



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

Fondatore: Prof. Franco Granone

*CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2020*

**PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO NELL'APPLICAZIONE
DELLA TECNICA DI COMUNICAZIONE IPNOTICA IN SALA
OPERATORIA PRESSO OSPEDALE C.T.O. DELLA CITTA' DELLA
SALUTE E DELLA SCIENZA CITTA' DI TORINO**

Candidato

Paola Marras

Relatore

Dott.ssa Milena Muro

INDICE

1. PARTE PRIMA: la comunicazione ipnotica.

1.1. Introduzione	4
1.2. Pragmatica della comunicazione	5
1.3. Definizione di ipnosi	7
1.4. Definizione di comunicazione ipnotica	7
1.5. Parole chiave	9

2. PARTE SECONDA: la sala operatoria

2.1. Razionale dell'uso della comunicazione ipnotica in sala operatoria	10
2.2. Il team in sala operatoria	11
2.3. Obiettivi	12
2.3.1. Accoglienza del paziente	12
2.3.2. Contratto	12
2.3.3. Ordine motivato	13
2.3.4. Descrizione	13
2.3.5. Ricalco	13

2.3.6. Suggestione	14
2.3.7. Ratifica	14
2.3.8. Ancoraggio	15
2.3.9. Riorientare	15
2.3.10. Verifica autoipnosi	15

3. PARTE TERZA: il caso clinico

3.1. Introduzione caso clinico	17
3.2. Caso clinico	17
3.3. Analisi dell'esperienza	20
Conclusioni	23
Ringraziamenti	24
Bibliografia	25

1.1) INTRODUZIONE

Comunicazione e vita sono una cosa sola.

Nello stesso istante in cui inizia la vita inizia la comunicazione: aprire gli occhi per la prima volta o emettere il primo vagito sono messaggi che il neonato invia al mondo in modo istintivo e involontario. Nello stesso modo ogni nostro gesto si rivela una comunicazione, anche rimanere in silenzio.

Comunichiamo infatti non solo con la voce, ma con tutto il corpo, con gli atti che compiamo o non compiamo, anche con quei piccoli mutamenti fisiologici di cui non abbiamo consapevolezza, come arrossire, dilatare le pupille o aumentare i battiti cardiaci.

*Comunichiamo anche attraverso gli oggetti di cui ci circondiamo, il modo con cui ci vestiamo, le scelte che continuamente operiamo.*¹ (cit. Giovanna Colli)

La comunicazione non si limita alle componenti verbali ed agli aspetti consci degli interlocutori.

Ben più importante di ciò che diciamo è come lo diciamo.

Non basta l'intenzione del mittente per ratificare il successo di una comunicazione.

Infatti il verbo comunicare, da latino "communicare", significa letteralmente "mettere in comune", condividere qualcosa con qualcun altro.

Una comunicazione è efficace, dunque, solo se è in grado di destare l'attenzione dell'interlocutore.

Le parole, i gesti, le immagini, i suoni sono mezzi per sollecitare il nostro interlocutore a sintonizzarsi con noi.

Per captare l'interesse dell'interlocutore, un messaggio deve possedere la forza di suscitare nell'altro sensazioni, emozioni, idee, ricordi e anche evocare colori, profumi, musiche e suoni.

1.2) PRAGMATICA DELLA COMUNICAZIONE

Un enorme contributo alla spiegazione dei complessi meccanismi di interazione degli esseri umani è stato offerto da *Paul Watzlawich* e *Gregory Bateson*, due psicologi americani della scuola di Palo Alto.

Costoro cambiarono la prospettiva nello studio della comunicazione, sottolineando per la prima volta l'importanza dei fattori sistemici e delle componenti pragmatiche di un'interazione.

Più che concentrarsi sugli aspetti linguistici in senso stretto (le regole del linguaggio o i suoi codici), iniziarono a studiare la comunicazione nei suoi risvolti più concreti, attribuendo grande importanza al contesto in cui avviene l'interazione e alle azioni dei soggetti coinvolti.

Grazie a loro si è compreso che per far capire fino in fondo una comunicazione è determinante considerarne i fattori extralinguistici. Gli aspetti extralinguistici condizionano in modo decisivo l'interpretazione di un atto comunicativo, i significati attribuiti ad un messaggio.

A loro dobbiamo gli "*assiomi*" della comunicazione:

1) Non si può non comunicare

Se ogni comportamento è anche una comunicazione che si invia ai presenti non può esistere una non-comunicazione perché non esiste un non-comportamento.

2) Ogni comunicazione prevede sempre due livelli: il livello del contenuto e quello della relazione

In una comunicazione non solo si trasferiscono dei contenuti ma si inviano, spesso senza rendersene conto, messaggi sul tipo di relazione che si vuole instaurare con l'interlocutore.

Chi comunica quindi tenta di suggerire o di imporre un comportamento di risposta dell'altro; con il linguaggio verbale si trasmette l'aspetto di contenuto, con il linguaggio non verbale l'aspetto di relazione.

Poiché ogni interazione è circolare ciascun interlocutore cerca di stabilire, momento per momento, il proprio ruolo, cioè il proprio posizionamento relazionale fra lui e l'interlocutore.

Naturalmente ogni comunicazione richiede al ricevente di accettare o disapprovare il messaggio inviato sia in termini di contenuto che di relazione.

3) L'interpretazione di una comunicazione dipende dalla punteggiatura data agli eventi

Per punteggiatura si intende l'ordine con cui si rilegge la sequenza degli scambi fra gli interlocutori.

Il significato di una relazione varia a seconda di come si decida di ordinare il processo comunicativo e di stabilire cosa viene prima e cosa dopo, qual è la causa e quale l'effetto degli eventi intercorsi fra i soggetti coinvolti.

4) Il tipo di relazione fra i comunicanti può essere basato sull'uguaglianza o sulla differenza

In questo modello vengono individuate due diverse posizioni, una posizione superiore o primaria definita "*one up*", occupata da uno

dei due comunicanti ed una posizione inferiore o secondaria detta “one down”.

Queste devono essere intese come due atteggiamenti in semplice rapporto di reciprocità che si completano a vicenda in modo circolare.

5) Esiste un modulo comunicativo verbale (numerico o digitale) e di uno non verbale (analogico)

Per riuscire a farci capire e non destare ambiguità è necessario che il canale non verbale venga usato nel modo corretto, il timbro, il ritmo, il tono della voce, la postura, la mimica e la prossemica devono essere in sintonia con il messaggio verbale.

1.3) DEFINIZIONE DI IPNOSI

La definizione di ipnosi secondo *Franco Granone* è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette, grazie alla relazione, il verificarsi del *monoideismo plastico* cioè una sola idea che riverbera sul piano fisico.

Lo stato di ipnosi è una condizione naturale, a tutti noi capita di arrossire ad un pensiero particolare, di non sentire il campanello poiché assorti nella lettura, di guidare e trovarci in un posto diverso da quello predefinito senza rendercene conto.

Quando questo stato di *trance* ipnotica avviene senza l'intervento di un operatore possiamo parlare di *autoipnosi*.

1.4) DEFINIZIONE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA

La *comunicazione ipnotica* è un tecnica di comunicazione che applica in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente. Secondo *Megglè Erickson* la comunicazione ipnotica è una comunicazione con l'inconscio.

Con la comunicazione ipnotica è possibile guidare il soggetto nella percezione di sé e nell'esperienza che sta vivendo, con il potere delle parole si crea il *monoideismo plastico*.

Naturalmente, poiché ciò avvenga sarà indispensabile la relazione ed in modo particolare sarà fondamentale instaurare un clima di fiducia tra operatore e soggetto.

Lo stato di coscienza particolare è fisiologico e dinamico, non è paragonabile al sonno ma ad una particolare condizione che addirittura potenzia le capacità del soggetto di agire e di influire sul proprio corpo.

Incontrando qualcuno per la prima volta, dobbiamo valutare quali siano le chiavi di lettura inerenti la comunicazione verbale e non verbale, al fine di poter decodificare i messaggi che questa persona ci invia e quali sono le sue modalità di rappresentazione della realtà. In questo modo potremo adattarci ad esse per migliorare l'efficacia della nostra comunicazione e dare indicazioni e suggerimenti che verranno accettati più facilmente.

Ognuno di noi ha il suo modo di percepire la realtà e di descriverla utilizzando un canale comunicativo preferenziale:

➤ **Canale visivo**

- Chi preferisce il canale visivo si esprime usando frasi come *“non ci vedo più dalla fame Sia chiaro che.... Ecco il quadro della situazione”*.

➤ **Canale auditivo**

- Sono riconoscibili frasi come *“Siamo in accordo.... Un dolore sordo...”*.

➤ **Canale cinestesico**

- Il movimento, la fisicità del linguaggio caratterizza questi pazienti che si esprimono con espressioni tipo *“una giornata davvero pesante... mi sento chiudere ...”*.

Nella comunicazione ordinaria vengono generalmente usati tutti i canali, ma è nelle prime battute che viene individuato il canale prevalente ed è importante per l'operatore saperlo riconoscere al fine di adottare le migliori tecniche comunicative.

1.5) PAROLE CHIAVE

Il linguaggio verbale è fatto di parole, pause, punteggiatura, toni, inflessioni della voce.

Le parole veicolano più messaggi del loro mero significato e per ogni parola espressa si aprono, più o meno consciamente, più icone. Come per il linguaggio dei computer ogni parola è la chiave che apre la porta di una stanza, pone l'accento ed amplifica proprio quel pensiero che volevamo allontanare.

Così dire *“non avere paura”* apre all'idea di sconosciuto, ansiogeno, dolore, concetti che invece vorremmo allontanare dalla mente del paziente.

Il *non* ed il *ma* cancellano la prima parte della frase e lasciano posto solo alla seconda. Dire *“E' un intervento impegnativo ma è la miglior soluzione”* è diverso da *“E' la miglior soluzione ma è un intervento impegnativo”*.

Conviene rivolgersi con suggerimenti positivi (stai fermo al posto di non muoverti) e usare formule e tempi verbali che incrementino autostima e potenza, *“puoi.... Quando sentirai...”* creano la sicurezza che avverrà certamente.

La *comunicazione ipnotica* è comunicazione consapevole, non ci sono parole da non usare o regole intese in senso assoluto, nel caso specifico può essere conveniente negare la prima parte di una frase.

Il successo deriva dalla professionalità dell'operatore che conosce e sa discriminare le tecniche a disposizione personalizzando e costruendo la seduta in base al paziente, che continuamente risponde in un processo dinamico, continuamente adattabile alle circostanze.

PARTE SECONDA: LA SALA OPERATORIA

2.1) RAZIONALE DELL'USO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN SALA OPERATORIA

La Sala Operatoria è un ambiente molto particolare, dove esercitano diversi operatori rappresentanti molteplici professioni sanitarie.

Affinchè la Sala Operatoria sia in grado di funzionare bene sarà indispensabile che gli operatori che vi lavorano formino un *gruppo*.

Con *gruppo* si intende una totalità dinamica, un insieme in costante cambiamento formato da individui interdipendenti tra loro.

Kurt Lewin, psicologo sostenitore della *Gestalt*, uno dei primi studiosi dei gruppi, nel 1951 diede la definizione “*Il gruppo è un insieme di persone che interagiscono le une con le altre, in modo ordinato, sulla base di aspettative condivise*”.

Un *gruppo* ha precise caratteristiche:

- ✓ Il *gruppo* è qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri. Ad esempio una torta non è solamente formata da uova, farina, zucchero, lievito. La differenza è data dal legame che li trasforma e unisce.
- ✓ L'essenza di un *gruppo* non sta nella somiglianza fra i membri ma nella loro relazione, nell'abilità di interagire in modo costruttivo.
- ✓ Interdipendenza nel compito: i membri sono impegnati nello svolgimento di un compito e nel raggiungimento di determinati obiettivi. Il benessere del paziente è l'obiettivo finale degli operatori di una Sala Operatoria. La buona riuscita dell'intervento dipende dall'impegno collettivo e dall'organizzazione.

Si può parlare a questo punto di *“team”*: un gruppo di persone che lavorano all'interno di un'organizzazione ed operano in modo coordinato per conseguire gli obiettivi, grazie alle loro professionalità.

Una squadra di esperti si dimostra efficace quando diventa un team, una squadra esperta.

2.2) IL TEAM IN SALA OPERATORIA

Il blocco operatorio IV piano dell'ospedale CTO di Torino è costituito da sei Sale Operatorie, due sale di preparazione/risveglio ed un locale di sterilizzazione.

Il personale infermieristico presente in ogni Sala Operatoria standard è costituito da:

- una nurse di anestesia che accoglie il paziente al passa-malati, lo accompagna in sala di preparazione, allestisce il materiale per l'anestesia e collabora con l'anestesista durante le varie fasi dell'intervento.
- Una infermiera di Sala che prepara i materiali necessari come arredi, sostegni per il posizionamento, macchinari specifici e collabora con la strumentista.
- Una strumentista che prepara gli strumenti necessari per l'intervento operatorio e collabora con i chirurghi durante le sue varie fasi.

Tutte le figure descritte collaborano per il raggiungimento dell'obiettivo comune: il miglior modo possibile per il paziente di superare l'intervento chirurgico.

Le procedure chirurgiche sono gravate da una componente ansiogena importante, non sempre correlata al dolore percepito. Proporre una

modalità diversa per affrontare un'esperienza chirurgica cambia il vissuto del paziente con indiscusso beneficio.

2.3) OBIETTIVI

Rendere il paziente capace di controllo dell'ansia e del dolore percepito relativamente al percorso operatorio.

A questo proposito possiamo utilizzare diverse tecniche che adottano il medesimo schema operativo di seguito descritto:

2.3.1) Accoglienza del paziente

In questa fase l'operatore deve instaurare un clima di fiducia con il paziente. E' importante capire dalle prime battute il canale comunicativo preferito (visivo, uditivo o cinestesico) per adeguarsi ad esso ed instaurare un rapporto preferenziale col paziente.

Dal momento che vi sono molte figure professionali che operano contemporaneamente su altri pazienti, dobbiamo fare in modo che il nostro soggetto focalizzi la sua attenzione esclusivamente sull'operatore.

Accogliere significa anche ascoltare e farsi carico delle problematiche che il paziente ci porta, senza dare giudizi.

2.3.2) Contratto

L'idea vincente è proporre al paziente un modo "*nuovo e diverso*" di vivere l'esperienza. Bisogna infondere in lui la consapevolezza delle sue potenzialità e creare un "*yes set*", nel senso in cui, anche con l'uso di truismi, il paziente dovrà giudicare vere e buone le affermazioni dell'operatore, in questo modo sarà così consequenziale per lui accettare le affermazioni che verranno fatte in seguito.

Nel contratto si evidenzia la volontà del paziente ad accettare il trattamento. Infatti nessuno è ipnotizzabile contro la propria volontà.

2.3.3) Ordine motivato

Siamo operatori sanitari ed abbiamo bisogno di avere disponibilità sul nostro paziente, abbiamo bisogno di effettuare manovre, di operare su di lui e richiediamo per questo la sua collaborazione.

Qualsiasi richiesta, ad ogni livello, ha maggior possibilità di successo se viene avallata da una giusta motivazione.

Di più, le probabilità di successo anche di una motivazione mediocre sono superiori rispetto a nessuna motivazione.

Con l'ordine motivato possiamo focalizzare l'attenzione del paziente su una indicazione precisa che sarà in linea con l'obiettivo che ci prefissiamo.

2.3.4) Descrizione

In questa fase viene detto al paziente ciò di cui ci accorgiamo noi operatori.

Sono osservazioni vere e dimostrabili, anche truismi che hanno lo scopo di aumentare la fiducia dell'altro, di rafforzare lo "yes set".

2.3.5) Ricalco

Rappresenta il momento specifico in cui evidenzio ciò di cui si accorge il paziente, sempre per aumentarne la fiducia, dove si usa il modo "*può sentire che ... può accorgersi di come ...*".

Vengono utilizzati i sensi del paziente perché si renda conto di cose vere.

Stiamo creando le premesse di fiducia affinché venga accettata la suggestione.

2.3.6) Suggestione

Ora che il paziente si fida di noi, egli è disposto ad accettare la suggestione proposta.

Siccome è vero tutto ciò che è successo prima, sarà vero anche questo.

Vengono utilizzati verbi al futuro per non lasciare dubbi sul fatto che, prima o poi, sarà in grado di immaginare o fare ciò che proponiamo.

Nella costruzione delle frasi si continua a procedere collegando fatti che avvengono e che sono osservabili, con quelli desiderati.

La comunicazione si avvale di parole come “*e mentre... potrà ...*” “*E quando avvertirà... potrà sentire che ...*”.

In questa fase occorre essere particolarmente attenti, dobbiamo suggerire un’idea senza dare riferimenti troppo precisi, invadenti e controproducenti.

Il libro è sempre molto più affascinante del film perché ognuno di noi riempie i vuoti con ciò che più piace, nella nostra mente si crea, solo per noi, il film perfetto. Così dobbiamo solo suggerire lasciando spazi all’interpretazione dell’altro perché possa costruirsi il suo film perfetto.

Il paziente si avvantaggerà dell’abilità dell’operatore nel guidare con suggestioni calzanti.

2.3.7) Ratifica

E’ la conferma di ciò che sta avvenendo, il momento della consapevolezza di stato.

Con parole di incoraggiamento e complimenti, certifico e soprattutto il paziente certifica, la personale abilità nel produrre il *monoideismo plastico*. E’ un momento di *empowerment*.

A questo punto sarà facile per il paziente accettare una nuova suggestione, che dovrà sempre essere seguita da ratifica, oppure

continuare ed approfondire la suggestione in corso per il tempo desiderato.

2.3.8) Ancoraggio

Abbiamo dimostrato al paziente quanto è stato capace di questo evento.

Ora è possibile e doveroso da parte nostra dargli autonomia stimolando l'autostima.

Insegnamo quindi un gesto semplice con cui sarà facile per il paziente richiamare le medesime sensazioni provate questa volta.

Ciò che noi desideriamo è che il soggetto sia attivo nel promuovere il proprio benessere nelle future esperienze, anche in ambiti diversi e con altri obiettivi che non siano di chirurgia.

2.3.9) Riorientare

Significa dare sicurezza, verificare la presenza qui e ora del soggetto che ora può terminare la sua esperienza.

E' più gradevole che questo accada con un invito da parte nostra, sarebbe davvero gratificante lasciare che il paziente approfitti per quanto vuole del benessere che ha raggiunto, risultato che potrà ripetersi molte volte.

Quando invece il tempo non concede questa opportunità possiamo contingentare il tempo impiegato a riorientarsi con indicazioni precise tipo *"entro due minuti... quando sentirai aprire la porta..."*.

Nel riorientare è importante stimolare la curiosità di sperimentare in autonomia l'esperienza, creare il desiderio.

2.3.10) Verifica autoipnosi:

E' il momento in cui il paziente rientra in trance da solo. Verifica la sua potenza utilizzando il gesto dell'ancoraggio, semplicemente perché ha la consapevolezza di averlo già fatto, ciò certifica il fatto che ne abbiamo stimolato la curiosità e il desiderio di gestire in autonomia questa capacità.

L'abilità raggiunta può essere migliorata con l'esercizio ed è opportuno consigliarla soprattutto a quei pazienti che necessitano di interventi ricorrenti.

PARTE TERZA: IL CASO CLINICO

3.1) INTRODUZIONE AL CASO CLINICO

Il caso clinico in questione è rappresentato da un intervento di neuro-urologia, nello specifico un intervento di *Bulkamid*, che consiste in un'iniezione parauretrali di agente volumizzante allo scopo di trattare l'incontinenza da sforzo grazie ad una azione meccanica di chiusura attraverso un aumento del lume uretrale stesso.

E' un intervento della durata di circa venti minuti ed è eseguito, di norma, in anestesia locale.

A volte necessita di essere ripetuto, quando non si scelgano strategie diverse per ovviare alla recidiva.

La paziente è una signora di 47 anni con una storia di endometriosi ed infine un intervento di isterectomia effettuato tre anni fa.

Il vissuto emotivo è importante, la signora si sente "invalida" (parole sue) perché ora l'incontinenza urinaria di cui soffre le crea notevoli disagi e ostacola la sua vita sociale, attualmente molto attiva. Ha già eseguito questo intervento ed ora non si sente in grado di sopportare altre procedure.

3.2) IL CASO CLINICO

Accolgo la signora al passa-malati e mentre la mia collega compila il foglio di accettazione Covid, prendo la cartella. Quando la collega ha completato il protocollo mi rivolgo alla signora:

"Buongiorno, è la signora ?"

"Si sono io" , risponde ma non fa cenno di spostarsi.

"E' venuta da noi per l'intervento di Bulkamid?".

"Si, ma questa volta voglio l'anestesia, l'ho già detto al medico, altrimenti non ce la faccio. Già lo so".

In effetti la paziente ha comunicato al chirurgo il suo disagio in sede di accettazione, però per questo tipo di intervento è solitamente prevista l'anestesia locale e l'anestesista di sala, non essendo stato interpellato in merito precedentemente, ora non è favorevole ad allungare i tempi della sala operatoria con una sedazione, secondo la sua opinione, ingiustificata e non preventivata.

Questa discussione si svolge in sala risveglio tra personale medico, mentre la paziente non è ancora entrata in sala.

“E' sicuramente comprensibile che lei non voglia ripetere una brutta esperienza. Questa volta sarà diverso. Lo scorso intervento è stato otto mesi fa?”.

“Sì”.

“E cosa è successo?”.

“Durante l'intervento non riuscivo a stare ferma, ero agitata e il dottore non riusciva a operare e si è arrabbiato. Ma le iniezioni in quel punto non sono mica uno scherzo!”.

“Ha ragione, è una zona sensibile e quella esperienza le ha lasciato un ricordo spiacevole, ma in questi mesi ha potuto osservare un beneficio?”.

“Sì, certo altrimenti non sarei proprio ritornata. Mi farete dormire?”.

“In sala è già tutto pronto per lei e l'anestesista sarà presente se avrà bisogno. In più avrà la possibilità di utilizzare una nuova tecnica che le permetterà di vivere questo in modo del tutto piacevole”.

Vedo che ha spostato le coperte e ne approfitto.

“Riesce a passare o preferisce usare il tapis roulant?”

La signora passa in autonomia sulla barella e la porto direttamente in sala, essendo un intervento in anestesia locale.

“E' importante per lei fare questo intervento che già in passato le ha dato beneficio e per questo abbiamo bisogno della sua collaborazione così che tutto si svolga in modo ottimale, le chiedo allora di passare sul lettino operatorio e appoggiare bene la testa, per riuscire a distendere bene il collo e le braccia”.

La paziente si posiziona e la collega nurse applica gli elettrodi per il monitoraggio cardiaco e pressorio. La collega infermiera di sala posiziona le gambe della signora per la posizione ginecologica e vi appoggia un telo. Mi accorgo che non riesce a stare ferma con le gambe.

“Ora le chiedo di muovere i piedi su e giù in modo alternato, facendo attenzione a mantenere il ritmo, così non saranno intorpiditi dalla posizione. Può sentire il contatto dei piedi con il rivestimento delle staffe ed apprezzare la pressione esercitata su queste, ad ogni movimento di più, ogni volta il doppio. Può accorgersi che ha rallentato il ritmo, va benissimo, e allora potrebbe essere più agevole per lei fermarsi e non avere più voglia di muoversi. Quando succederà lasci pure che sia così e resti ferma”.

Dopo poco tempo mi accorgo che i piedi sono fermi ed extraruotati.

“Ora che i suoi piedi sono abbandonati può sentire che anche la pressione dei sostegni è cambiata, sono più pesanti sulle sue gambe e sarebbe davvero impegnativo ora muoversi, provi pure”.

Chiudo i cosciali.

Attendo qualche secondo e vedo che la paziente rimane immobile mentre la collega appoggia dei teli e la coperta termica sulla signora.

“Molto bene. Questo senso di peso che sente si accompagna ad un tepore che si diffonde in tutta la gamba e, più su, al bacino, alle spalle e le sarà facile allora immaginare di essere nel letto, al calduccio sotto una coperta morbida, quando non ci si vuole proprio alzare”.

“E’ un bozzolo di benessere, ovattato e da questa condizione tutto il resto è lontano, privo di interesse. Si sentirà toccare e ci sentirà parlare ma nulla potrà disturbarla. Faccia un respiro profondo per farmi capire che è proprio così per lei”.

Lo fa quasi subito.

Nel frattempo abbiamo preparato il campo chirurgico ed eseguito l’intervento, che dura in effetti molto poco. La paziente non si è mossa, i parametri sono sempre stati buoni e la mimica facciale è rilassata.

“Molto bene, è andato tutto per il meglio ed è stata davvero molto abile. Ora che sa di avere questa capacità potrà usarla ancora, ogni volta che vorrà: le basterà unire indice e pollice della mano sinistra e ritornare con la mente alle sensazioni provate. Ora con un respiro profondo può riorientarsi qui e ora conservando il ricordo di questa esperienza”.

“Sarà curiosa di scoprire come farlo da sola ed allora, quando si sentirà pronta potrà riaprire gli occhi e rifarlo in autonomia”.

La paziente ci sorride e ci chiede se davvero abbiamo finito.

“Ma non mi avete fatto dormire”.

Le rispondo che, come promesso, tutto era pronto ma lei non ne aveva avuto bisogno. E' contenta, così ci ringrazia e ancora non crede di essere rimasta ferma, allora ne approfitto per verificare la capacità di autoipnosi. Le chiedo di ripetere il gesto dell'ancoraggio e, con la mente, di riprovare la sensazione di benessere e protezione del suo bozzolo.

Il viso è disteso e noto che deglutisce. Con le colleghe procediamo alle normali attività di ripristino della sala operatoria e attendiamo che la signora si riorienta, cosa che avviene dopo qualche minuto.

La nostra paziente ci ringrazia ancora e ci chiede se lo potrà fare anche altre volte. Ovviamente la rassicuro in tal senso, ora sa di essere in grado di utilizzare questa abilità.

Accompano la paziente al passa-malati e la saluto.

3.3) ANALISI DELL'ESPERIENZA

La signora era molto in ansia, non tanto per l'intervento, che riferisce utile per lei, quanto di non essere in grado di mantenere il controllo richiesto. Il suo precedente vissuto la fa sentire inadeguata e chiede aiuto.

L'accoglienza è fondamentale: la signora non fa il gesto di scoprirsi o di spostare il busto ma resta immobile ed espone la sua richiesta. Sono stata io ad uscire dalla sala per farle capire che la barriera del passa-malati poteva essere violata, che accoglievamo le sue richieste ed eravamo disposti, come equipe a presentarle un contratto che le fosse gradito.

Non ho spiegato alla signora i dettagli di una narcosi con le controindicazioni del caso.

Con l'anestesista viene presa la decisione di una eventuale sedazione solo se ritenuta veramente necessaria. L'equipe era disponibile ad accogliere la sua richiesta di dormire ma in alternativa ho offerto un modo nuovo e diverso di vivere questo intervento.

A queste condizioni ho ottenuto un *SI*, contratto accettato. Con una doppia scelta, di fatto invito la signora ad entrare.

Ho preferito superare la sala di preparazione e risveglio perché non aumentasse l'ansia ed ho continuato a parlare alla signora in presala, mentre la collega nurse di anestesia la preparava ed io mi lavavo per l'intervento. Siamo entrate in sala insieme ed ho preparato il necessario dando l'ordine motivato in linea con l'obiettivo.

Parlando e stabilendo una relazione di fiducia mi sono sempre più convinta che le variabili favorevoli erano molte: forte motivazione, intelligenza vivace, aspettative che saremmo stati in grado di soddisfare. Con la pronta adesione all'ordine capisco quanto la mia paziente sia desiderosa di proseguire.

Poiché il suo problema consiste nel non riuscire a stare ferma, le chiedo di muoversi, di farlo a ritmo. E' in grado di farlo, quindi sarà in grado di aumentare la velocità o di rallentarla ed anche di fermarsi. E' una capacità che conquista, che aumenta la consapevolezza di sé e l'*empowerment*. Inoltre mi dà l'occasione di descrivere e ricalcare.

Siccome ciò che sta succedendo è vero, sarà vera anche la suggestione che riceverà, il calore ed il peso dei teli sul bacino vengono trasformati in una meravigliosa coperta.

La signora realizza il *monoideismo plastico*, è immobile ma ha il controllo della situazione, le dico che muoversi diventerà impegnativo, che non avrà voglia di farlo e lascio a lei la volontà dando per certo che succederà.

Non voglio che si senta pressata da qualcosa che non sa gestire. Mi limito a ratificare anche con la sfida. Così sente il tepore e la morbidezza di una coperta pesante che invita a non muoversi. In questo modo il *monoideismo* realizzato permette che anche la suggestione proposta diventi vera.

Posso dire che la mia paziente era in ipnosi, in uno stato di coscienza fisiologico e modificato, dinamico, in cui l'idea proposta ed accettata riverbera sul piano psicosomatico.

Sarà necessario ripetere questo intervento ed è comunque uno splendido dono dare al soggetto la capacità di gestire esperienze simili, importante

quindi dare un ancoraggio, un gesto semplice attraverso il quale possono essere rievocate immediatamente le sensazioni piacevoli provate.

CONCLUSIONI

In Sala Operatoria i tempi sono veramente ristretti, la necessità è riconoscere un bisogno, un problema e presentare al paziente *“la soluzione”*.

In pochi minuti ci viene chiesto di prendere in carico il soggetto con le sue paure e le sue difficoltà, accoglierle e, proprio per questo, farci riconoscere come degni di fiducia. E' veramente difficile *MA* in sala operatoria si impara ad essere un team, per questo ho parlato spesso al plurale.

Nella mia esperienza ho potuto constatare che i successi si sono verificati quando tutto il *gruppo* voleva conseguire l'obiettivo, oppure quando ho agito in ambiente protetto, da sola col soggetto in questione.

Quando i professionisti lavorano in squadra sono più collaborativi ed in grado di gestire le criticità che giorno dopo giorno devono affrontare, non ultima un'organizzazione che guarda alla risorsa ipnosi ancora con scetticismo, risorsa che invece dovrebbe essere utilizzata con maggiore frequenza al fine di ottenere benefici sia dal lato paziente che dal lato operatori sanitari, permettendo così un'evoluzione della professione infermieristica.

RINGRAZIAMENTI

Nell'affrontare questa esperienza, pur in un momento delicato della nostra vita a causa della pandemia, mi sono impegnata per cercare di approfondire le tecniche di comunicazione ipnotica, materia che da tempo volevo conoscere. Purtroppo non abbiamo potuto avere molti incontri in presenza, comunque, in primis, vorrei ringraziare tutto il gruppo docente e organizzativo della CIICS per l'impegno profuso nel preparare le sessioni on-line e sopperire così ai problemi creati dal Covid.

Un ringraziamento particolare va a Milena Muro che con la sua attenzione e dedizione mi ha permesso di entrare in questo nuovo mondo ed ampliare i miei orizzonti mentali.

Parlando di *team*, vorrei ringraziare i miei colleghi di sala che hanno collaborato con me in questa esperienza favorendone il buon esito.

Un grazie va anche alla mia splendida famiglia, che mi ha supportato e sostenuto nell'intraprendere questo nuovo percorso lavorativo.

BIBLIOGRAFIA

Prof. F. Granone. “Trattato di ipnosi” UTET Torino 1989

Dott.ssa M. Muro “Appunti corso base di ipnosi clinico-sperimentale
CIICS Torino 2020

G. Colli “Comunicazione” CLITT 2019

