faymonville, Defechereux, Joris, Adant, Hamoir e Meurisse (1998) su più di 1400 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, ha evidenziato che i pazienti trattati con l'ipnosi come procedura supplementare alla sedazione cosciente e all'anestesia locale, mostravano condizioni chirurgiche ottimali, un miglioramento nel benessere intraoperatorio, una riduzione dell'ansia, del dolore, delle esigenze intraoperatorie di farmaci ansiolitici e analgesici e guarivano più rapidamente. Infine per quanto riguarda i parametri vitali non vi era nessuna differenza significativa fra i due gruppi.

Ottimi risultati sono stati conseguiti anche in chirurgia plastica da Faymonville, Fissette, Mambourg, Roediger, Joris e Lamy (1995) in uno studio effettuato su 337 pazienti sottoposti a procedure chirurgiche plastiche di vario genere in anestesia locale. I soggetti del gruppo sperimentale che beneficiavano del trattamento ipnotico come terapia aggiuntiva alla sedazione cosciente, riportavano livelli inferiori di ansia e di dolore intraoperatorio rispetto al gruppo di controllo.

In un altro studio, condotto da Faymonville, Mambourg, Joris, Vrijens, Fissette, Albert e Lamy (1997)³³ con 60 pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia plastica in elezione in anestesia locale e sedazione cosciente, è stata confrontata l'efficacia del trattamento ipnotico con quella di strategie convenzionali di riduzione dello stress. Il gruppo che aveva ricevuto il trattamento ipnotico mostrava livelli minori di ansia perioperatoria, ma anche postoperatoria e riportava altresì un minore dolore perioperatorio e postoperatorio. Infine i soggetti trattati ipnoticamente davano un'impressione di maggior controllo intraoperatorio, presentavano migliori condizioni chirurgiche, punteggi più elevati nel livello di soddisfazione e maggiore stabilità nei parametri vitali.

Un articolo del 2003²⁵ fornisce una rassegna completa degli studi controllati di ipnosi clinica per il dolore: i risultati degli studi sul dolore acuto dimostrano effetti clinici coerenti con l'analgesia ottenuta in ipnosi, superiori all'attenzione o alle condizioni di controllo di cura standard e spesso superiori ai comuni trattamenti del dolore. Recensioni precedenti non hanno fornito supporto per l'efficacia dell'ipnosi nel

³³ Faymonville ME, Fissette J., Mambourg PH, Joris J. e Lamy M., (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367

dolore cronico, ma erano basate su pochi studi clinici controllati. I risultati dello studio citato dimostrano invece che l'analgesia ipnotica non è costantemente superiore a nessun trattamento, ma equivalente al rilassamento e al training autogeno per le condizioni di dolore cronico. I risultati suggeriscono che il dolore acuto e cronico fornisce questioni cliniche disparate sull'analgesia ipnotica e che il trattamento del dolore cronico determina maggiormente la necessità di una valutazione multidimensionale che sottende la conoscenza della complessità del problema sia da parte del clinico che dell'ipnotizzatore. Riassumendo le prove a disposizione dimostrano sostanzialmente che gli studi clinici sull'analgesia ipnotica sono costantemente migliorati e che l'ipnosi è un intervento vitale per entrambi le condizioni di dolore.

Infine, uno studio pubblicato su JNCI nel 2007³⁴ contribuisce a riunire un'impressionante mole di ricerche che utilizzano la metodologia randomizzata prospettica, in popolazioni consistenti, per dimostrare che l'ipnosi aggiuntiva non riduce sostanzialmente solo il dolore, ma anche l'ansia durante le procedure chirurgiche, diminuisce l'uso dei farmaci, il tempo della procedura e il costo. Se un farmaco potesse farlo, sarebbe utilizzato da subito!

³⁴ Spiegel D., (2007). The Mind Prepared: Hypnosis in Surgery. Editorials JNCI Vol. 99, Issue 17 September 5

1.3 La neurostimolazione spinale

*“...il dolore cronico è una malattia a pieno titolo ed anche un importante problema di salute...il sollievo del dolore dovrebbe essere un diritto umano”.*³⁵

Il dolore cronico e ampiamente diffuso, un adulto su cinque (circa 74 milioni di persone in Europa) è affetto da dolore cronico:³⁶

- il **46%** accusa un dolore costante
- il **59%** ha dolori da 2–15 anni
- il **19%** ha perso il posto di lavoro a causa del dolore
- al **21%** è stata diagnosticata depressione a causa del dolore

La neurostimolazione (SCS – Spinal Cord Stimulation), è una terapia di comprovata sicurezza ed efficacia, che può aiutare a gestire il dolore e recuperare la capacità di condurre una vita non segnata dallo stesso.

La selezione dei pazienti è un elemento chiave per il successo della terapia. Non tutti i tipi di dolore sono indicati per la neurostimolazione. La SCS ha ottenuto il marchio europeo CE nel 1993 per il trattamento del dolore cronico e non trattabile del tronco e/o degli arti. I pazienti sottoposti a questo tipo di terapia normalmente soffrono di malattia vascolare periferica, angina pectoris refrattaria e dolore cronico neuropatico, (Failed Back Surgery Syndrome = FBSS, causalgia, sindrome dolorosa regionale complessa = CRPS, dolore da arto fantasma, nevralgia post-herpetica, radiculopatia, aracnoidite) che non può essere gestito con la sola terapia farmacologica o con altri trattamenti, come fisioterapia, iniezioni o trattamento chiropratico. Il trattamento di prima linea del dolore neuropatico è la terapia farmacologica, spesso abbinata ad altri trattamenti non invasivi, come le terapie fisiche. Se tali trattamenti falliscono o si rivelano inefficaci, l'applicazione di terapie interventistiche come la neurostimolazione, diventa la linea successiva di trattamento.^{37 38}

³⁵ IASP & EFIC's declaration supporting, (2004). The Relief of Pain should be a Human Right
Disponibile in: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID>

³⁶ Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Choen R., Gallacher D., (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*; **10**: 287–333

³⁷ Cruccu G., Aziz TZ, Garcia-Larrea L., Hansson P., Jensen TS, Lefaucheur JP, Simpson BA, Taylor RS, (2007). EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*;14 (9):952-70
Disponibile in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17718686>

³⁸ Stanton-Hicks MD, Burton AW, Bruehl SP, Carr DB, Harden RN, Hassenbusch SJ, Lubenow TR, Oakley JC, Racz GB, Raj PP, Rauck RL, Rezaei AR, (2002). An updated interdisciplinary clinical

L' idoneità di un paziente alla terapia di neurostimolazione viene valutata da un' équipe multidisciplinare di medici di diverse specializzazioni.

La SCS è una procedura minimamente invasiva che prevede l' impianto nello spazio peridurale di uno o più piccoli cavi (denominati elettrocatteteri), collegati a un alimentatore (generatore) impiantato sotto la cute (di solito nell' addome o nella zona dei glutei) che eroga la terapia. Attraverso gli elettrocatteteri, il generatore trasmette al midollo spinale una stimolazione a bassa tensione con l' obiettivo di ridurre la sensazione dolorosa, sostituendola con una sensazione simile a un "formicolio" (parestesia).³⁹

Il neurostimolatore può essere regolato secondo le variazioni della percezione del dolore: esso consente infatti al paziente di adeguare la terapia all' ubicazione e all' intensità del dolore mediante un programmatore portatile, che funziona come un telecomando. La variazione dei livelli di stimolazione può contribuire a ottenere il migliore sollievo dal dolore ogni giorno, a seconda delle diverse attività svolte e dalla diversa percezione del dolore nel corso della giornata.

Per i pazienti che risultano idonei alla terapia di neurostimolazione viene adottata la procedura seguente:

Periodo di prova

Questa fase consente di verificare i benefici della neurostimolazione. Nello spazio peridurale viene inserito il sottile elettrocattetero collegato a un neurostimolatore esterno temporaneo. Si tratta di un' operazione abbastanza semplice e reversibile, con rischi minimi.

Nel periodo di prova che dura circa un mese, il paziente può poi verificare direttamente l' efficacia della neurostimolazione nell' alleviare il dolore.

Impianto permanente

Se l' esito della prova è soddisfacente, sotto la cute viene impiantato un neurostimolatore permanente che fornirà un sollievo continuo dal dolore. Si tratta di un' operazione abbastanza semplice e miniminvasiva, con rischi minimi. Il personale medico o/e infermieristico si occupa poi di regolare il neurostimolatore in modo da

pathway for CRPS: report of an expert panel. Pain practice: the official journal of World Institute of Pain;2 (1):1-16. Disponibile in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17134466>

³⁹ Shealy CN, Mortimer JT, Reswick JB, (1967). Electrical inhibition of pain by stimulation of the dorsal columns: preliminary clinical report. Anesthesia and analgesia;46(4):489-91. Disponibile in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4952225

ottimizzare la terapia in base alle specifiche esigenze del paziente. Il paziente può inoltre, controllare il dolore utilizzando il programmatore personale con cui adattare la neurostimolazione alle attività quotidiane (stare seduto, passeggiare, stare in piedi, sdraiarsi, ecc.).

La neurostimolazione non porta alla guarigione dal dolore, né elimina il dolore intenso causato da una lesione recente. Può tuttavia ridurre il dolore a un livello tollerabile e consentire di svolgere di nuovo molte attività quotidiane.

Non tutti rispondono allo stesso modo alla terapia di neurostimolazione e le esperienze soggettive possono essere diverse, ma un dato è certo: la terapia di neurostimolazione può cambiare in meglio la vita dei pazienti.

I benefici includono:

- Riduzione significativa e prolungata del dolore di almeno il 50% ^{40 41}
- Miglioramento delle capacità funzionali e di prendere parte alle attività quotidiane ^{41 42 43}
- Riduzione dell'assunzione di antidolorifici orali nel corso del tempo ^{40 41 44}
- Reversibilità della terapia di neuro stimolazione. ⁴⁵

⁴⁰ North RB, Kidd DH, Farrokhi F., Piantadosi SA, (2005). Spinal cord stimulation versus repeated lumbosacral spine surgery for chronic pain: a randomized, controlled trial. *Neurosurg*; **56**: 98–106

⁴¹ Taylor RS, (2006). Spinal cord stimulation in Complex Regional Pain Syndrome and Refractory Neuropathic Back and Leg Pain/Failed Back Surgery Syndrome: results of a systematic review and meta

⁴² Kumar K., Taylor RS, Jacques L., Eldabe S., Meglio M., Molet J., Thomson S., O'Callaghan J., Eisenberg E., Milbouw G., Buchser E., Fortini G., Richardson J., Richard B., North RB, (2007). Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: a multicenter randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. *Pain*; **132**: 179–188

⁴³ Ubbink DT, Vermeulen H., Spincemaille GHJJ, Gersbach PA, Berg P., Amann W., (2004). Systematic review and meta-analysis of controlled trials assessing spinal cord stimulation for inoperable critical leg ischaemia. *Br J Surg*; **91**: 948–955

⁴⁴ Kemler MA, De Vet HCW, Barendse GAM, Van Den Wildenberg FAJM, Van Kleef M., (2004). The effect of spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy: two years' follow-up of the randomized controlled trial. *Ann Neurol*; **55**: 13–18

⁴⁵ Van Buyten J-P (2006). Neurostimulation for chronic neuropathic back pain in failed back surgery syndrome. *J Pain Symptom Manage*; **31**: S25–S29

1.3.1 L'ipnosi e la neurostimolazione spinale: la mia esperienza nella terapia antalgica della Città della Salute e della Scienza di Torino

La Terapia antalgica in cui lavoro (Direttore Dott.ssa De Luca), è stata uno dei primi centri in Italia ad eseguire l'impianto di neurostimolazione spinale negli anni '84. Esiste quindi un'esperienza di circa trent'anni che ogni giorno si migliora e si modifica sia dal punto di vista della scelta del materiale sia nelle modalità d'impianto. Undici anni fa, quando ho iniziato a lavorare presso il servizio della Dott.ssa De Luca, il paziente veniva arruolato con una visita del solo medico algologo. Attualmente, è previsto un vero e proprio *“percorso clinico-assistenziale”* ben definito e dettagliato che inizia con una visita multidisciplinare di un medico e un infermiere. Durante tale visita, si forniscono le informazioni necessarie al paziente, si valutano i criteri d'idoneità e si verifica la capacità della persona di rimanere almeno quindici minuti nella posizione prona con un cuscino sotto la pancia, senza presentare problematiche legate ai parametri vitali. Il mantenimento della posizione prona nella migliore immobilità possibile è una delle condizioni necessarie per poter procedere all'impianto. Soltanto durante l'intervento di SCS definitivo è possibile il decubito laterale. Per questo motivo, noi infermieri abbiamo voluto introdurre la comunicazione ipnotica, già in questa prima fase: il paziente ha così la possibilità di scoprire, in una condizione più agevole rispetto a quella del giorno dell'impianto, quanto può essere abile a mantenere la posizione e a gestire la propria ansia e il dolore. Nello stesso tempo, l'infermiere può valutare se è necessario rivedere il paziente ancora una volta, prima dell'impianto, per un'ulteriore seduta di preparazione all'intervento, utilizzando la comunicazione ipnotica allo scopo di insegnare quelle modalità di auto aiuto che la persona potrà attuare per migliorare la compliance alla procedura. E' indubbio che esistano soggetti più facilmente ipnotizzabili di altri e da tempo sono stati elaborati metodi che possono indicare il minore o maggiore grado d'ipnotizzabilità di una persona. Per noi infermieri questo dato è utile solo per capire il grado di bisogno assistenziale che il paziente esprime in termini di *“bisogno di guida”*: si valuta quanto sia in grado di attuare l'autoipnosi o abbia la necessità di essere condotto dall'infermiere esperto in comunicazione ipnotica, per tutta la durata della procedura.

In passato, la difficoltà del mantenimento posturale o la paura degli aghi hanno limitato la possibilità d'impianto di alcuni pazienti poiché il problema non poteva

essere risolto semplicemente con una sedazione farmacologica: soprattutto durante la procedura d'impianto provvisorio, il paziente deve essere in grado di interagire con il medico e/o l'infermiere riguardo le parestesie avvertite. Nella fase d'impianto definitivo, invece, con l'introduzione della comunicazione ipnotica si è potuto sospendere l'utilizzo di Propofol.

Ad oggi, il giorno dell'impianto di elettrostimolatore midollare, il paziente viene ricoverato in regime di day hospital. Un infermiere si dedica completamente alla sua preparazione. Molti sono i fattori che influenzano e determinano la qualità della comunicazione: l'ambiente, i valori, gli atteggiamenti, le parole, i gesti, il silenzio. Non essendo possibile "*non comunicare*" occorre sempre porsi il problema di "*come comunicare*". Soltanto se ascoltiamo attentamente i nostri interlocutori possiamo realizzare una comunicazione davvero efficace. La comunicazione, infatti, se gestita in modo accorto e consapevole, consente di affrontare situazioni complesse e difficili, di instaurare relazioni gratificanti per la persona, di sostenerla nel processo terapeutico e assistenziale, di infondere fiducia e di contribuire alla serenità di chi è portatore di patologia e deve affrontare continue difficoltà. Esiste quindi la possibilità di un approccio cordiale e consapevole attraverso la comunicazione ipnotica che favorisce una valorizzazione delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione. Per questo motivo, nel servizio in cui lavoro, l'infermiere utilizza la comunicazione ipnotica a partire dall'ingresso del paziente in day hospital e la prosegue in sala operatoria. Anche in sala operatoria è presente l'infermiere che ha preparato in precedenza il paziente e che lo guida, ove necessario, ad utilizzare tutto il suo potenziale. Al ritorno in camera e alla dimissione viene sempre chiesto alla persona come ha vissuto l'esperienza e gli viene ricordato che potrà utilizzare il comando post ipnotico ogni volta che gli servirà, anche in altre occasioni. Questo infatti è il vero obiettivo che l'infermiere si pone: lavorare affinché il paziente possa riconoscere, gestire autonomamente e applicare le competenze apprese sia per affrontare l'impianto di SCS che in altre situazioni di necessità.

Come riporterò più avanti nello studio, l'introduzione della comunicazione ipnotica ha ridotto l'utilizzo di farmaci ipnoinducenti ed antidolorifici. Ha inoltre agevolato il lavoro dell'infermiere durante la relazione d'aiuto in tutto il percorso della persona e ha migliorato il percepito del paziente. Tutto ciò è possibile poiché l'emozione è una risposta dell'organismo ad una certa situazione. Mentre nello stato di veglia il controllo volontario delle emozioni pare essere un compito particolarmente arduo, in

ipnosi, queste possono essere modificate sia nella direzione dell'accentuazione sia nella direzione opposta della riduzione. Attraverso l'ipnosi il soggetto può apprendere a smorzare la sua risonanza emotiva. In tale stato variano i parametri spazio temporali. In ipnosi è anche possibile modificare il vissuto cenestesico, il vissuto di schema corporeo e in particolare è possibile, come già dimostrato in precedenza, un controllo del dolore. Il soggetto in ipnosi può orientare con facilità la propria introspezione nei diversi settori del suo organismo, può ampliare o ridurre le sensazioni che provengono dal suo corpo, può alterare i parametri fisiologici avvertibili come il battito cardiaco, il ritmo respiratorio e la temperatura cutanea. Quanto una persona abbia la possibilità di ottenere impiegando adeguatamente la potenzialità dell'immaginazione creativa, oggi non ci è dato sapere. Di certo sappiamo che il soggetto in ipnosi può modificare la percezione del mondo esterno; può percepire stimoli che in realtà non ci sono e non percepire quelli che sono presenti; può distorcere percezioni di stimoli effettivamente esistenti creando illusioni; è in grado di percepire con maggior penetrazione la realtà al di fuori di lui.¹

Capitolo 2

La ricerca

In mezzo a qualsiasi difficoltà

si trova un'opportunità.

Albert Einstein

2.1 Obiettivi

L'*obbiettivo generale* della ricerca è quello di verificare se l'attuazione della comunicazione ipnotica può favorire la riduzione dell'ansia e migliorare la compliance del paziente durante la procedura di:

1. Impianto di SCS provvisorio
2. Impianto di SCS definitivo
3. Impianto di SCS definitivo + provvisorio
4. Impianto di piattina ottopolare
5. Sostituzione di pace maker (IPG)
6. Rimozione totale d'impianto
7. Revisione d'impianto (spostamento connessione)

In particolare l'indagine vuole indagare se, in conseguenza all'utilizzo della comunicazione ipnotica, si sia :

1. ottenuta una riduzione dell'ansia da procedura;⁴⁶
2. influito positivamente sulla percezione e gestione del dolore;⁴⁷
3. favorita la stabilità dei parametri vitali;⁴⁸
4. agevolato il mantenimento posturale;⁴⁹
5. facilitato il rilassamento e la compliance⁵⁰

⁴⁶ Misurazione ottenuta con la scala di valutazione STAI

⁴⁷ Misurazione ottenuta con scala numerica Likert NRS del dolore, da 0 a 10

⁴⁸ Misurazione ottenuta mediante rilevazione parametri vitali

⁴⁹ Risultato ottenuto mediante scala numerica Likert, da 0 a 10 e una domanda aperta

⁵⁰ Risultato ottenuto mediante domanda dicotomica (si/ no) e una domanda aperta

Obiettivo specifico 1: misurare i livelli d'ansia di tratto del paziente e poi di stato prima e durante la procedura ed esplorare il loro andamento.

Obiettivo specifico 2: rilevare l'intensità del dolore prima e durante la procedura e analizzare l'opinione dei soggetti in merito all'influenza della comunicazione ipnotica sul dolore.

Obiettivo specifico 3: tramite rilevazione dei parametri confermare una loro stabilità favorita dalla comunicazione ipnotica durante la procedura.

Obiettivo specifico 4: rilevare se la comunicazione ipnotica abbia agevolato il mantenimento posturale e il rilassamento.

Obiettivo specifico 5: Valutare qualitativamente attraverso domande aperte se è stato facilitato il rilassamento e la compliance alla procedura.

Obiettivo delle tecniche impiegate perché l'ipnosi si manifesti, è quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata.

2.2 Strumenti e metodi

2.2.1 Campo di indagine

La ricerca è stata condotta per un periodo di tempo compreso tra Giugno e Agosto 2014, presso il servizio di terapia antalgica e cure palliative – Dott.ssa De Luca, presso la “Città della Salute e della Scienza di Torino” – presidio Molinette. In tale servizio la comunicazione ipnotica viene già utilizzata, da cinque anni, dagli operatori, formati attraverso un corso accreditato E.C.M., con i pazienti che quotidianamente afferiscono per dolore e in particolare per dolore vascolare e neuropatico.

2.2.2 Procedure

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il programma informatico PASW Statistics Versione 20 sia per le analisi descrittive monovariate, sia per quelle bivariate. È stata costruita la matrice dei dati e, a seguito del loro inserimento, si è proceduto allo screening della matrice (pulizia della matrice) al fine di verificare la

presenza di eventuali errori verificatisi durante la procedura d'inserimento. Si sono effettuate le principali analisi descrittive univariate percentuali (%) e frequenze, medie (M) e deviazioni standard (DS). Per confrontare i dati longitudinalmente (pre, durante e post intervento) si è utilizzato il test (non parametrico), del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati⁵¹.

2.2.3 Popolazione oggetto della ricerca

I 16 soggetti che hanno partecipato alla ricerca sono stati reclutati tra i pazienti accedenti al servizio attraverso un campionamento legato al tipo di procedura da eseguire. L'età media dei partecipanti è di 61,12 anni (DS=12,41) di cui il 44% femmine e il 56% maschi.

Sono stati sottoposti:

1 soggetto a impianto di piattina ottopolare

1 soggetto a impianto di SCS definitivo

1 soggetto a impianto di SCS definitivo + provvisorio

9 soggetti a impianto di SCS provvisorio

3 soggetti a sostituzione di IPG

1 soggetto a revisione d'impianto per spostamento connessione.

Tra questi, 5 soggetti sono stati sottoposti a secondo intervento per posizionamento SCS definitivo e 1 soggetto per rimozione d'impianto.

Il 68,8% è affetto da dolore neuropatico, e il 31,2% da dolore vascolare.

L'87,5% ha una terapia algologica in atto e il 12,5% non assume alcuna terapia.

2.2.4 Strumenti utilizzati

Per la raccolta dei dati è stata scelta la tecnica del *self report* utilizzando un questionario cartaceo autosomministrato (Allegato 1).

Il **Questionario per la riduzione dell'ansia e il miglioramento della compliance nel paziente sottoposto a procedura di neurostimolazione spinale** è stato creato appositamente per questo progetto di Tesi. Presenta una *front page* contenente una breve descrizione delle finalità della ricerca, alcune indicazioni per la compilazione,

⁵¹ Si tratta di un test per la verifica delle ipotesi sulla tendenza centrale (Barbaranelli e D'Olimpio, 2007).

riferimenti di legge sulla tutela della privacy e il trattamento dei dati (art.13 del D. L.gs. 196/2003).

Lo strumento, uguale per tutti, costituito da domande e scale validate, è composto da 6 parti così denominate:

- A. Dati personali del soggetto
- B. Valutazione ansia di tratto
- C. Al momento dell'ingresso
- D. Valutazione ansia di stato all'arrivo
- E. Durante la procedura
- F. Valutazione ansia di stato durante la procedura
- G. Al momento della dimissione:

Nella parte A relativa ai dati personali veniva chiesto all'operatore che effettuava la comunicazione ipnotica di compilare alcuni campi: data del trattamento, identificativo del soggetto, anno di nascita, sesso, diagnosi algologica e terapia algologica in atto.

La parte B, è utile nel valutare la tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere alle varie situazioni con diversa intensità. A tal fine è stata utilizzata la sottoscala della STAI-Y(Spielberg, 1989), volta a rilevare l'ansia di tratto. Si tratta di 20 item, ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità (da "quasi mai" a "quasi sempre). Gli item sono focalizzati su come i soggetti si sentono generalmente e alti punteggi si riferiscono ad alti livelli di ansia.

Nella parte C i campi di indagine sono stati i seguenti:

- Il dolore provato in sede algica e in sede procedurale specificando eventuale tipologia di dolore – attraverso la scala Likert che va dal punteggio 1 (nessun dolore) al punteggio 10 (massimo dolore immaginabile);
- Parametri vitali
- Somministrazione di analgesici – attraverso una domanda dicotomica e una aperta.

Le parti D e F del questionario indagano l'ansia di stato all'arrivo e durante la procedura, dove l'ansia è concepita come esperienza particolare, un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito che può condurre o alla preoccupazione oppure alla fuga e all'evitamento. A tal fine, è stata utilizzata la sottoscala della STAI-Y(Spielberg, 1989), volta a rilevare l'ansia di stato. Si tratta di

20 item, ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità (da "per nulla a moltissimo"). Anche in questo caso ad alti punteggi corrispondono alti livelli di ansia.

Viene utilizzata la stessa scala di valutazione sia all'arrivo che durante la procedura.

Nella parte E i campi di indagine sono stati i seguenti:

Il dolore provato, i parametri vitali, la somministrazione di analgesici e altri farmaci sono stati rilevati in modo analogo alla parte C.

E' stato aggiunto un item che registra la durata della procedura.

Nella parte G i campi di indagine sono stati i seguenti:

- Il dolore provato in sede algica attraverso la scala Likert che va dal punteggio 1 (nessun dolore) al punteggio 10 (massimo dolore immaginabile);
- Parametri vitali
- Somministrazione di analgesici – attraverso una domanda dicotomica e una aperta.
- Agevolazione fornita dalla comunicazione ipnotica nel *mantenimento posturale* durante la procedura - attraverso la scala Likert che va dal punteggio 1 (per niente) al punteggio 10 (totalmente) e una domanda aperta in cui si chiede al soggetto di specificare le motivazioni del punteggio assegnato.
- Influenza della comunicazione ipnotica nel *gestire il dolore e nel favorire il rilassamento* durante la procedura - attraverso due domande dicotomiche (si/no) e due domande aperte in cui il compilante poteva specificare la motivazione della sua risposta.

La parte finale del questionario offre uno spazio nel quale la persona possa descrivere le considerazioni sul trattamento ed esprimere liberamente come si è sentita. Permette inoltre all'operatore di annotare ulteriori osservazioni non previste dal questionario, ma utili ai fini della ricerca.

2.2.5 Risultati

Dall'analisi dei dati raccolti si evince che al

A. PRIMO INTERVENTO:

All'ingresso - dei 16 partecipanti, 7 soggetti (pari al 43,8%) hanno assunto *analgesici* e 9 soggetti (pari al 56,2%) non li hanno assunti.

La motivazione dell'assunzione è stata legata per il 100% dei pazienti alla terapia prescritta in precedenza dal medico algologo.

Durante la procedura – a tutti i soggetti viene praticata, come da procedura standardizzata, l'infiltrazione di anestetico locale. Nello specifico a **2 soggetti** (pari al 12,5%) **sono stati somministrati analgesici endovenosi** e a 14 soggetti (pari all'87,5%) non lo sono stati. La motivazione per 1 soggetto, è stata la scarsa efficacia dell'anestetico locale sul tessuto cicatriziale infiammato della sede chirurgica e per l'altro, il raggiungimento della soglia tetto di somministrazione di anestetico locale. **Nessuno** dei due soggetti **apparteneva alla categoria** delle persone con **capacità analgesiche** in ipnosi. Per i restanti 14 partecipanti (pari **all'87,6%**) vi è stato **un buon controllo del dolore con l'utilizzo della comunicazione ipnotica in associazione alla somministrazione di anestetico locale.**

Per il 100% dei pazienti non sono stati somministrati altri farmaci per assenza di necessità di sedazione.

Alla dimissione – a 2 soggetti (pari al 12,5%) sono stati somministrati analgesici endovenosi e ai restanti 14 (pari all' 87,5) non lo sono stati. Le motivazioni sono state la presenza di cefalea per 1 partecipante e la paura di avere dolore durante il viaggio di ritorno a casa in macchina. E' da sottolineare che la dimissione avviene almeno dopo 3 ore dal termine della procedura e dalla riemersione dallo stato ipnotico.

Per quanto riguarda il *dolore*, dalla ricerca emerge che:

il 100% dei soggetti risponde che la comunicazione ipnotica ha favorito la gestione del dolore e le motivazioni, riprendendo le frasi espresse dai pazienti, possono essere così riassunte:

“in certi momenti ho provato un vero stato di benessere e sollievo soprattutto durante le manovre più cruenta”;

“mi è passata accoglienza e sicurezza di non essere solo”;

“mi ha tranquillizzata e mi ha aiutato a mantenere una respirazione tranquilla”.

In particolare 2 pazienti (pari al 12,6%) esprimono esplicitamente come motivazione quella di *non avere sentito proprio nulla*, 6 (pari al 37,8%) di *non avere avuto male*, 1 (pari al 6,3%) di *non avere sentito quasi nulla*, 1 di *sentire toccare, ma non gli importava* (pari al 6,3%) e 1 (pari al 6,3%) di *non avere avuto assolutamente male a differenza di altre volte*.

Per quanto riguarda il **monitoraggio dell'intensità del dolore**, nel primo intervento e nel secondo, al momento dell'ingresso, durante la procedura chirurgica e nella fase post-operatoria (alla dimissione), sia nella sede algica, sia in quella dell'intervento, i punteggi medi sono riportati in tabella 1.

Tab. 1: NRS Statistiche descrittive

	N	Min	MAX	M	DS
Primo intervento					
NRS all'ingresso nella sede algica	16	0	10	6.2	3.5
NRS all'ingresso nella sede d'intervento	16	0	8	1.1	2.6
NRS durante procedura nella sede dell'intervento	12	0	6	1.1	1.7
NRS nella sede d'intervento alla dimissione	15	0	5	.9	1.7
Secondo intervento					
NRS all'ingresso nella sede algica	6	0	8	3.5	3.0
NRS all'ingresso nella sede d'intervento	6	0	8	2.0	3.1
NRS durante procedura nella sede dell'intervento	5	0	3	2.0	1.2
NRS nella sede d'intervento alla dimissione	6	0	2	.5	0.8

Il test del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati non è significativo per quanto riguarda le differenze fra le mediane del dolore nella sede dell'intervento ($p > .05$). È necessario, comunque, sottolineare che i punteggi di NRS riportati dai soggetti risultano mediamente bassi.

Tab. 1.2 Pressione arteriosa massima e minima: analisi descrittive

	<i>M</i>	<i>DS</i>
<i>Primo intervento</i>		
PAO MAX all'ingresso	133,1	16,7
PAO MAX 1 durante	153,0	30,9
PAO MAX 2 durante	152,1	23,2
PAO MAX 3 durante	145,4	24,1
PAO MAX 4 durante	141,0	29,2
PAO MAX alla dimissione	135,3	16,3
PAO MIN all'ingresso	73,3	13,1
PAO 1 MIN durante	86,0	13,6
PAO 2 MIN durante	85,4	12,8
PAO 3 MIN durante	86,0	12,7
PAO 4 MIN durante	85,1	23,5
PAO MIN alla dimissione	77,1	12,1
<i>Secondo intervento</i>		
PAO MAX all'ingresso	136,0	10,7
PAO MAX 1 durante	146,5	20,9
PAO MAX 2 durante	143,1	17,2
PAO MAX 3 durante	139,8	9,3
PAO MAX 4 durante	130,6	14,3
PAO MAX dimissione	128,6	14,5
PAO MIN all'ingresso	79,0	16,7
PAO 1 MIN durante	83,8	9,5
PAO 2 MIN durante	84,1	14,2
PAO 3 MIN durante	88,6	8,8
PAO 4 MIN durante	87,0	6,0
PAO MIN alla dimissione	71,1	11,2

Nella tabella 1.2 sono riportate le statistiche descrittive della **pressione arteriosa massima e minima**, sia per il primo, sia per il secondo intervento. Per quanto concerne la prima procedura, è possibile osservare come il test del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati indichi una differenza significativa tra la rilevazione della pressione (sia massima, sia minima) nel pre-intervento e quella all'ingresso in sala operatoria (prima rilevazione) ($p_s < .05$), mentre non si riscontrano nelle successive rilevazioni, compresa quella nella fase post-operatoria ($p_s > .05$). Ciò significa un **innalzamento significativo dei parametri pressori nel passaggio dalla fase pre-operatoria a quella operatoria e uno stabilizzarsi nel corso dell'intervento e nel post-operatorio.**

Tab. 1.3 Saturazione (SAT, %) e frequenza cardiaca (FC, bpm): statistiche descrittive.

	<i>M</i>	<i>DS</i>
<i>Primo intervento</i>		
FC all'ingresso	70,8	9,5
SAT all'ingresso	96,5	1,7
FC1 durante	71,3	10,9
FC2 durante	67,8	18,9
FC3 durante	67,8	22,1
FC4 durante	67,8	11,8
SAT1 durante	96,6	1,8
SAT2 durante	97,4	1,1
SAT3 durante	98,0	1,6
SAT4 durante	97,5	2,2
FC alla dimissione	69,6	8,8
SAT alla dimissione	96,8	1,7
<i>Secondo intervento</i>		
FC all'ingresso	69,0	9,6
SAT all'ingresso	97,1	2,9
FC1 durante	73,3	9,2
FC2 durante	74,6	10,3
FC3 durante	75,0	12,3
FC4 durante	72,3	7,7
SAT1 durante	97,1	2,9
SAT2 durante	98,6	1,6
SAT3 durante	98,8	1,6
SAT4 durante	97,6	2,6
FC alla dimissione	73,0	9,6
SAT alla dimissione	97,1	2,1

Si sono effettuati una serie di tests del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati per quanto riguarda gli altri parametri fisiologici (*frequenza cardiaca* e *saturazione*) (Tabella 1.3). I risultati ottenuti dimostrano una loro **costante stabilità nelle tre fasi** di osservazione ($ps > .05$).

Rispetto alla percezione che la **comunicazione ipnotica** abbia *agevolato il mantenimento posturale* durante la procedura, i risultati dimostrano che **l'efficacia della procedura in tal senso è stata elevata** ($M = 9.81$; $DS = .40$); infatti, in merito al

primo intervento, l'81.3% dei soggetti ha dichiarato il livello massimo e la restante parte ha segnalato un'elevatissima efficacia (punteggio pari a 9). Al proposito, le motivazioni possono essere così riassunte con le frasi espresse dai pazienti:

“mi sono sentito tranquillo e comodo perché ho provato sensazioni di sicurezza e positività”;

“ero rilassata”;

“ho spostato l'attenzione e ciò ha rimosso ogni sensazione dolorosa legata alla posizione”;

“mi sono sentito tranquillo e comodo”;

“ho provato sensazione di sicurezza e positività”;

“sapevo che mi faceva bene”;

“se volevo muovermi potevo farlo, ma stavo bene ferma”;

“sono stata più ferma di quanto immaginassi”.

In particolare 5 pazienti (pari a 31,5 %) esprimono esplicitamente come motivazione quella di essere *riusciti a stare fermi e immobili* e 1 di questi (pari al 6.3%) specifica che *stava proprio bene fermo*.

Per quanto concerne se la **comunicazione ipnotica ha favorito il rilassamento**, emerge che il **100% dei soggetti risponde di sì**.

Le motivazioni possono essere così riassunte con le frasi espresse dai pazienti:

“mi aiutava a distendere la muscolatura e a non perdere la pazienza di dover rimanere ferma nella stessa posizione”;

“mi ha aiutato tantissimo la voce dell'infermiera”;

“mi ha aiutato tutto quello che mi è stato detto sin dalla preparazione”;

“non ho pianto come faccio di solito quando sono preoccupata e mi sottopongo ad un intervento”;

“mi sembrava di essere disteso in spiaggia e non ci vado da vent'anni: è stato molto piacevole”;

“mi sono sentita a mio agio, accompagnata e sicura”;

“avevo sonnolenza”;

In particolare 5 pazienti (pari a 31,5 %) esprimono esplicitamente come motivazione quella di *essere stati tranquilli* e questo ha consentito il rilassamento.

B. AL SECONDO INTERVENTO:

All'ingresso - dei 6 partecipanti, il **100% dei soggetti non ha assunto analgesici**
Durante la procedura a tutti i soggetti viene praticata, come da procedura standardizzata, l'infiltrazione di anestetico locale. Nello specifico a 1 soggetto sono stati somministrati analgesici endovenosi e a 5 soggetti (pari **all'83,7%**) non lo sono

stati. La motivazione per cui tale **soggetto** ha assunto una terapia algologica è riconducibile al **suo normale trattamento** (terapia prescritta precedentemente e da lui seguita).

Per il 100% dei pazienti non sono stati somministrati altri farmaci per assenza di necessità di sedazione.

Alla *dimissione* a 3 soggetti (pari al 50,0%) sono stati somministrati analgesici endovenosi e ai restanti 3 (pari all'50,0%) non lo sono stati. Le motivazioni sono state il dolore alla ferita per 2 partecipanti e il dolore per un secondo intervento di debruitment chirurgico a un dito del piede e non in sede di impianto SCS. E' da sottolineare che anche nei secondi interventi la dimissione avviene almeno dopo 3 ore dal termine della procedura e dalla riemersione dallo stato ipnotico.

Per quanto riguarda il *dolore* dalla ricerca emerge che:

il 100% dei soggetti risponde che la comunicazione ipnotica ha favorito la gestione del dolore e le motivazioni possono essere così riassunte con le frasi espresse dai pazienti:

“mi sembrava che strappassero la carne a qualcun altro”;

“pensavo di essere giovane con tante donne intorno che ballavano”;

“respirando, aprendo e chiudendo le mani, passava”.

In particolare 3 pazienti (pari al 18,9%) esprimono esplicitamente come motivazione quella di *non avere sentito male*.

I **livelli di NRS** nel secondo intervento sono riportati in tabella 1. Anche nel caso del secondo intervento, il test del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati non è significativo per quanto riguarda le differenze fra le mediane del dolore nella sede dell'intervento ($ps > .05$). È necessario, nuovamente, sottolineare che i **punteggi** di NRS riportati dai soggetti risultano **mediamente bassi**.

Per quanto attiene ai **parametri pressori**, i risultati del test non parametrico del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati sono **analoghi a quelli del primo intervento**. Invece, per quanto riguarda gli altri parametri fisiologici (*Frequenza Cardiacca e Saturazione*), Tabella 1.3, le risultanze ottenute indicano una loro **costante stabilità nelle tre fasi** di osservazione ($ps > .05$).

Per quanto riguarda la percezione che la comunicazione ipnotica abbia agevolato il ***mantenimento posturale*** durante la procedura i risultati dimostrano, in linea con quelli del primo intervento, che **l'efficacia della tecnica in tal senso è stata elevata** (M= 9.67; DS= .51) e le motivazioni possono essere così riassunte con le frasi espresse dai pazienti:

“ Mi sono sentita tranquilla...al mare”;

“Sentendo parlare non pensavo all'operazione e sono riuscito a stare fermo come richiesto”;

“Sono stata immobile”.

Analogamente al primo intervento, il test non parametrico del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati è significativo per quanto riguarda la differenza fra le mediane dell'***ansia di stato*** tra prima e durante il primo intervento ($p < .05$). Questo risultato sembra indicare un **abbassamento del livello di ansia connesso alla procedura.**

Per quanto concerne se la **comunicazione ipnotica ha favorito il rilassamento** emerge che **5 dei soggetti (83,3%) risponde di sì e 1 solo (16,7%) non risponde.**

Le motivazioni possono essere così riassunte con le frasi espresse dai pazienti:

“E' andato tutto bene.... sono stata tranquilla”;

“mi è stato più facile distendermi”;

“emotivamente mi ha aiutato a tranquillizzarmi”.

In merito ai livelli di ***ansia***, nella tabella 2 sono riportate le statistiche descrittive per quanto attiene al PRIMO e al SECONDO INTERVENTO.

Tab. 2: Statistiche descrittive livelli di ansia

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>MAX</i>	<i>M (DS)</i>	<i>Bassa ansia</i> <i>M (DS)</i>	<i>Alta ansia</i> <i>M (DS)</i>
<i>Primo intervento</i>						
STAI tratto	16	29,0	65,0	44,7 (9,9)		
STAI STATO prima procedura	16	23,0	73,0	50,4 (15,8)	44,3 (15,6)	54,1 (15,5)
STAI STATO durante procedura	15	20,0	51,0	26,8 (9,9)	28,4 (10,5)	26,1 (10,1)
<i>Secondo intervento</i>						
STAI STATO prima procedura	6	40,0	46,0	43,0 (2,5)	41,6 (2,8)	44,3 (1,5)
STAI STATO durante procedura	5	20,0	24,0	21,0 (1,7)	20,3 (,5)	22,0 (2,8)

Il test non parametrico del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati è significativo per quanto riguarda la mediana delle differenze nei livelli dell'*ansia di stato* tra prima e durante il primo intervento ($p < .01$). Questo risultato sembra indicare **un abbassamento del livello di ansia di stato connesso alla procedura.**

In merito al primo intervento, si sono distinti due gruppi di pazienti, denominati "Alta ansia" e "Bassa ansia" in base al livello di ansia di tratto ($cut-off > 40$).

Il test non parametrico del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati per quanto riguarda i livelli di *ansia di stato* nel primo intervento, mostra una sua **diminuzione nel gruppo Alta Ansia** ($p < .01$) e un **mantenimento costante dei livelli di ansia nel passaggio tra prima e dopo la procedura nel gruppo bassa ansia** ($p > .05$). Per il gruppo che si è sottoposto alla seconda procedura, non è stato possibile effettuare la medesima operazione a causa della bassa numerosità dei soggetti.

Tab. 3 PAO massima e minima: Statistiche descrittive; PAO: pressione arteriosa omerale; MAX: sistolica; MIN: diastolica (mmHg).

	Bassa ansia		Alta ansia	
	M	DS	M	DS
PAO MAX all'ingresso	125,6	9,1	137,6	19,0
PAO1 MAX durante	142,1	19,6	159,5	35,4
PAO2 MAX durante	143,3	15,9	157,4	25,9
PAO3 MAX durante	134,6	14,4	153,1	27,5
PAO4 MAX durante	133,5	4,9	144,7	36,9
PAO MAX dimissione	132,1	6,8	138,5	22,7
PAO MIN all'ingresso	77,6	9,0	70,7	14,8
PAO1 MIN durante	86,6	7,2	85,7	16,7
PAO2 MIN durante	86,6	8,1	84,7	15,3
PAO3 MIN durante	81,8	6,3	89,0	15,6
PAO4 MIN durante	79,0	12,7	88,2	28,8
PAO MIN dimissione	79,0	7,8	75,3	16,0

Nella tabella 3 sono riportate le medie e le deviazioni standard delle rilevazioni longitudinali dalla *pressione arteriosa massima e minima*, suddivise in base al gruppo “Bassa ansia di tratto” o “Alta ansia di tratto”. Il test del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati, indica una **differenza significativa tra la rilevazione della pressione (sia massima, sia minima) nel pre-intervento e quella all'ingresso in sala operatoria (prima rilevazione), nel gruppo “Alta ansia” ($p < .05$)**, mentre **non si riscontrano differenze in quello “Bassa ansia” ($p > .05$)**. Inoltre, **non si riscontrano differenze nelle successive rilevazioni**, compresa quella nella fase post-operatoria in entrambi i gruppi ($p > .05$).

Tab. 4 Saturazione (SAT) e frequenza cardiaca (FC): statistiche descrittive

	Bassa ansia		Alta ansia	
	M	DS	M	DS
FC all'ingresso	69,8	8,7	71,4	10,4
SAT all'ingresso	96,8	1,9	96,4	1,6
FC1 durante	71,8	12,8	71,0	10,4
FC2 durante	62,3	29,1	71,2	9,6
FC3 durante	76,6	14,4	62,3	25,1
FC4 durante	66,5	20,5	68,5	9,5
SAT1 durante	96,3	1,5	96,9	2,0
SAT2 durante	97,3	,8	97,5	1,3
SAT3 durante	98,2	1,1	98,0	2,0
SAT4 durante	96,5	3,5	98,0	1,8
FC dimissione	71,1	11,9	68,1	4,6
SAT dimissione	97,1	1,8	96,5	1,7

Nella tabella 4 sono riportate le medie e le deviazioni standard delle rilevazioni longitudinali della *saturazione* e della *frequenza cardiaca*, suddivise in base al gruppo “bassa ansia di tratto” o “alta ansia di tratto”. Il test del segno per ranghi di Wilcoxon a campioni correlati, non indica differenze significative tra le rilevazioni, indicando una **costanza dei parametri** suddetti in entrambi i gruppi ($p > .05$).

CONCLUSIONI

L'infermiere deve maturare la capacità di uscire da schemi prefissati per adattare il proprio intervento alla persona che ha di fronte e deve imparare a lasciarsi coinvolgere in giusta misura nella relazione con l'assistito, in modo che questi possa sentirsi al centro della sua attenzione. Tali atteggiamenti consentono all'infermiere di realizzare un approccio centrato sulla persona, di stabilire con il paziente quella relazione al centro della quale c'è l'individuo. Come abbiamo visto nello svolgimento di questa tesi, la comunicazione ipnotica è uno strumento che consente all'infermiere di individualizzare l'intervento e di insegnare alle persone ad impiegare consapevolmente le potenzialità della loro rappresentazione mentale per raggiungere obiettivi utili al processo assistenziale.

I risultati dello studio confermano l'ipotesi iniziale che la **comunicazione ipnotica ha influito positivamente sulla percezione e gestione del dolore e ha favorito il rilassamento e il mantenimento posturale**. Nello specifico per quanto riguarda il *rilassamento* è stato riscontrato nel **100%** dei **partecipanti** a una sola procedura chirurgica e sempre nella **totalità** dei rispondenti sottoposti anche alla seconda; per quanto concerne il *mantenimento posturale* sia nel primo intervento che nel secondo i partecipanti dichiarano un'**alta efficacia della comunicazione ipnotica**.

Non si osserva inoltre, una variazione dei livelli di *NRS* nei tre momenti studiati (pre, durante e post): ciò potrebbe indicare che la **comunicazione ipnotica ha favorito una riduzione della percezione dolorosa** senza la necessità di ricorrere alla somministrazione di farmaci analgesici e/o ipnoinducenti endovenosi, diversamente da quanto accadeva prima dell'introduzione di questa tecnica. Tutto ciò è significativo anche nell'ottica di una *riduzione dei costi* legati all'utilizzo di terapia farmacologica.

Le motivazioni del risultato positivo, si differenziano da soggetto a soggetto, ma le espressioni dei pazienti sono sempre legate a immagini o sensazioni di piacevolezza. In particolare le osservazioni dei pazienti evidenziano la singolarità positiva dell'esperienza:

“mi sento già più tranquilla” dopo la seconda esperienza di autoipnosi”;

“mi sento più distesa, tranquilla, sorridente e felice di aver mantenuto la posizione”;

“benissimo, l'avessi fatto prima questo intervento....è andata benissimo con questa modalità”;

“bene, bene, bene....sto meglio adesso di prima”;

“mi sentivo molto tranquilla, la sua presenza mi dava calore e calma...non avevo male e mi è sembrato fossero passati pochi minuti”;

“in stanza, mi è sembrato di non riuscire a distaccarmi completamente, mentre in sala si”;

“ho sognato che c'erano tante donne che ballavano”.

E' da sottolineare che alcuni partecipanti sottoposti alla seconda procedura affermano che *“è più facile della prima volta”* e che *“si sentono più tranquilli”*; il tutto probabilmente è da collegarsi al vissuto positivo della prima volta.

Inoltre, rispetto ai **parametri vitali**, è possibile osservare il loro **andamento costante** nel tempo di osservazione sino alla dimissione. Risultato particolarmente rilevante è la loro **stabilità anche durante** il momento più critico **legato all'intervento**.

Per quanto riguarda l'analisi e l'esplorazione dell'andamento dei livelli d'ansia di tratto del paziente e poi di stato prima e durante la procedura si conferma **un abbassamento del livello di ansia connesso alla procedura, in conseguenza, all'utilizzo della comunicazione ipnotica**. Analizzando i dati e distinguendo i pazienti (che si sono sottoposti alla prima procedura), in base ai livelli dell'ansia di tratto (Bassa/Alta), si nota che i livelli del gruppo con **ansia di tratto Bassa, non hanno livelli differenti di ansia** di stato nel pre-intervento e durante la procedura, mentre il gruppo **Alta ansia** di tratto è caratterizzato da un **abbassamento dell'ansia di stato connesso alla procedura**.

Quanto fin'ora descritto, ha influito positivamente sul **miglioramento della compliance** dei soggetti e può essere espresso con queste frasi raccolte nelle *“osservazioni operatore”* :

“all'ingresso, paura per la procedura; dice di non aver dormito ed essere teso.... poi induzione e rilassamento con beneficio; durante l'intervento massima compliance, mantiene posizione, collabora con calma e rimane rilassato”;

“nonostante l'impossibilità di utilizzare altre dosi di anestetico locale è rimasto immobile e collaborante (per avvisare quando sentiva parestesie); in alcuni momenti si è addormentato o cantava (verso fine intervento controllo del dolore con respiro)”;

“ottima compliance durante la procedura, è rimasto molto fermo e ha controllato la postura durante le stimolazioni parestesiche”;

“ottima capacità di controllo della posizione per tutto l'intervento, calmo anche durante la sindrome vagale (rientrata rapidamente), buona capacità di risposta agli stimoli, distacco da ciò che non serve direttamente a lui”;

“paziente collaborante, capace di rispondere con precisione nonostante la complessità e la lunghezza dell' intervento”;

“il paziente è riuscito a mantenere la posizione per tutto il tempo con rilassamento muscolare, collaborando durante le stimolazioni elettriche con molta precisione, è rimasto compliant per tutto l'intervento. Dopo la procedura ha dormito fino a dimissione”;

“dopo dieci minuti, buon controllo del corpo e rilassamento; ottima compliance, durante la procedura è rimasta immobile nonostante le scosse”;

“riferisce subito di sentirsi più tranquilla e rilassata. Si autoinduce subito dopo la prima esperienza con beneficio; molto rilassata anche dopo la procedura.... tende ad addormentarsi”.

In conclusione, i risultati della ricerca, soprattutto per quanto riguarda la stabilità dei parametri, la riduzione del dolore, dell'ansia, dell'uso dei farmaci e dei costi stessi durante le procedure chirurgiche, sono in linea con quanto indicato in letteratura e descritto nel paragrafo 1.2. Come infermiera che utilizza la comunicazione ipnotica ho potuto constatare direttamente, come tutti i pazienti abbiano potuto sperimentare le loro potenzialità immaginative, diventando maggiormente collaboranti e complianti. Tutto ciò, ha facilitato il mio lavoro infermieristico per tutta la durata del processo assistenziale dei pazienti presi in esame.

Come dice Patch Adams:

“Se si cura una malattia si vince o si perde; ma se si cura una persona, vi garantisco che si vince, si vince sempre, qualunque sia l'esito della terapia”.

ALLEGATI

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA PER LA RIDUZIONE DELL'ANSIA E IL MIGLIORAMENTO DELLA COMPLIANCE NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROCEDURA DI NEUROSTIMOLAZIONE MIDOLLARE

Questionario

La presente raccolta dati sarà utilizzata come oggetto di ricerca in una Tesi per il Corso di base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica

Gentile paziente, le sottoporremo delle domande, rispetto alle quali **non esistono risposte giuste o sbagliate**: La preghiamo, quindi, di rispondere sulla base delle Sue opinioni, esperienze e vissuti personali.

I questionari sono **anonimi** e saranno trattati con la **massima riservatezza**, ai sensi dell'art. 13 del D.L.gs 196/2003 sulla tutela della privacy e il trattamento dei dati personali.

Grazie per la collaborazione.

Erika Mainardi

Data: _____

Procedura di: _____

Identificativo del soggetto:

Anno di nascita: _____

Sesso :

Maschio

Femmina

Diagnosi Algologica:

Terapia algologica in atto:

Valutazione ansia di tratto

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei *abitualmente* si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come lei *abitualmente* si sente.

		Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
21. Mi sento bene	1	2	3	4	
22. Mi sento teso e irrequieto	1	2	3	4	
23. Sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4	
24. Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri	1	2	3	4	
25. Mi sento un fallito	1	2	3	4	
26. Mi sento riposato	1	2	3	4	
27. Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4	
28. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	1	2	3	4	
29. Mi preoccupa troppo di cose che in realtà non hanno importanza	1	2	3	4	
30. Sono felice	1	2	3	4	
31. Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4	
32. Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4	
33. Mi sento sicuro	1	2	3	4	
34. Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4	
35. Mi sento inadeguato	1	2	3	4	
36. Sono contento	1	2	3	4	
37. Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	1	2	3	4	
38. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa ..	1	2	3	4	
39. Sono una persona costante	1	2	3	4	
40. Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	1	2	3	4	

AL MOMENTO DELL'INGRESSO:

- NRS in *sede algica*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Max dolore immaginabile

- NRS in *sede d'intervento*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Max dolore immaginabile

- Eventuale *tipologia di dolore* (es. allodinia, iperalgesia, etc...):

.....
.....
.....
.....

- Rilevazione *parametri*

PAO -----
FC -----
SAT -----

- Somministrati analgesici?

Si No

perché?.....
.....
.....
.....

Valutazione ansia di stato all'arrivo

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei si *sente adesso*, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi *attuali* stati d'animo.

		Per nulla	Un po'	Abbastanza	Moltissimo
1. Mi sento calmo	1	2	3	4	
2. Mi sento sicuro	1	2	3	4	
3. Sono teso	1	2	3	4	
4. Mi sento sotto pressione	1	2	3	4	
5. Mi sento tranquillo	1	2	3	4	
6. Mi sento turbato	1	2	3	4	
7. Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4	
8. Mi sento soddisfatto	1	2	3	4	
9. Mi sento intimorito	1	2	3	4	
10. Mi sento a mio agio	1	2	3	4	
11. Mi sento sicuro di me	1	2	3	4	
12. Mi sento nervoso	1	2	3	4	
13. Sono agitato	1	2	3	4	
14. Mi sento indeciso	1	2	3	4	
15. Sono rilassato	1	2	3	4	
16. Mi sento contento	1	2	3	4	
17. Sono preoccupato	1	2	3	4	
18. Mi sento confuso	1	2	3	4	
19. Mi sento disteso	1	2	3	4	
20. Mi sento bene	1	2	3	4	

DURANTE LA PROCEDURA:

- NRS in sede d'intervento

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Max dolore immaginabile

- Rilevazione parametri

ORA	PAO	FC	SAT

- Somministrati analgesici?

Si No

perché?.....
.....
.....
.....

- Somministrati altri farmaci?

Si No

perché?.....
.....
.....
.....

- Quanto tempo è durata la procedura?

.....
.....

Valutazione ansia di stato durante la procedura

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei si *sente adesso*, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi *attuali* stati d'animo.

		Per nulla	Un po'	Abbastanza	Moltissimo
1. Mi sento calmo	1	2	3	4	
2. Mi sento sicuro	1	2	3	4	
3. Sono teso	1	2	3	4	
4. Mi sento sotto pressione	1	2	3	4	
5. Mi sento tranquillo	1	2	3	4	
6. Mi sento turbato	1	2	3	4	
7. Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4	
8. Mi sento soddisfatto	1	2	3	4	
9. Mi sento intimorito	1	2	3	4	
10. Mi sento a mio agio	1	2	3	4	
11. Mi sento sicuro di me	1	2	3	4	
12. Mi sento nervoso	1	2	3	4	
13. Sono agitato	1	2	3	4	
14. Mi sento indeciso	1	2	3	4	
15. Sono rilassato	1	2	3	4	
16. Mi sento contento	1	2	3	4	
17. Sono preoccupato	1	2	3	4	
18. Mi sento confuso	1	2	3	4	
19. Mi sento disteso	1	2	3	4	
20. Mi sento bene	1	2	3	4	

AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE:

- NRS in sede d'intervento

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Max dolore immaginabile

- Rilevazione parametri

ORA	PAO	FC	SAT

- Somministrati analgesici?

Si No

perché?.....
.....
.....

1. Secondo Lei, quanto la comunicazione ipnotica ha agevolato il suo *mantenimento posturale* durante la procedura?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Per niente Totalmente

perché?.....
.....
.....

2. Ritiene che la comunicazione ipnotica l'abbia aiutata a *gestire il dolore* durante la procedura?

Si No

perché?.....
.....
.....

3. Reputa che la comunicazione ipnotica abbia favorito il suo *rilassamento*?

Si No

perché?.....
.....

OSSERVAZIONI OPERATORE:

OSSERVAZIONI PAZIENTE: