

**CENTRO ITALIANO DÌ IPNOSI
CLINICO-SPERIMENTALE**

C.I.I.C.S.

TORINO

Direttore Prof. A.M.Lapenta

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DÌ IPNOSI
CLINICO E SPERIMENTALE**

Fondatore Prof. F.Granone

Direttore dei Corsi Nord Italia

Prof. A.M.Lapenta

Tesi di diploma

**IPNOSI ED ESPERIENZA
INFERMIERISTICA IN RADIOLOGIA**

Relatore

Dott. Massimo Somma

Candidata

Stefana Marchese

INDICE

Introduzione.....	pag 4
Brevi cenni storici	pag 6
Definizione Ipnosi	pag 8
Tecniche ipnotiche.....	pag 10
Ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente in un reparto di Radiologia .	pag 13
Esperienza in Radiologia	pag 16
Riflessioni e conclusioni.....	pag 18
Bibliografia.....	pag 20
Normativa.....	pag 21

*“Ogni metodo serve a produrre ipnosi
se l’operatore è capace e il soggetto è adatto.*

*Nessun metodo è efficace se mancano
queste condizioni. ”*

“Franco Granone”

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la figura dell'Infermiere è emersa in tutta la sua poliedricità ed ha ottenuto l'attenzione e la valorizzazione che merita.

La legge 42/99 ha sancito definitivamente la fine dell'era del mansionario ed ha definito il campo di competenza e le relative responsabilità dell'Infermiere che non esercita più una "professione sanitaria ausiliaria" ma una "professione sanitaria" a tutto tondo a cui è riconosciuto un ambito autonomo e non più derivato, di esercizio professionale.

L'infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione, è condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività.

Un bene da tutelare in ogni ambito professionale attraverso attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

L'infermiere sviluppa il suo sapere e il suo essere professionista nella relazione con la persona che assiste. Persona e Assistito: due accezioni complementari di una specifica concettualizzazione.

La *mission* primaria dell'infermiere è il prendersi cura della persona che assiste in una logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale.

Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria soprattutto quando l'assistito vive momenti difficili, diventando quindi "più fragile" e perciò ancora più bisognoso di aiuto e sostegno.

Nel processo del "prendersi cura" l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito attivandone le risorse e sostenendolo affinché raggiunga la maggiore autonomia possibile soprattutto quando vi è disabilità, svantaggio o fragilità.

Da questa significativa svolta ha origine il rapporto infermiere-persona/assistito recepito dal Codice deontologico dell'infermiere (Ultima edizione Febbraio 2009).

Il Codice deontologico degli infermieri fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito.

Collegandoci al Codice Deontologico della professione infermieristica, troviamo alcune affermazioni che hanno una stretta connessione con la mia frequenza al Corso di Ipnosi; in tal senso il Codice Deontologico recita:

“Relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.”

I termini utilizzati per definire gli interventi assistenziali contengono le chiavi interpretative e della natura dell'atto infermieristico che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della persona/assistito.

BREVI CENNI STORICI

Fin dall'antichità, l'ipnosi era intesa come potenzialità della mente, tutti fenomeni che oggi possono essere fatti rientrare in specifiche potenzialità dell'immaginazione erano considerati isolatamente come manifestazioni divine o diaboliche, oppure il risultato di pratiche magiche.

L'inizio scientifico risale al 18° secolo con il medico Fran Anton Mesmer (1734-1815) che formulò la teoria del “magnetismo animale”, egli sosteneva che il corretto funzionamento dell'organismo umano è garantito da un flusso armonioso di un fluido fisico che lo attraversa e pensò che tale fluido s'identificasse con la forza magnetica. Malattie e disfunzioni sarebbero perciò dovute a blocchi o difficoltà di scorrimento di questo flusso che secondo le sue teorie doveva essere in armonia con quello universale. Il magnetismo ebbe alterna fortuna, sino alla metà del 19° secolo, quando Braid entrò con il termine di “ipnotismo”.

James Braid (1785-1860), medico inglese, diede un'interpretazione fisiologica al fenomeno studiato e introdusse il termine ipnosi, derivato dal greco ypnos-sonno. Egli asseriva, negando l'esistenza di un fluido, che era possibile determinare gli stessi fenomeni evidenziati dai magnetizzatori unicamente stancando l'attenzione del soggetto, facendo fissare a lungo un oggetto luminoso. Braid, poi ripudiò il termine ipnosi, sostituendolo con “monoideismo” a descrivere la condizione della mente assorbita da una sola idea.

Gli sviluppi successivi di interpretazione dell'ipnosi si devono ai lavori di Ambroise Auguste Liebeault (1834-1904), un medico di Nancy e di Hippolyte Bernheim (1837-1919) famoso neurologo parigino che insieme fondarono la Scuola di Nancy.

La scuola di Nancy si trovò a dover opporre studi e teorie sull'ipnosi, alla scuola di Jean Martin Charcot (1825-1893) che operava all'Ospedale della Salpetriere di Parigi. Mentre per la scuola di Nancy l'ipnosi era un fenomeno psicologico normale e tutti i suoi fenomeni potevano essere spiegati con la suggestione, Jean-Martin Charcot considerava l'ipnosi un fenomeno patologico, una nevrosi isterica artificiale.

Di ipnosi si occupò anche Sigmund Freud (1856-1939) ma la transitorietà dei risultati terapeutici, la laboriosità dei procedimenti ipnotici, la limitazione delle applicazioni terapeutiche e, forse non ultima, l'individuazione da parte sua di “un misterioso elemento” di natura sessuale, spinse Freud ad abbandonare l'ipnosi e a

creare un nuovo metodo: la psicoanalisi. Con la morte di Jean Martin Charcot (1893) e l'inizio della psicanalisi cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza.

Nella prima metà del 20° secolo, in Inghilterra e negli Stati Uniti si assiste alla ripresa di interesse verso l'ipnosi come valido metodo terapeutico e in quell'epoca si cominciò a mettere a punto una delle prime "scale di suscettibilità ipnotica", cercando anche una forma adatta ai bambini. Restando in quel periodo, non si può non ricordare il dottor Milton Erickson (1901-1980), che fu presidente e fondatore della Società Americana di Ipnosi Clinica e membro della Associazione Americana di Psichiatria, della Associazione Americana di Psicologia e della Associazione Americana di Psicopatologia, sviluppò un ipnositerapia chiamata ipnosi erichsoniana, che permette di comunicare con l'inconscio del paziente. Questo tipo di ipnosi è molto simile a una normale conversazione e induce una trance ipnotica nel soggetto ("L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi", affermava).

In Italia vi furono alterni periodi di interesse verso la materia. La prima Associazione scientifica per lo studio e l'applicazione dell'ipnosi: "Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'ipnosi" (A.M.I.S.I.), si costituì nell'aprile del 1960 che organizzò il primo corso di formazione in ipnosi e pubblica la "Rassegna di ipnosi e medicina psicosomatica".

Nel 1962 Franco Granone pubblica la prima edizione di quello che oggi è il "Trattato di Ipnosi", contenente un'introduzione di Cesare Musatti, nella quale si auspica un riavvicinamento della Psicoanalisi all'Ipnosi almeno come strumento di ricerca o la moderna pratica dell'ipnosi, oggi, favorisce l'insegnamento dell'autoipnosi come strumento di autoguarigione e miglioramento di se stessi. Nel 1965, fonda a Vercelli, il primo Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale ospedaliero e nel 1979, con la presidenza di Granone si costituì la "Scuola post-universitaria del C.I.I.C.S." di Torino.

La scuola di Franco Granone sostiene che il fenomeno ipnotico è dovuto al realizzarsi di un monoideismo plastico e alla relazione con l'operatore. Ciò comporta che la profondità della trance varia dalle attitudini del soggetto a realizzare monoideismi e alla relazione con i vari operatori, per cui vi possono essere notevoli differenze di risultati fra un operatore e l'altro.

DEFINIZIONE IPNOSI

L'ipnosi è un fenomeno psicosomatico che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto. È una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni fisiche, psichiche e di comportamento.

In particolare "oggi sappiamo che l'ipnosi non è altro che la manifestazione *plastica* dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione".

L'ipnosi è uno stato naturale e normale che la maggior parte di noi sperimenta quotidianamente. Un esempio di ipnosi quotidiana può essere guidare sull'autostrada e rendersi conto che non si ricordano le ultime tre o quattro uscite superate. Altro caso può essere quello di una persona che sta guardando la televisione. Un membro della famiglia entra e annuncia che la cena è servita, ma questa non sbatte neppure le palpebre! Questi sono esempi di leggeri stati ipnotici. La parte razionale abituale della mente è stata distratta, permettendo alla parte subconscia di subentrare.

La definizione di Ipnosi e Trance Ipnotica maggiormente condivisa sul piano scientifico è quella offerta dal professor Granone nel suo trattato "*l'ipnosi è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore.*

La Trance, ora si preferisce stato ipnotico, è una condizione nella quale compaiono fenomeni di intenso monodeismo suggestivo ideoplastico capace di modificare la reattività organica e psichica".

Con "monoideismo plastico" (F.Granone 1989) si vuole intendere la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale; idea dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali.

Imparare l'ipnosi significa imparare una nuova maniera di relazionarsi a se stessi ed al proprio corpo.

È inoltre opportuno differenziare i termini: "ipnosi" e "ipnotismo" intendendo con "ipnosi" lo stato particolare, psicofisiologico (*trance*) del soggetto e con "ipnotismo" la metodica e le tecniche impiegate dall'ipnotizzatore per realizzare l'ipnosi.

Attraverso l'ipnosi o l'autoipnosi è possibile accedere alla dimensione inconscia ed emotiva del soggetto. In termini scientifici di solito si tende a restringere il campo di definizione dell'ipnosi alla gestione consapevole di tale processo.

Attualmente l'ipnosi è impiegata scientificamente nella ricerca clinica e in ambito terapeutico.

TECNICHE IPNOTICHE

Oggi l'ipnosi è un fenomeno gestito dall'ipnotista che ha ben chiaro in mente quale obiettivo deve raggiungere per costruire il rapporto empatico con il paziente e stabilire una chiara comunicazione che si svolge attraverso il canale verbale (linguaggio) e quello non verbale (espressione mimica, passi).

Una volta raggiunta l'empatia con il paziente, la tecnica migliore sarà quella confezionata al momento, su misura del paziente. L'idea da realizzare sarà fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso.

Le tecniche induttive ipnotiche si possono dividere in gruppi.

Il primo gruppo comprende le *tecniche direttive*, le quali possono comportare leggere manipolazioni corporee, spesso lievi toccamenti o picchettamenti con le dita, che fissano, rinforzano, amplificano le suggestioni verbali dirette.

Alcune volte l'obiettivo è un controllo sulla persona che si può realizzare con i "passi" (sfioramento delle dita su varie parti corporee) o stringendone le mani, lo sguardo dell'operatore fisso sul volto del soggetto alla ricerca di una rapida fascinazione; possono accompagnarsi spinte oscillatorie tendenti a rendere difficile la conservazione dell'equilibrio.

Nell'induzione istantanea che si realizza in tempi molto rapidi, la manipolazione corporea diventa quasi aggressiva, esasperata, e rileva e conferma lo straordinario dominio dell'ipnotizzatore sul suo soggetto.

Il secondo gruppo, le *tecniche permissive*, propongono messaggi verbali, richiede l'effettuazione di movimenti corporei e invitano il soggetto a percepire le sensazioni risultanti al fine di portarlo progressivamente allo stato ipnotico.

La direttività appare minima e tanto più facilmente saranno raggiunti lo stato ipnotico quanto più rapidamente sarà trasformato in ideoplasia suggestiva quanto verbalmente presentato.

Questa metodica richiede molto tempo per raggiungere lo stato ipnotico, ma è consigliabile al principiante poiché l'insuccesso può essere facilmente accettato e assorbito.

Esistono anche *tecniche naturalistiche* in cui l'ipnosi è ottenuta nei modi più disparati e imprevedibili (Erickson).

Un tipo particolare di induzione è *l'induzione non verbale*. In questa tecnica la parola è esclusa, è indispensabile una notevole abilità nel decodificare messaggi non verbali (quindi corporei, di atteggiamento, di respirazione) inviati dal paziente e il rispondervi una comunicazione primordiale stabilisce un istantaneo ed istintivo scambio di emozioni, sensazioni ed esperienze.

Esistono inoltre *tecniche induttive mascherate* che permettono di indurre l'ipnosi in un individuo non consenziente e a sua insaputa.

Possono essere presentate come un invito a un rilassamento, indispensabile per una corretta visita medica, oppure invitando il soggetto a seguire attentamente l'induzione di un altro individuo (Erickson).

In tutte le induzioni un segnale di condizionamento postipnotico faciliterà il ripristino dell'ipnosi al momento voluto.

Vorrei citare qui di seguito alcuni metodi:

- *Metodo della fissazione del punto*: s'invita il paziente a fissare un punto, preferibilmente in alto, in modo tale da costringere i bulbi oculari a una rotazione verso l'alto.
- *Metodo di fissazione dell'indice dell'ipnotista*: il soggetto viene invitato a fissare attentamente il dito indice dell'operatore che lentamente si avvicina alla sua fronte.
- *Metodo di blocco dei globi oculari*: mantenendo l'indice in corrispondenza della glabella, s'inviterà il paziente a fissare ugualmente il dito, in questa posizione le palpebre saranno chiuse e quindi si potranno comprimere i globi oculari in senso latero-mediale con un massaggio costante indolore, evocando il riflesso oculo-cardiaco che produrrà una modificazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa.
- *Metodo della compressione del seno carotideo*: come nel caso precedente si ottiene una reazione vagale che determinerà una diminuzione della frequenza cardiaca (tecniche controindicate nei pazienti cardiopatici.)

Tutti questi metodi sono seguiti dall'evocazione di idee di calma, benessere, distensione psico-fisica con il suggerimento che queste si faranno sempre più crescenti mano a mano che l'ipnotizzatore continuerà a parlare:

- *induzione del sonno fisiologico*: usata soprattutto sui bambini. La comunicazione verbale deve avvenire in quella fase crepuscolare che apre la strada verso il sonno profondo.

- *Metodo di induzione con mezzi uditivi vari e con stimoli ottici al ritmo cerebrale del paziente fotosensibile.*
- *Autoipnosi e training autogeno:* tecnica volta ad ottenere autonomamente lo stato ipnotico, senza l'ausilio del terapeuta, mediante esercizi di rilassamento o elaborando suggestioni post-ipnotiche fornitegli in precedenza dall'operatore.

RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE IN UN REPARTO DI RADIOLOGIA

Dopo numerosi anni di servizio in Ospedale come infermiera, adesso opero in un servizio di Radiologia.

Quotidianamente svolgo una relazione con pazienti che devono eseguire indagini radiologiche (TC con Mdc, Biopsie e Drenaggi) per valutare l'esito della chemioterapia o per fare una stadiazione di malattia.

In tale ambito, il mio lavoro si rivolge quasi esclusivamente a pazienti affetti da neoplasia o con un sospetto di diagnosi di carcinoma.

Tuttora, nella nostra società, la diagnosi di carcinoma evoca sentimenti che riguardano l'idea della morte imminente, di una vita passata che scorre davanti agli occhi come una pellicola e di quella futura che forse non ci sarà e dove si sarebbero potute fare molte cose che forse non si potranno fare mai.

Infatti, la pratica clinica e le narrazioni dei pazienti, relative alle loro esperienze vissute nel contesto della loro patologia, fanno frequentemente riferimento alla paura della diagnosi o di una recidiva di carcinoma.

In occasione dell'indagine diagnostica, i pazienti si trovano costretti a confrontarsi nuovamente con una crisi importante (quella aperta con la diagnosi di tumore) che coinvolge la persona nella sua interezza e complessità, che rompe equilibri precedenti e genera una sofferenza a cui sembra difficile dare un significato. Quindi ansia, agitazione, apprensione e paura sono le emozioni che prevalentemente si osservano e che emergono intensamente quando viene creato uno spazio per raccontare il proprio stato emotivo.

Queste emozioni prendono voce e consistenza ed esprimono un disagio che va oltre l'esecuzione dell'indagine diagnostica.

A causa di questo vissuto del paziente, spesso l'esame può richiedere tempi più lunghi di esecuzione, talvolta anche la sospensione. Non di rado capita che il paziente rifiuti di sottoporsi nuovamente all'indagine.

Nella mia esperienza, ho cercato di pormi in posizione di ascolto attenta, ma imparziale, cercando, per quanto possibile di non lasciarmi coinvolgere emotivamente, per poter mantenere, in tal modo, serenità ed obiettività di giudizio.

Durante il momento dell'accettazione ascolto i bisogni dei pazienti, le loro preoccupazioni e i loro dubbi assumendo un atteggiamento empatico, abbandonando il modello unidirezionale da operatore a malato. La mia attenzione è rivolta alla comprensione della loro emotività che ogni gesto o parola, anche solo informativo, contiene.

La mia attenzione è rivolta all'aspetto emotivo e in particolar modo alla valutazione dello stato dell'ansia.

Ansia che è presente in quasi tutti i pazienti che eseguono queste indagini ed è dannosa sia per lo stato di disagio che provoca, sia perché liberando istamina aumenta il rischio di effetti collaterali.

I motivi che provocano ansia a chi si sottopone a queste indagini sono:

- la non conoscenza del tipo di indagine;
- la paura della Biopsia;
- la paura della somministrazione del MDC organoiodato;
- oppure di quanto letto sul foglio del consenso informato;
- la paura dell'esito dell'esame.

In generale posso dire che invitare il paziente a esternare i motivi che gli producono ansia, inducendolo così a esporre le proprie paure mi permette di dare delle risposte corrette e appropriate, in genere sufficienti a far sì che egli esegua l'indagine con un livello di ansia accettabile.

Spesso i pazienti riconoscono in noi Infermieri, l'operatore sanitario più vicino, una persona prima ancora che un professionista, un interlocutore con cui confrontarsi, aprirsi e parlare.

Pertanto, siamo chiamati spesso a far percepire al paziente che non è solo ad affrontare il suo dolore, l'angoscia della diagnosi, le preoccupazioni della terapia e del futuro.

La nostra professionalità si distingue proprio in questi momenti: la capacità di presa in carico del paziente, la capacità di realizzare un'efficace relazione di aiuto.

Riuscire a dare una risposta strutturata al bisogno espresso significa impegnarsi per prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza, il che implica operare affinché il

paziente riceva i trattamenti necessari, assicurargli una vicinanza empatica in qualunque condizione clinica, assumersi decisioni assistenziali.

Le problematiche legate al complesso rapporto con questi pazienti mi hanno spinto a frequentare il Corso di Ipnosi, allo scopo di acquisire strumenti per approfondire gli aspetti relazionali e di supporto alla base dell'assistenza infermieristica.

Le tecniche acquisite durante il corso hanno dato un valore aggiunto alla mia professionalità, al mio modo di relazionarmi con il paziente.

Esse inoltre mi hanno consentito di prestare maggiore attenzione ai messaggi verbali e non del paziente per poter creare un clima terapeutico dove il paziente si rassicuri e accetti con più consapevolezza il momento di stress (paura della diagnosi, ansia, ecc).

ESPERIENZA IN RADIOLOGIA

L'infermiere è consapevole che quella che stabilisce con la persona assistita è una relazione d'aiuto e come tale volta a efficaci modalità comunicative nel rendere il paziente più fiducioso e collaborativo e nel favorire il miglioramento del suo benessere psicofisico.

La relazione infermiere-paziente per definizione è un intervento ad personam, cioè non standardizzabile, poiché ogni relazione interpersonale è diversa da qualsiasi altra, ciò dipende dal fatto che entrambi i partecipanti entrano nella relazione con tutta la loro soggettività e con tutte le variabili di cui sono portatori.

Tale relazione è sostenuta da diversi fattori, quali l'evoluzione dei ruoli, l'evidenziazione di competenze sempre più specifiche, il modificarsi dei metodi di cura, l'esigenza di adeguarsi a nuovi sistemi di lavoro.

L'infermiere che utilizza l'ipnosi come tecnica che risponde ai bisogni del paziente, adotta uno strumento necessario a favorire la relazione di aiuto al paziente e facilita l'integrazione delle sue conoscenze con quella dell'équipe in cui opera.

Concludendo, illustro a esemplificazione di quanto esposto un'esperienza vissuta nel contesto operativo: Sala TC

ESPERIENZA IN SALA TC

C. si rivolge al nostro ambulatorio ecografico, dopo due passaggi in Pronto Soccorso per coliche addominali, con una richiesta di ecografia addominale urgente. Accolgo la signora, ascolto la sua richiesta e nel frattempo osservo la sua mimica che mostrava dolore e sofferenza.

Chiedo al medico se è possibile eseguire l'esame ecografico considerate le condizioni cliniche della paziente.

A C. viene diagnosticata una nefrolitiasi, ostruzione urinaria ed idronefrosi in fase acuta.

Da quel momento mi occupo di reperire l'urologo di guardia per concordare una visita a C., senza doverla fare aspettare, considerata la condizione di urgenza, l'accompagno e la saluto.

A distanza di un paio di giorni, davanti alla sala TC vedo C. nel suo letto che doveva eseguire una TC poiché aveva in corso un'emorragia renale dopo l'intervento. La saluto, la incoraggio e torno al mio lavoro.

Dopo più di mezz'ora osservo che il letto della signora è ancora in corridoio, entro in TC e trovo C. in lacrime attorniata da medici e infermieri in difficoltà poiché non riuscivano a reperire un accesso venoso per somministrare il mezzo di contrasto in vena.

Chiedo ai miei colleghi di allontanarsi e di lasciarmi da sola con C., mi avvicino le stringo le mani per creare un contatto dove lei poteva sentire che io accoglievo la sua sofferenza ed ero lì per aiutarla.

Attraverso piccoli "passi" ho accompagnato C. a ottenere un minimo di rilassamento e fiducia, le ho proposto attraverso dei messaggi verbali di chiudere gli occhi e respirare seguendo il mio respiro, invitandola a percepire le sensazioni di benessere al fine di portarla progressivamente allo stato ipnotico.

Da quel momento è stato tutto più gestibile, reperito l'accesso venoso siamo riusciti ad eseguire la TC in poco tempo, necessaria tra l'altro ad indicare se eseguire un altro intervento al rene in urgenza.

Il contesto in cui è stato effettuato l'intervento non era molto favorevole poiché si presentava di difficile gestione: C. non era più in grado di contenere la sua paura ed i colleghi erano allarmati dalle sue condizioni cliniche gravi.

In questo episodio si può notare come la crisi di C. è stata caratterizzata da momenti di vero e proprio panico, che ha coinvolto con una forte partecipazione emotiva tutte le persone che sono state direttamente o indirettamente implicate nell'episodio.

Cercare di conquistare la fiducia di C. è stato necessario per stabilire un contatto terapeutico.

E' di prassi in questi casi, quando la situazione diventa ingestibile, chiamare l'anestesista per sedare farmacologicamente il paziente. Metodo sicuramente più veloce dell'ipnosi, ma più invasivo e che sta a sottolineare comunque una sconfitta terapeutica.

L'essermi approcciata a questo episodio con l'ipnosi ha quindi evitato alla paziente di essere sedata farmacologicamente, permettendole così di conquistare la fiducia nel rapporto terapeutico che sta alla base di ogni processo di cura.

Anche per l'equipe è stata una esperienza positiva perché hanno potuto sperimentare un modo diverso di approcciarsi alla relazione con il paziente.

RIFLESSIONE E CONCLUSIONI

Con questo lavoro si è voluto evidenziare come il concetto di ipnosi si sia modificato nel tempo e come sia diventato argomento di studio molto vasto e complesso soggetto a diversi approcci multidisciplinari. L'Ipnosi è applicata in vari ambiti della clinica e della ricerca (ipnosi nello sport- catastrofi- programmi spaziali, ecc...).

L'Ipnosi è un normale stato di coscienza dinamico caratterizzato dalla capacità che ognuno ha di rendere partecipi mente e corpo nella realizzazione di rappresentazioni mentali. Spesso è uno stato inconsapevole. Attraverso la relazione è possibile rendere il soggetto consapevole delle proprie potenzialità e insegnare a utilizzarle per il raggiungimento degli obiettivi. Ciò avviene con la realizzazione plastica dell'ideoplasia, attraverso il corpo.

Perché ciò avvenga è implicito che si dovrà realizzare una buona relazione tra soggetto e ipnotista. L'attenzione del soggetto dovrà essere totalmente rivolta alle suggestioni dell'ipnotista.

Nella clinica, l'ipnosi è una relazione circolare tra terapeuta e paziente tramite una tecnica, viene anche indicata come sincronia interattiva fra soggetto e ipnotista nella relazione terapeutica infatti ogni individuo adotta una propria modalità espressiva, mediante la quale si presenta al mondo e vi si relaziona.

La relazione infermiere - assistito, rilevante e fondamentale, risponde alle esigenze di cura ed assistenza ed è in costante e veloce evoluzione. Essa si manifesta come una realtà rilevante del sistema salute. Una realtà in grado di dare risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e in grado di coniugare sistematicamente e nel tempo, la capacità di presa in carico dei bisogni dei singoli e della collettività.

Applicare l'ipnosi nella relazione infermiere – assistito consente all'infermiere di aumentare la compliance dei pazienti al loro percorso diagnostico –terapeutico.

Nonostante non sia sempre facile applicare l'ipnositerapia in infermieristica, per la mancanza di un setting dedicato, per la diffidenza dei colleghi o perché spesso si va incontro a delusioni ed insuccessi, essa risulta di valido ausilio alle molteplici problematiche che la professione Infermiere comporta.

Attraverso le tecniche ipnotiche offriamo al paziente un'assistenza infermieristica professionalizzata, pertinente e personalizzata.

Anche se, molto spesso, non è possibile stare accanto al paziente in un setting dedicato all'ipnositerapia, comunque vale la pena studiare e affinare i molteplici mezzi che l'ipnosi ci offre: l'uso della voce e il suo tono, la comunicazione non verbale fatta di pause, sorrisi, occhiate che ci permettono di penetrare nell'animo delle altre persone per ottenere benefici con strumenti semplici, naturali ed incisivi.

Per quanto mi riguarda, in quest'ultimo periodo ho avuto modo di verificare come sia stato interessante e utile affinare una tecnica, che già eseguivo da molto tempo che mi permetteva di ottenere la fiducia e una maggior compliance del paziente.

Per concludere utilizzando alcuni dei metodi che ho imparato in questo corso ho migliorato le mie prestazioni professionali, cosa che è stata utile non solo a miei pazienti ma anche a me stessa.

BIBLIOGRAFIA

- ✚ *Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. 2. McGraw-Hill, 2006.*
- ✚ *Braidì G. Affetti e relazioni nel lavoro di assistenza. Franco Angeli, Ed. 2008*
- ✚ *Carotenuto A. Trattato di Psicologia Analitica. Utet Torino, 1992*
- ✚ *Codice Deontologico Infermieri. Ultima edizione Febbraio 2009*
- ✚ *De Pietro C. Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane, contesto, politiche, strumenti.*
- ✚ *Erickson M. H, Zeig J. Scuola di ipnosi. K. Bollati Boringhieri, 1983*
- ✚ *Erickson M.H La natura dell'ipnosi e della suggestione. Vol. 1 Astrolabio,1982*
- ✚ *Erickson M.H Nuove vie dell'ipnosi. Astrolabio, 1988*
- ✚ *Freud S. Sogno e scritti su ipnosi. Newton & Compton Editori, 2007*
- ✚ *Erickson M.H La comunicazione mente-corpo in ipnosi. Astrolabio, 1988*
- ✚ *Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico tecnico-sanitario e della riabilitazione. C.G. Edizioni mediche scientifiche, 1991.*
- ✚ *Giannantonio M., Lenzi S.-Raffaello disturbo di panico psicoterapia cognitiva ipnosi e EMDR. Cortina Editore, 2009*
- ✚ *Granone F. Trattato di Ipnosi. Utet Torino, 1989*
- ✚ *Granone F. L'Ipnosi nel controllo del dolore. Rass.d'ipnosi,di medicina psicosomatica, 1974*

- ✚ *Gonella A. Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche. Rivista Fatebenefratelli, Vol IV, fasc. 1 luglio 1990*
- ✚ *Hamilton B. Ipnosi medica. Gibson Red Edizioni,2006*
- ✚ *C.G. Jung L'uomo e i suoi simboli. Ed. Tea*
- ✚ *Lapenta A.M., Somma M., Tirone, Tosello M G. Ipnosi sperimentale e clinica. Ed.Art. Bassano-Bassano del Grappa, 2006*
- ✚ *Mastronardi V. Le strategie della comunicazione umana. Franco Angeli, Ed. 1988*
- ✚ *Pacciolla A. La comunicazione metaforica. Ed. Borla Roma, 1991*
- ✚ *Watzlawick La realtà della realtà. Ed. Astrolabio*
- ✚ *Tirone G. Ipnositerapia. Tecniche di liberazione. Ed Xenia, 1999*
- ✚ *Tosello M. L'Ipnosi, l'ipnoterapeuta ed il controllo del dolore, in Rassegna di psicoterapia- ipnosi. Medicina psicosomatica. Psicopatologia Forense. Vol. 2 n°2, 1997*
- ✚ *Tosello M. L' Ipnosi l'agente terapeutico in psicoterapia. Atti del convegno Nazionale della Scuola C.I.I.C.S., Torino Villa Gualino 22.5.1999*

NORMATIVA DÌ RIFERIMENTO

- ✚ *Decreto 14 settembre 1994, n. 739: “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”.*
- ✚ *Legge n. 42 del 26 febbraio 1999: “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.*