

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE

Fondatore Franco Granone

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

Anno 2019

***Comunicazione Ipnotica
abbinata al
Linfodrenaggio Vodder***

Candidata

CPSI Mastrazzo Daniela

Relatore

Dott.ssa Muro Milena

Indice

Introduzione.....	3
Linfedema.....	7
linfodrenaggio secondo Vodder.....	14
Dolore e ansia nel paziente oncologico.....	16
Ipnosi e comunicazione ipnotica.....	23
Presentazione casi personali.....	34
Allegato 1	39
Conclusioni	40
Bibliografia	42

Introduzione

Quando nella ASL di Asti, dove opero come infermiera da 30 anni e dove mi occupo di Wound Care da 15 anni, hanno proposto il corso **“La gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche con la comunicazione ipnotica”** mi sono chiesta come fosse possibile unire due mondi, per me, così distanti

L'ipnosi l'avevo sempre collegata a un qualcosa di illusorio, di ingannevole, un modo per fare spettacolo, per esibirsi in palcoscenico e avere successo.

Il dolore dei pazienti, quello che vedevo e toccavo tutti i giorni, invece era reale, concreto, continuo e penetrante nelle loro vite.

La scelta di partecipare è stata fatta dalla curiosità mescolata a una buona dose di scetticismo, ma è bastato il primo giorno di corso per scoprire che dietro all'ipnosi si cela un mondo reale e con solide basi scientifiche.

La speranza che questa tecnica avrebbe potuto essere d'aiuto ai miei pazienti è stata la motivazione a concludere il percorso attingendone il massimo possibile.

Chi, come me, quotidianamente si occupa ferite, sa riconoscere ogni singola sfumature del dolore e sa che può essere di tanti colori ed intensità.

Il dolore, sebbene parta sempre da un piano fisico, tocca ed invade la vita di tutti i giorni, perché la limita e così entra nella delicata sfera psicologica.

Per chi opera negli ambulatori il dolore dunque è una sfida che porta ad avere un atteggiamento di ascolto, per poi trasformarsi in attenzione e quindi cura.

Ben sapendo che eseguire una terapia o una medicazione è necessario ed indispensabile per completare il percorso di guarigione, gli infermieri riescono

a immaginare il dolore che la cura causa e sono anche consapevoli che tale dolore non solo lo devono gestire in prima persona, ma lo devono far accettare al paziente come inseparabile compagno di vita.

Compito non semplice visto che il paziente associa all'infermiere la figura che gli causa il dolore o pone dei limiti alla sua autonomia individuale.

Quando il dolore arriva a generare alterazioni psicologiche rilevanti come depressioni di tipo reattivo, ansia, paure, o se il quadro sintomatologico si complica, allora si parla di vera e propria malattia e non più di mero sintomo.

L'articolo 18 del Codice Deontologico indica tra i compiti prioritari dell'infermiere la gestione del dolore ed in particolare ha l'obbligo di accertarlo nei tempi predefiniti e seguendo specifiche linee guida.

“L'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi ad esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona”
(Codice Deontologico 2019 Capo IV articolo 18 -ex articolo 34-)

In questo contesto delicato che si manifesta in modo differente da paziente a paziente la tecnica dell'ipnosi diventa uno strumento in più che l'operatore sanitario ha a sua disposizione e che può utilizzare in molti modi.

L'ipnosi correttamente applicata può ridurre la percezione del dolore ed essere così usata per lenire il dolore accanto ai farmaci usati comunemente. Alcuni recenti studi hanno individuato come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi sia tale da arrivare a ridurre il dolore del 50% (Casiglia & al., 2007).

Grazie al percorso di avvicinamento a questa pratica mi è stato possibile imparare a comunicare in modo diverso, poiché la comunicazione ipnotica è una tecnica che utilizza l'applicazione consapevole del linguaggio e dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente.

In questo modo è possibile indurre nel paziente uno stato mentale naturale diverso dagli stati di veglia e di sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le sue capacità di autoapprendimento e autodeterminazione.

Gestire una relazione terapeutica con tecniche di comunicazione ipnotica permette di migliorare l'adesione del paziente alla procedura e alla terapia, gli permette di intervenire sulla quota di dolore procurata dai necessari interventi sanitari migliorando la qualità delle cure.

Infine i pazienti particolarmente ansiosi o allergici ai farmaci anestetici possono comunque accedere a procedure sia diagnostiche che terapeutiche altrimenti non effettuabile con ricadute positive anche nei tempi delle prestazioni, perché permette di evitare le ripetizioni di esami/procedure o la mancata effettuazione degli stessi,

Le parole di Milena Muro, docente del corso, hanno aperto una prospettiva su mondo della comunicazione ipnotica in cui sono entrata piena di curiosità e voglia di scoprire... è stato un vero e proprio colpo di fulmine

Il colpo di fulmine è diventato poi amore, al punto che ho preso la decisione di continuare ad approfondire i temi e ho maturato la decisione di iscrivermi al CIICS durante il convegno *"Ipnosi e salute"* che si è tenuto a Torino a Dicembre 2018.

I diversi relatori che si sono avvicendati con i loro interventi hanno raccontato e ci hanno fatto vivere le loro esperienze in diversi setting assistenziali.

Nell'ascoltare le diverse situazioni, nell'immaginare la tecnica dell'ipnosi declinata in casi ed esperienze concrete ho effettivamente compreso che proprio quella tecnica poteva essere la strada giusta per trovare quello strumento in più utile sia a me che ai pazienti che seguo.

Lentamente le strategie di comunicazione ipnotica mi hanno accompagnato fuori dalla vita di ambulatorio, sono entrate nella mia vita di tutti i giorni ed

oggi sono delle compagne di vita.

Grazie alla comunicazione ipnotica ho imparato una nuova prospettiva: quella di saper dare il giusto valore ed il giusto peso alle parole.

Attraverso l'autoipnosi, con le giuste tecniche applicate correttamente, si può raggiungere ogni volta che è necessario uno stato di benessere tale da permettermi di recuperare quell'energia e capacità di restare concentrata sulle cose che davvero contano, perché troppo spesso, a causa della vita frenetica in cui siamo immersi, le perdiamo di vista.

Linfedema

Il linfedema è l'edema di un arto dovuto a ipoplasia linfatica (primitivo) o ad ostruzione o distruzione (secondario) dei vasi linfatici.

La sintomatologia è rappresentata da edema duro non comprimibile, di consistenza fibrosa, in uno o più arti.

La diagnosi è posta sulla base dell'esame obiettivo. Il trattamento consiste nell'esercizio fisico, nell'elastocompressione, nei massaggi e talvolta nell'intervento chirurgico. Generalmente non si ottiene la guarigione completa, ma il trattamento può ridurre o rallentare la progressione della malattia e prevenirne le complicanze.

Questi pazienti sono a rischio di cellulite, linfangite e, più raramente, di linfangiosarcoma.

Eziologia

Il linfedema può essere

Primario: A causa di ipoplasia linfatica

Secondario: A causa di ostruzione o distruzione dei vasi linfatici

Linfedema primitivo o Primario

I linfedemi primitivi sono rari ed ereditari. La malattia si presenta in soggetti di età variabile e con caratteristiche fenotipiche diverse.

Il linfedema congenito compare prima dei 2 anni ed è dovuto ad aplasia o ipoplasia linfatica.

Il linfedema precoce compare tra i 2 e i 35 anni, tipicamente nelle donne in occasione del menarca o all'inizio di una gravidanza.

Il linfedema tardivo si manifesta dopo i 35 anni.

Linfedema secondario

Il linfedema secondario è molto più frequente della forma primitiva.

Le cause più frequenti sono:

- Chirurgia (soprattutto dissezione linfonodale, in genere per il trattamento del cancro al seno)
- Radioterapia (soprattutto ascellare o inguinale)
- Traumi
- Ostruzione linfatica da un tumore
- Filariosi linfatica (nei paesi in via di sviluppo)
- Il linfedema lieve-moderato può anche derivare dalla trasudazione di linfa nei tessuti interstiziali, in pazienti con insufficienza venosa cronica.

Sintomatologia

La sintomatologia del linfedema secondario comprende una fastidiosa dolenzia e una sensazione di pesantezza o gonfiore.

Il segno principale è rappresentato dall'edema dei tessuti molli, classificato in 3 stadi:

Stadio 1: l'edema è improntabile e l'area interessata spesso ritorna normale al mattino.

Stadio 2: l'edema non è improntabile (non a fovea) e l'infiammazione cronica

dei tessuti molli causa precocemente fibrosi.

Stadio 3: l'edema è duro e irreversibile, in gran parte a causa della fibrosi dei tessuti molli.

L'edema è il più delle volte monolaterale e si può aggravare nelle stagioni calde, prima dell'arrivo della mestruazione e dopo che l'arto è rimasto a lungo in posizione declive.

L'arto può essere coinvolto interamente oppure nella sola porzione prossimale o distale; l'ampiezza del movimento può essere compromessa quando la tumefazione linfedematosa è periarticolare.

La comparsa di disabilità e lo stress emotivo possono essere rilevanti, specie quando il linfedema deriva da un trattamento medico o chirurgico.

Le alterazioni cutanee sono frequenti e comprendono ipercheratosi, iperpigmentazione, verruche, papillomi e infezioni fungine.

Raramente, un arto interessato diventa estremamente grande, e l'ipercheratosi è grave, dando l'aspetto di pelle di elefante (elefantiasi). Questa manifestazione è più frequente con la filariosi che con altre cause di linfedema.

Complicanze

Si può sviluppare una linfangite, generalmente secondaria ad infezione batterica, dove di solito la porta d'entrata è rappresentata da lesioni della cute nelle pieghe interdigitali, dovute a infezioni micotiche, o da ferite della mano.

La linfangite è quasi sempre streptococcica con conseguente erisipela; talvolta è di origine stafilococcica.

L'arto colpito diventa eritematoso e caldo; le strie eritematose si possono estendere prossimalmente dalla porta d'entrata e si può sviluppare una linfoadenopatia.

Diagnosi

Si ricorre alla TC o alla RM quando la causa non è evidente.

Il linfedema primitivo è in genere facilmente riconoscibile, a causa del caratteristico edema dei tessuti molli diffuso a tutto il corpo e sulla base di altre informazioni derivanti dall'anamnesi e dall'esame obiettivo.

La diagnosi del linfedema secondario risulta in genere chiara dall'esame obiettivo.

Sono indicati ulteriori esami quando si sospetta un linfedema secondario, a meno che vi siano già una diagnosi e un'eziologia evidenti.

La TC e la RM possono identificare le sedi dell'ostruzione linfatica; la linfoscintigrafia con radionuclidi può identificare un'ipoplasia linfatica o la presenza di un flusso rallentato.

La progressione può essere monitorata attraverso la misurazione della circonferenza dell'arto o misurando il volume d'acqua che viene spostato immergendo l'arto in un recipiente oppure con la tonometria cutanea o dei tessuti molli; questi test, tuttavia, non sono stati ancora validati.

Nei paesi in via di sviluppo deve essere eseguito il test per la filariosi linfatica.

Quando il linfedema è maggiore del previsto (p. es., dopo linfoadenectomia) o compare dopo tanto tempo in pazienti con tumore mammario sottoposte a trattamento, si deve prendere in considerazione un'eventuale recidiva neoplastica.

Prognosi

Quando il linfedema è conclamato, la guarigione definitiva è difficile. Un trattamento scrupoloso e misure preventive (ove possibile) possono ridurre i sintomi, rallentare o arrestare la progressione della malattia, e prevenirne le complicanze.

Trattamento

A volte è possibile una ricostruzione chirurgica in caso di linfedema primitivo

È bene mobilizzare l'edema (p. es., attraverso l'elevazione dell'arto e la compressione, attraverso massaggi, bendaggi elastocompressivi e compressione pneumatica intermittente)

Il trattamento del linfedema primitivo può comprendere la riduzione chirurgica (con rimozione del grasso sottocutaneo e del tessuto fibrotico) e la ricostruzione dei tessuti molli quando la qualità della vita è significativamente ridotta.

Il trattamento del linfedema secondario prevede l'identificazione della causa e il trattamento eziologico.

Come trattamento sintomatico, si possono utilizzare varie tecniche di mobilizzazione dell'edema (terapia decongestionante complessa). Essi comprendono:

- Cura della cute per prevenire lesioni ed infezioni
- Linfodrenaggio manuale per favorire il deflusso della linfa
- Terapia compressiva consistente nell'applicazione di bendaggi multistrato compressivi e
- Tutori elasto-compressivi
- Esercizio terapeutico che prevede esercizi muscolari specifici per migliorare il flusso della linfa e favorirne il drenaggio, esercizi respiratori (fisiokinesiterapia sotto bendaggio)

I risultati sono migliori se i trattamenti vengono iniziati precocemente, effettuati in combinazione, eseguiti con regolarità e costanza e perseguiti nel

tempo.

Le misure preventive comprendono l'evitare la vicinanza a fonti di calore, gli sforzi fisici eccessivi, l'abbigliamento stretto e le fasce costringenti (compresi i bracciali dello sfigmomanometro) applicate attorno all'arto colpito.

La cura della cute e delle unghie richiede particolare attenzione;

Al termine di questa terapia è indispensabile l'utilizzo di tutori contenitivi tessuti in trama piatta per mantenere i risultati ottenuti

Consigli ed errori da evitare

Evitare vaccinazione, salasso, e cateterizzazione EV in arti affetti da linfedema.

Le infezioni di cute e sottocute prendono il nome di linfangiti, celluliti o erisipela in relazione alle variabili manifestazioni flogistiche dipendenti sia dall'agente eziologico in causa che al sistema immunitario del paziente.

Quindi è fortemente raccomandata una meticolosa cura ed igiene della cute e delle unghie, per ridurre la carica batterica e fungina

Attenzione all'abbigliamento stretto. (i vasi linfatici rimasti, specialmente quelli superficiali della cute, vengono compressi e schiacciati ostacolando il deflusso linfatico). Niente pantaloni attillati, calzini e calze che "strozzano" e giarrettiere. Niente cinture o corsetti troppo stretti; gli uomini dovrebbero usare le bretelle.

Attenzione al sovrappeso, le masse adipose contengono i vasi linfatici per cui rallentano parzialmente il deflusso linfatico.

Calo ponderale in caso di eccesso adiposo.

Non c'è una dieta linfatica specifica. L'alimentazione deve essere mista e

ricca di verdure, meglio una dieta iposodica.

La nicotina e l'alcool non peggiorano il linfedema ma, per principio, dovrebbero essere ridotti, a causa degli altri effetti dannosi per la salute.

Linfodrenaggio secondo Vodder

Il metodo Vodder di Linfodrenaggio Manuale nasce intorno agli anni Trenta, da una brillante intuizione di Emil Vodder un fisioterapista danese, che sostenuto dalla moglie e da medici fisiologi sempre più interessati agli effetti del metodo, ha dedicato gran parte della sua vita allo studio del sistema linfatico al fine di perfezionare la sua tecnica e dimostrarne la validità scientifica.

Il metodo che venne presentato per la prima volta a Parigi riscuotendo un notevole successo, (si parlò di un "metodo rivoluzionario per il trattamento della pelle"), apprezzato in prima istanza nell'ambito di tecniche estetiche, oggi gode di un riconoscimento ufficiale da parte di importanti Società Scientifiche di Flebolinfologia ed è indicato come terapia d'elezione (Golden Standard) nell'approccio sanitario di alcune patologie specifiche del sistema linfatico.

Tra i numerosi collaboratori del Dr. Vodder i coniugi Wittlinger, fondatori della Dr. Vodder Schule a Walchsee (Austria), si sono impegnati nella divulgazione del metodo ponendosi come obiettivo quello di mantenerne l'originalità.

Il Linfodrenaggio Manuale Vodder, annoverato tra le tecniche di massaggio, se ne distingue nettamente per la specifica manualità che, correttamente esercitata, esplica il suo effetto a livello dei tessuti superficiali (cute e sottocute) e non sulla fascia muscolare.

Le varie manualità, esercitate con una o due mani, sui diversi distretti corporei, vengono eseguite in sequenze prossimo-distali che rispettano il decorso dei deflussi cutanei e sottocutanei in direzione delle stazioni linfonodali di competenza di un determinato territorio linfatico.

Un parametro fondamentale è rappresentato dall'alternanza di pressione esercitata manualmente che, non superando i 30-40 mmHg, può variare sensibilmente a seconda dei vari distretti corporei o in presenza di edemi.

È necessario evitare ogni tipo di irritazione della cute (sfregamento, scivolamento, pressione eccessiva e costante, manualità brusche e "di taglio") che possa provocare iperemie reattive, quindi è preferibile non usare oli o creme per evitare di perdere il controllo della manualità che nel suo specifico consiste in un trazionamento della pelle.

L'azione del LDM stimola un aumento della linfoangiomotricità, un drenaggio dell'interstizio favorendo spostamento di liquidi, di proteine e cellule immunitarie ed eliminazione di cataboliti e scorie varie a beneficio della circolazione tissutale.

La tecnica secondo il Dr. Vodder eseguita con movimenti armonici, lenti e ritmici al fine di rispettare i parametri fisiologici del deflusso linfatico e non indurre stimoli che possano provocare "spasmi dei vasi linfatici", favorisce anche altri effetti, dimostrati scientificamente, quali simpaticolitico e antidolorifico.

Si ipotizza anche un effetto sul sistema immunitario con il conseguente aumento delle difese dell'organismo.

Dolore e ansia nel paziente oncologico

Il linfedema secondario è correlato alla presenza di un tumore e può essere causato sia dai trattamenti che dalla malattia.

La chirurgia per l'asportazione dei linfonodi (linfadenectomia) può influire sul funzionamento del sistema linfatico, causando un accumulo di linfa nell'area interessata.

La radioterapia estesa sui distretti linfonodali può danneggiare l'area interessata determinando la formazione di un tessuto cicatriziale che ostruisce il flusso della linfa.

Le cellule tumorali che si diffondono ai linfonodi possono ostruire i vasi linfatici, causando un accumulo di linfa.

Un tumore adiacente che comprime i vasi linfatici può bloccare i linfonodi più vicini.

Ciò avviene soprattutto dopo gli interventi chirurgici per tumore della mammella con asportazione dei linfonodi ascellari e interruzione delle vie linfatiche dirette verso il cavo ascellare.

Il dolore è un sintomo frequente e debilitante nei pazienti con cancro in ogni fase della malattia.

L'*International Association for the Study of Pain* (IASP) definisce il dolore come "una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a un danno tissutale presente o potenziale o descritta in tali termini".

Il dolore, quindi, è sia una sensazione (cosciente consapevolezza di uno stimolo doloroso) sia un'esperienza emozionale (intensa sensazione di sconforto che porta a un comportamento reattivo).

Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva, influenzata da componenti

emozionali, sociali, culturali, esistenziali, spirituali e ambientali ed è ciò che il paziente riferisce.

La “percezione” dell’intensità del dolore, infatti, non è proporzionale al tipo e all’estensione del danno tissutale, ma dipende dalle interazioni di impulsi nocicettivi e non nocicettivi nelle vie ascendenti, in relazione all’attivazione di sistemi discendenti dolore-inibitori.

Il dolore è influenzato da: genetica, storia personale, tono dell’umore, personalità, emozioni, disturbi del sonno, paure, aspettative, cultura, credenze religiose.

Il Dolore oncologico

Il dolore da cancro rimane tuttora, nonostante la sempre maggiore consapevolezza degli operatori sanitari, i programmi educazionali e gli interventi di educazione sanitaria finalizzati a diffondere una cultura di attenzione a tale problematica, un sintomo diffuso e ad elevato impatto sia sulle attività di vita quotidiana, sia a livello emozionale.

La prevalenza del dolore varia dal 33% in pazienti dopo il trattamento curativo al 59% in pazienti durante il trattamento oncologico al 64% in pazienti in fase metastatica, avanzata o terminale.

Il dolore può essere presente dalla diagnosi di cancro e lungo tutto il percorso della malattia.

Si può manifestare con intensità e caratteristiche diverse.

Il dolore va valutato e curato in ogni fase della malattia.

Sebbene negli ultimi anni la percentuale di pazienti sottotrattati si sia ridotta del 25%, passando dal 43,4% al 31,8%, tuttora più di 1/3 dei pazienti oncologici con dolore non riceve un trattamento adeguato.

- Tra i pazienti con cancro avanzato che riferiscono dolore, il sintomo è

valutato di intensità moderata-severa in circa il 40-50% e molto severa nel 25-30% dei soggetti.

- La maggior parte dei pazienti con cancro avanzato presenta due o più tipi e/o cause di dolore.
- Il 69% dei pazienti riporta il “peggiore dolore percepito” a un livello che altera la loro capacità funzionale

Ciascun paziente ha la propria soglia del dolore.

Il miglioramento del sonno, del tono dell'umore, l'empatia, la presenza e l'ascolto possono alzare la soglia individuale della tolleranza e della percezione del dolore.

Diversamente l'astenia, l'insonnia, l'ansia, la paura, la tristezza, la depressione e l'isolamento possono abbassare la soglia del dolore.

Il dolore oncologico può essere causato da più fattori spesso concomitanti:

- il tumore stesso e le comorbidità;
- le terapie oncologiche a scopo curativo o palliativo: chirurgia, radioterapia (RT), chemioterapia (CT), terapia biologica o *targeted therapy* (TT);
- le cure di supporto atte a lenire la tossicità da terapie oncologiche;
- le procedure diagnostiche o terapeutiche (esami radiologici, biopsie di tessuti molli/osso, rachicentesi, iniezioni venose/lombari).

Classificazione temporale del dolore da cancro

Dolore acuto

- Segue un danno tissutale e l'attivazione dei recettori periferici nel punto di lesione.
- Il trauma altera le risposte dei nocicettori e le loro connessioni centrali

coinvolgendo il sistema nervoso.

- Il dolore acuto in genere scompare quando il danno è guarito ed è generalmente riconducibile a una causa nocicettiva definibile.
- La risposta algica è condizionata dalle risposte strutturali a livello midollare, che compaiono in pochi minuti, e al rimodellamento cellulare e alla necrosi cellulare, che compaiono entro alcune ore.
- Il dolore acuto ha un'insorgenza definita e una durata limitata e predicibile (dolore da chirurgia, biopsia, iniezione, pleurodesi, frattura patologica, stravasamento di chemioterapico, decubito per radioterapia, procedure diagnostiche e terapeutiche interventistiche).
- È spesso associato a segni fisici obiettivi di attività del sistema nervoso autonomo e ad ansia e agitazione.
- Il dolore acuto può anche indicare una progressione della malattia.
- La comparsa di dolore acuto, in modo simile all'aumento di intensità di un dolore cronico precedentemente stabile, è suggestiva di un cambiamento della sottostante lesione organica e richiede una rivalutazione clinica. Spesso la differenza tra dolore acuto e cronico non sottende una classificazione temporale, ma dipende dalla capacità di guarigione della lesione da parte dell'organismo e dalla capacità di normalizzare le afferenze sensoriali e gli eventi scatenanti nel sistema nervoso centrale.

Dolore cronico

- È dovuto alla presenza e/o progressione della malattia e/o a cause iatrogene (neuropatia indotta da chemioterapia, osteoporosi da ormonoterapia, dolore da chirurgia e da radioterapia, dolore secondario alla tossicità da *targeted therapy*).
- Può essere accompagnato a cambiamenti della personalità, dello stile di vita, delle capacità funzionali e da sintomi e segni di depressione.

- Il dolore cronico, con sovrapposti episodi di dolore acuto (*breakthrough pain* o dolore episodico intenso e dolore incidente) è probabilmente l'evento che si osserva più frequentemente nei pazienti con cancro, sia in trattamento oncologico sia in fase avanzata di malattia.
- L'insorgenza di dolore acuto o l'aumento di intensità di quello cronico indica un cambiamento della situazione clinica e richiede una rivalutazione. Ciò implica la necessità di una valutazione mirata e di dosi extra di analgesici in associazione a un trattamento antalgico a orari prefissati.

Breakthrough pain (dolore episodico intenso)

È definito come l'improvvisa comparsa di dolore intenso, transitorio e non atteso in pazienti già in trattamento con analgesici e con dolore di base controllato.

È difficile da trattare adeguatamente a causa della rapida insorgenza e della spontanea remissione.

Il dolore episodico intenso va differenziato da:

- scarsa quantità di analgesici oppiacei assunti a dosi regolari e a intervalli regolari;
- lunghi intervalli di tempo tra la somministrazione dei farmaci/dolore di ne dose;
- dolore incidente causato dal movimento del paziente (es. in presenza di metastasi ossee, deglutizione, o tosse).

La valutazione del dolore nei pazienti al termine dei trattamenti oncologici curativi è una parte importante dei controlli di follow-up.

Esistono alcuni fattori legati alla presenza di dolore anche dopo la fine delle terapie:

- il controllo del dolore nella fase iniziale della malattia;

- il tipo di tumore e la sua invasività locale;
- il tipo di trattamento ricevuto;
- le comorbilità del paziente;
- il tempo passato dalla fine delle terapie.

È difficile quantificare l'esatta prevalenza di questo sintomo; la media riportata negli studi si attesta tra il 5% e il 10%, con alcune casistiche che riportano tale problema sino nel 40% dei *survivors*.

In caso di dolore di nuova comparsa e non francamente imputabile ad altre cause, la prima causa da escludere è la ripresa di malattia.

Se non siamo di fronte a questa eventualità, le cause di un dolore post-trattamento possono essere molteplici e talora presenti congiuntamente.

Esiti di chirurgia, radioterapia, trattamenti chemioterapici o ormonali possono essere causa di dolore di diversa entità e caratteristiche.

Ansia

Il termine ansia deriva dal latino *angere*, che significa stringere, ed è una sensazione che noi tutti proviamo quando percepiamo uno stato di allerta. Fa parte di quell'insieme di sensazioni corporee, legate a vissuti psicologici, che si chiamano emozioni. Le persone per descriverla usano parole come: vortice, risucchio, affanno, blocco, tremore..

E' di comune riscontro in vari momenti della vita umana; generalmente tutti gli individui incappano prima o poi in una sensazione di ansia.

L'ansia si avvicina molto alla paura. Produce infatti le stesse reazioni fisiche di quando temiamo un pericolo: accelerazione del battito cardiaco, aumento del ritmo del respiro, aumento dello stato di vigilanza.. Mentre però nella paura i pericoli vengono dall'esterno, sono tangibili e reali, nell'ansia

maturano dall'interno, e la consistenza della minaccia resta indefinita, come qualcosa che ci turba, che interrompe il corso dei nostri pensieri, che all'apparenza resta invisibile. La paura è legata a situazioni presenti, a pericoli in corso; l'ansia invece si prova per pericoli futuri, non immediati; quindi l'ansia implica anche un sistema cognitivo più complesso, che possa prevedere le conseguenze a medio e lungo termine e sia in grado di ragionamenti ipotetici.

Una delle definizioni dell'ansia è:

“stato tormentoso dell'anima provocato dall'incertezza circa il conseguimento di un bene sperato o la minaccia di un male temuto”.

Generalmente l'ansia viene considerata dai professionisti della salute mentale come la madre di tutte le emozioni, e proprio per questo, è utile differenziare sia l'ansia da altre emozioni ad essa affini, sia un'ansia intesa come condizione esistenziale per cui ogni essere umano ha fatto e fa esperienza dell'ansia, da un'ansia patologica.

Dal punto di vista esistenziale, l'ansia è un'emozione che ha la funzione positiva di tenerci informati sullo stato di successo o fallimento attuale e previsto che abbiamo nel raggiungere i nostri scopi. E contemporaneamente attiva il nostro organismo per prendere le misure necessarie a ristabilire in modo rapido un andamento favorevole.

Il rischio di sfiducia del paziente nei confronti del futuro (legata alla malattia) e del sistema sanitario, ma anche l'aumento dei rischi di comorbidità e mortalità, rendono l'accertamento dello stato d'ansia del paziente una delle priorità nel piano diagnostico infermieristico (Lang et al. 2010). Lo stato d'ansia del paziente, da parte dell'infermiere può essere valutato attraverso alcuni descrittori verbali (lieve, moderato, intenso) oppure con la scala Statetraid Anxiety Inventory (STAI-forma Y).

Ipnosi e Comunicazione Ipnotica

L'ipnosi non è magia, non è sonno, non è plagio, non è succubanza della volontà.

Secondo la definizione del C.I.I.C.S (Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale) di Torino, e della sua scuola fondata da F. Granone e diretta dal Dott. A.M.Lapenta, l'ipnosi è:

“la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata”

” l'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, nel quale un soggetto ottiene modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, per mezzo di monoideismi plastici e del rapporto operatore-soggetto”.

Grazie al rapporto operatore-paziente che si viene a creare, e grazie al potere dell'immaginazione che viene guidata dalla suggestione proposta dall'operatore, sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali

Nel paziente in ipnosi il “monoideismo plastico” è la possibilità creativa che ha una idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e di realizzarsi nell'organismo, riverberando sul piano psicosomatico.

In parole più semplici si realizza il monoideismo plastico quando una persona si concentra su un'idea così intensamente che questa si concretizza in una manifestazione fisica, producendo un cambiamento.

La maggior parte dei monoideismi si realizzano spontaneamente; quando ad esempio siamo affamati e cominciamo a pensare a qualche prelibatezza, la nostra bocca comincia a salivare.

In questo caso la nostra immaginazione crea come risposta un effetto fisico naturale, la salivazione incontrollabile (e noi non possiamo farci assolutamente nulla!) Possiamo solo deglutire. Un altro esempio di

monoideismo plastico che si realizza spontaneamente è questo: consideriamo una madre che sta aspettando il ritorno da scuola del figlio; il figlio è in ritardo, e la madre comincia a preoccuparsi. Ciò produce tutta una serie di pensieri drammatici del tipo: ci sarà stato un incidente; sarà stato rapito..Tutti questi stati d'ansia producono delle reazioni fisiche: tachicardia, sudorazione, pallore cutaneo...ecco che ancora una volta la nostra immaginazione produce effetti fisici e mentali evidenti.

Il monoideismo si può realizzare anche grazie all'abilità dell'operatore che attraverso suggestioni adeguate all'obiettivo guida il soggetto così bene da favorire dei cambiamenti fisici e mentali.

Alcuni monoideismi classici di cui l'operatore di solito va a caccia sono la levitazione di un arto, la catalessi (rigidità muscolare), oppure l'inibizione di movimenti (LE,CA,MO,I,AS,CO)

Affinché si possa parlare di ipnosi, però, oltre al monoideismo plastico, si devono necessariamente verificare altre due condizioni: una è che lo stato di coscienza deve essere modificato (e non "alterato", come pensavano alla scuola di Charcot, e come viene erroneamente tradotto dall'inglese il termine "altered") e due, tra ipnotizzato ed ipnotizzatore si deve realizzare il rapport, cioè quella particolare relazione di fiducia ed empatia che permette all'operatore di guidare il soggetto.

La manovra necessaria ad attivare e a sostenere la realizzazione dei monoideismi plastici passa attraverso l'Induzione.

E' la modalità che si adotta per ottenere il passaggio dallo stato di coscienza ordinario allo stato di coscienza modificato.

Si ritiene che venga sfruttata solo una piccola parte delle potenzialità del cervello umano che funzionerebbe, fondamentalmente, su due sistemi primari: un funzionamento conscio ed un funzionamento inconscio che sarebbe preponderante.

Ciò ci può far capire quanto sia profonda la parte di noi stessi che non conosciamo. Il fatto di poter attingere a questo vasto potenziale della nostra mente apre grandi prospettive.

Ciò è utile quando in psicoterapia si cerca, attraverso l'uso dell'ipnosi, di riarmonizzare le dinamiche mentali del paziente, in modo tale da aiutarlo a superare le sue problematiche disturbanti.

Il subconscio metaforicamente può essere paragonato ad un grande magazzino dove vengono custodite le informazioni che sfuggono alla nostra consapevolezza.

Possiamo immaginare che tutto quello che abbiamo visto, sentito, provato, è "stoccato" in questo grande magazzino: i nostri sogni, le nostre speranze, ed anche le nostre risorse interne...

"La mente cosciente pensa, la mente inconscia sente".

L'emisfero sinistro, il dominante (per i destrimani), è responsabile della logica, del ragionamento, dell'articolazione della parola.

E' la parte cosciente della nostra mente.

L'emisfero destro è invece responsabile dell'emotività, del sogno, della creatività, dell'irrazionalità.

E' probabile che sia la sede di riferimento della parte inconscia della nostra mente.

Per arrivare ad indurre una persona in uno stato di trance ipnotica bisogna parlare alla parte inconscia del suo cervello, cioè all'emisfero destro.

Nell'ipnosi bisogna aumentare la fiducia e abbassare la critica, quindi usare l'immaginazione per "parlare" all'emisfero destro stabilendo al tempo stesso

la miglior “alleanza” possibile con l’emisfero sinistro.

Per parlare all’inconscio bisogna utilizzare parole adeguate, semplici e chiare, così come si farebbe con un bambino che non ha ancora sviluppato pienamente le proprie capacità intellettive; utili sono le metafore, le quali “bussano direttamente alla porta dell’inconscio”; le frasi devono essere preferibilmente affermative, perché l’inconscio fa difficoltà ad accettare le frasi in cui sia presente una negazione.

Ad esempio se vogliamo smettere di fumare dovremo dire nella nostra suggestione “sarò libero dal vizio del fumo”.

Se invece diciamo “da domani non fumerò più” il nostro inconscio toglierà il “non” e capirà che dovrà fumare ancora.

Maestro di questo tipo di linguaggio è sicuramente Milton Erickson ; egli per curare i suoi pazienti raccontava spesso aneddoti della sua vita che apparentemente sembravano slegati dal contesto del momento, ma che nascondevano sempre significati nascosti che sfuggivano alla parte razionale, ma erano come dei messaggi subliminali per la parte inconscia del paziente.

Molti degli approcci ericksoniani, dalla pantomima alla tecnica della confusione, a quella della disseminazione, costituiscono dei formidabili strumenti per depotenziare l’emisfero sinistro e per attivare il destro.

Oltre ad induzioni basate sulla parola, ve ne sono altre che utilizzano il linguaggio non verbale e fanno leva sulle emozioni del soggetto.

L’ipnosi non verbale è più diretta, perché mentre nelle induzioni che utilizzano il linguaggio verbale abbiamo la mediazione della parola che deve essere compresa ed elaborata , nell’ipnosi non verbale c’è un accesso diretto alle parti più primitive del cervello .

Attraverso suoni, toccamenti (chiamati passi), vocalizzi, variazione della

prossemica, il paziente prova un impatto emotivo diretto .

Spesso questo sovraccarico emozionale può portare a modificazioni dello stato di coscienza in tempi molto rapidi (pochi secondi).

In base alla velocità con cui si induce una trance ipnotica, si differenziano le induzioni molto lente, (quelle basate sul rilassamento), le tecniche medie, rapide ed istantanee.

Queste ultime, dette anche tecniche shock, sono molto pericolose, soprattutto nei pazienti che soffrono di cardiopatie ed ischemie, perché provocano un drastico aumento delle resistenze periferiche e pertanto non devono essere utilizzate.

Il metodo r.a.p. (ratifica appena possibile) rende molto più veloce la tecnica induttiva; la ratifica è uno strumento che consiste nel rendere evidente al paziente i cambiamenti ottenuti nel suo corpo e a verificarli subito grazie all'accettazione critica della suggestione e renderlo cosciente della realizzazione del monoideismo plastico.

Ciò presuppone che l'ipnotista sia molto attento ad osservare ogni minimo cambiamento nel paziente; inoltre presuppone che l'operatore abbia l'attenzione di testare fin da subito l'efficacia della sua induzione, in modo che il paziente possa essere consapevole delle sue abilità.

Ad esempio se impartisco al paziente la suggestione della mano fredda ed insensibile per ottenere analgesia, devo ratificare, cioè verificare la realizzazione del fenomeno (quanto è cambiata la sensibilità, il dolore o se sente in modo diverso sarà consapevole del cambiamento)

Con l'ipnosi è possibile ottenere analgesia adatta anche a consentire interventi chirurgici.

In questo caso quello che l'ipnotista può fare è suggerire immagini di freddo, intorpidimento, insensibilità (Ratifica e verifica)

Infiggendo un ago sul dorso della mano si osserva come non solo il soggetto possa non sentire dolore, ma possa anche avere vasocostrizione, indice di un cambiamento evidente.

La ratifica va fatta il prima possibile, ed è uno strumento utilissimo per creare fiducia e ridurre la critica del soggetto, rende consapevoli delle abilità.

Volendo dare una strutturazione al fenomeno ipnotico, possiamo dire che gli strumenti di induzione possono essere racchiusi in tre gruppi, e vanno usati necessariamente in un ordine prestabilito.

Nel primo gruppo rientrano gli strumenti che creano fiducia ed “intervengono” abbassando la critica.

Questo è il punto di partenza, ed è di fondamentale importanza, poiché senza di esso non si può indurre il paziente.

Anche se l'induzione è partita bene e in seguito per qualche ragione ciò che dice l'ipnotista non è più in sintonia con ciò che sta provando il paziente, quest'ultimo potrebbe uscire spontaneamente dalla trance, pertanto bisogna stare sempre attenti alle parole che si utilizzano.

Nel secondo gruppo vi sono gli strumenti che creano l'immagine, cioè che stimolano la parte immaginativa del nostro cervello.

Nel terzo gruppo rientrano gli strumenti che ratificano il fenomeno ottenuto.

Prima di far uscire il paziente dallo stato di ipnosi è importante dare un ancoraggio, cioè un segnale grazie al quale il paziente potrà rientrare nello stato di coscienza modificato, qualora volesse, in completa autonomia (autoipnosi), oppure potrà essere usato dal terapeuta per rendere l'induzione più rapida nelle sedute successive.

I principali strumenti che creano fiducia sono la descrizione, il ricalco, il focalizzare l'attenzione, l'eseguire compiti, l'imitazione.

Quando sto parlando al soggetto e inizio a descrivere qualcosa di reale e

tangibile, ad esempio il fatto che sta seduto sulla sedia ed è di fronte a me, ed io gli sto parlando, sto raccontando cose vere ed irrefutabili egli mi darà ragione.

Nella descrizione è importante fare riferimento a quello che in realtà è, senza inserire commenti o supposizioni che potrebbero anche scontrarsi con ciò che sta provando il paziente in quel momento e che farebbero attivare la critica in modo controproducente.

Il ricalco è uno strumento più efficace della descrizione; in questo caso l'ipnotista descrive un'esperienza sensoriale del paziente.

La regola importante è che bisogna essere abilmente vaghi; non dobbiamo descrivere quello che pensiamo noi, ma quello che il soggetto può realmente sentire, vedere, udire, percepire...

Il sembrare di aver "indovinato" le sensazioni del paziente ci farà acquistare un'enorme fiducia.

Quando chiediamo al paziente di focalizzare l'attenzione su una parte del suo corpo o su un'esperienza sensoriale al di fuori del suo corpo, diminuisce il fattore critico del soggetto; in questo modo altri strumenti (suggestione) possono agire più facilmente sull'immaginazione.

Anche quando si dà un compito da eseguire al soggetto, il fattore critico si riduce.

Meglio se ne spieghiamo il motivo attraverso un ordine motivato, così sarà più facile per il paziente rispondere positivamente.

Gli strumenti del secondo gruppo sono quelli che creano l'immagine.

Bisogna usare le parole giuste per descrivere l'immagine, la chiave sta nell'essere abilmente vaghi, sarà il paziente stesso che creerà l'immagine più adatta a lui. Si possono utilizzare anche i ricordi della persona: l'ipnotista può chiedere di richiamare alla mente una situazione precedente, per occupare la

memoria logica come per i compiti, per creare un'emozione, per produrre una condizione fisica che il soggetto ha già sperimentato.

Quando vediamo che qualcosa sta cambiando, come risposta alla suggestione dobbiamo ratificare subito.

Nella ratifica l'ipnotista descrive una situazione del soggetto creatasi come effetto della sua suggestione; si fa in modo che il paziente diventi consapevole di ciò che è avvenuto in lui.

La verifica della realizzazione del monoideismo plastico è fondamentale e si deve proporre con le giuste modalità.

Più potente ancora è la sfida, trovando sempre il modo di far vincere il paziente.

La condizione di coscienza modificata tipica della trance ipnotica si distingue dallo stato di coscienza ordinario per alcune caratteristiche indicative ma non indispensabili.

Alcuni segni possono, in certi casi, aiutarci a capire; infatti è possibile riscontrare:

- calore e sudorazione, ma non necessariamente
- inerzia, ma non necessariamente
- riduzione del tono muscolare, ma non necessariamente
- tachicardia iniziale, seguita da bradicardia, oppure no
- uno sguardo tipico se gli occhi sono aperti
- movimenti oculari caratteristici se gli occhi sono chiusi (rapidi movimenti a destra e sinistra come nella fase R.E.M.), oppure no
- espressione del viso caratteristica ("asimmetrie facciali", oppure espressioni di coinvolgimento emotivo-emozionale)
- flutter delle palpebre (le palpebre vibrano involontariamente; segno di

scarico di tensione), oppure no.

- deglutizione (interpretabile come segno di scarico di tensione), che comunque spesso si fa meno frequente
- testa che si piega in avanti o indietro o laterale
- cambiamento tono della voce.

E' importante osservare con attenzione il paziente e descrivere i cambiamenti che stanno avvenendo in lui; ciò lo renderà consapevole di ciò che è riuscito a realizzare, aumenterà la fiducia, abatterà la critica e velocizzerà molto l'induzione.

Ipnositerapia nel dolore

Gli studi sull'ipnositerapia per il controllo del dolore sono numerosi, anche se è merito dei coniugi Hilgard (1977-78) la costruzione di un modello esplicativo e la dimostrazione di una correlazione diretta fra il grado di ipnotizzabilità ed il livello d'analgesia raggiungibile.

Sempre agli Hilgard si deve la dimostrazione che l'effetto analgesico dell'ipnosi non è riconducibile all'effetto placebo, alla paura (non è un'analgesia da stress o ansia) o alla suggestione, non dipende dalle endorfine e quindi non è reversibile con antagonisti degli oppioidi (naloxone) e non dipende da modulazioni dell'asse ipotalamo- ipofisi- surrene, ma è un effetto specifico.

L'effetto dell'ipnosi nel controllo del dolore dipende in modo specifico dal grado d'ipnotizzabilità del paziente ed è compatibile con un sistema di controllo elettrico e questo spiega la rapidità con cui l'analgesia può essere indotta o rimossa.

La condizione ipnotica sarebbe in grado di modulare dei sistemi sensoriali afferenti come la via paleospinotalamica, sopprimendo anche alcuni riflessi

segmentari locali.

In una review delle prove scientifiche relative alla riduzione del dolore negli adulti con un intervento di tipo psicologico o psicosociale è stata evidenziata la validità delle tecniche ipnotiche nel controllo del dolore in pazienti malati di tumore.

De Benedittis et al. hanno dimostrato in un esperimento con dolore ischemico che soggetti altamente ipnotizzabili presentavano un aumento della tolleranza al dolore del 113% verso un incremento di tolleranza di solo il 26% in soggetti scarsamente ipnotizzabili.

L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva.

In soggetti altamente ipnotizzabili è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa.

La scissione tra le due componenti risulterebbe responsabile della attivazione d'indicatori involontari del dolore quali un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, della sudorazione, ecc. E' stato dimostrato che l'analgesia ipnotica non dipende da sistemi neuromorali, come quelli endorfinergici, non è influenzata dalla somministrazione di naloxone, inoltre la sua instaurazione può essere praticamente immediata così come il suo effetto può essere immediatamente abolito con la sola verbalizzazione dell'operatore.

Numerosi lavori evidenziano l'utilità delle tecniche ipnotiche nel bambino con dolore acuto e cronico e la particolare sensibilità dei bambini all'uso analgesico dell'ipnoterapia (Wakeman e Kaplan, 1978).

I bambini sembrano anche in grado di utilizzare tecniche autoipnotiche in tutta una serie di malattie croniche, fra cui il cancro, l'emofilia, il diabete, l'anemia e l'artrite reumatoide.

Altrettanto valida e utilizzata routinariamente anche in Italia è la partoanalgesia in ipnosi.

L'ipnosi è utilizzata a livello mondiale per il trattamento del dolore operatorio e postoperatorio, per agevolare procedure diagnostiche o terapeutiche dolorose (in particolare nei bambini); per il dolore iatrogeno, per il dolore da parto, il dolore odontoiatrico, il dolore da ustioni, per il dolore cronico non oncologico ad esempio lombalgia, fibromialgia, sindrome dell'arto fantasma, cefalee croniche primarie, per il dolore oncologico e i disturbi associati, dove il suo ricorso precoce sembra utile anche nel controllo dell'evoluzione della malattia.

Ipnositerapia nell'ansia

L'ipnosi si presta in maniera particolarmente efficace a curare tutta una serie di sofferenze psichiche, fra cui i disturbi d'ansia. Il suo effetto positivo sulla riduzione degli stati d'ansia è stato comprovato da diversi studi. La tecnica si basa sull'induzione di uno stato di rilassamento fisico e mentale nel paziente, il quale genera uno stato più ricettivo verso gli stimoli provenienti dal subconscio.

Tale stato può essere ottenuto per esempio invitando la persona a concentrare i propri pensieri su un "oggetto" specifico (monoideismo plastico).

Attraverso l'ipnosi si creano i presupposti per poter accedere con maggior facilità alle risorse interne della persona, risorse in grado di produrre effetti benefici, o anche solo permettere alla persona di vedere i problemi in maniera diversa e più costruttiva.

Il terapeuta, dunque, non ordina dall'esterno al soggetto ciò che deve fare o credere, bensì lo aiuta nella ricerca delle sue risorse interne che possono servirgli per stare meglio.

Presentazione dei casi personali

Da quando ho iniziato il corso aziendale di “Comunicazione Ipnotica” nell'Ottobre 2018 è una pratica che ad oggi ho utilizzato con circa una ventina di utenti dell'ambulatorio Infermieristico di Wound Care per quanto riguarda il dolore, sia di base che quello provocato dalla mia pratica, ed una decina di utenti dell'Ambulatorio Linfologico in associazione al massaggio linfodrenante.

Essendo una pratica che mi ha sorpresa nell'ambulatorio Linfologico racconterò tre casi che secondo me sono emblematici nell'utilizzo di una tecnica nuova, che in alcuni casi ha “sorpreso” ma in tutti ha dato enormi soddisfazioni.

Caso 1

Sig.ra C. M. di anni 63, operata di k vescica e rene con comparsa tardiva di linfedema arto inferiore dx, presente urostomia sx.

La sig.ra lavora quindi concordiamo 2 trattamenti a settimana.

Si inizia ciclo di massaggi linfodrenanti con immediato beneficio sia locale (con netta riduzione dell'edema, soprattutto perimalleolare) sia generalizzato con sensazione di rilassatezza.

Purtroppo tra una seduta e l'altra l'edema ritorna quasi uguale.

Un giorno la sig.ra M. arriva trafelata e molto agitata io inizio il massaggio pensando che si tranquillizzi, ma lei diventa sempre più insofferente e tesa e visto che il massaggio linfodrenante secondo Vodder è fatto di manovre superficiali ma precise e non riuscendo a lavorare al meglio le propongo una nuova tecnica con cui le sarà possibile rilassarsi e godere appieno dei benefici del massaggio.

Dopo averle spiegato di cosa si tratta, essendo lei una persona molto curiosa ed innovativa acconsente subito.

Ho iniziato l'induzione facendola concentrare su un punto sopra la sua testa sino a che iniziava a sentire gli occhi pesanti e voglia di chiuderli.

Nel momento in cui li ha chiusi le ho fatto focalizzare l'attenzione sul suo respiro e su come ad ogni espirazione la sua tensione si abbassasse e su come ogni inspirazione portava aria nuova, pulita e leggera.

L'ho ratificata facendole notare che il ritmo del suo respiro era cambiato.

Quando ho riconosciuto i segni della trance (respiro rallentato, movimento veloce delle ciglia, tratti del viso rilassati) le ho suggerito di immaginare un posto dove era tranquilla e felice, "il suo posto sicuro", e sapendo che lei ama il mare le ho parlato della spiaggia, del suono dell'infrangersi lento e regolare delle onde, della sensazione del sole sulla pelle (non avevo capito il suo canale comunicativo quindi li ho usati tutti).

Quando mi è sembrata particolarmente distaccata e rilassata ho iniziato il massaggio, (con mio stupore) ho sentito la consistenza cutanea e muscolare diversa dalle altre volte, molto più morbida e trattabile.

Durante alcune manovre, particolarmente delicate e superficiali ho notato che lei abbozzava un sorriso e le si "accapponava la pelle", allora le suggerivo di focalizzare la sua attenzione sulla piacevole brezza che la sfiorava.

Nel suo caso la seduta comprende il massaggio breve del collo e tutto l'arto inferiore e dura circa 50/60 minuti.

Quando ho finito l'ho riorientata (con un po' di fatica perché mi ha detto che stava bene dov'era e quindi non voleva riaprire gli occhi) e ricordo la sua prima frase "Che spettacolo!!! vorrei riprovare subito!!!".

L'unica differenza che ho notato in confronto a quello che avevo sentito da altri utilizzatori è stato che alla domanda secondo lei quanto è durato il massaggio ha detto che è stato molto più lungo delle altre volte.

Al pomeriggio ho realizzato che ero talmente concentrata su quello che stavo facendo che ho dimenticato di darle l'ancora

Alla seduta successiva mi ha riferito di aver urinato molto di più che dopo i massaggi precedenti (la paziente ha un'urostomia ed utilizza un sacchetto di raccolta urine quindi è un dato oggettivo), e di voler assolutamente riprovare l'esperienza.

Sino all'inizio del massaggio ho proceduto come la volta precedente, ma "gasata" dall'esperienza ho deciso di farla focalizzare sulle mie mani, doveva trasformarsi nelle mie mani, ogni movimento lo descrivevo e lei doveva concentrarsi sia sul movimento stesso sia sull'azione a livello muscolare e cutaneo.

Memore della dimenticanza precedente prima di riorientarla l'ho ancorata unendole il pollice e l'indice della mano sinistra e le ho detto che nei giorni in cui non ci vedevamo poteva trovare un po' di tempo per se, rientrare in trance come aveva imparato con l'ancoraggio e poteva riviversi il massaggio, ricordando i movimenti e l'effetto delle mie mani sul suo corpo.

La volta successiva mi sono stupita al momento della misurazione, la circonferenza della caviglia era aumentata di solo 1 cm dalla misurazione dopo il trattamento, quindi si può dire che ha mantenuto i benefici del massaggio.

Mi ha raccontato di aver fatto quello che le ho detto tutte le sere prima di addormentarsi e di provare diversi benefici al di là del mantenimento delle misure come diuresi aumentata, minore stanchezza durante il giorno anche perché riposo e sonno sono migliorati.

Caso 2

Sig.ra G. M.P. anni 60 linfedema arto superiore sinistro in mastectomia totale.

Dopo l'esperienza positiva con la Sig.ra M. ho provato lo stesso trattamento

alla Sig.ra M.P., anche perché lei provava anche dolore sia all'arto superiore, sia in sede di intervento con sensazione di ansia e paura.

Quando le ho proposto questa nuova tecnica che serviva sia a rilassarsi che a diminuire la sensazione di dolore è apparsa subito titubante e spaventata all'idea di perdere il controllo.

Quando le ho spiegato attentamente e con parole più semplici possibili di cosa si tratta parlando di comunicazione ipnotica è apparsa più tranquilla e fiduciosa ma ha deciso di prendersi un po' di tempo per pensarci.

Al quarto trattamento ha deciso di provare, ma da subito mi è sembrata un po' scettica, si è portata anche il marito in ambulatorio affinché lui controllasse le sue reazioni.

Il marito era più scettico di lei, quindi ho fatto molta fatica a lavorare perché mi sono sentita un po' a disagio e controllata.

Ho iniziato l'induzione facendola concentrare sul mio dito posto davanti ai suoi occhi e lo avvicinavo ed allontanavo sin che lei non ha chiuso gli occhi, il marito si è subito avvicinato per controllare la situazione.

Ogni volta che mi accorgevo che stava entrando in trance il marito o tossiva o disturbava, quindi gli ho chiesto gentilmente di allontanarsi un po'.

Come ho colto i segnali di trance ho iniziato il massaggio, ma mi pareva che la Sig.ra non fosse tranquilla così ho interrotto in massaggio e l'ho riorientata per poi terminare la seduta.

Ho spiegato che la comunicazione ipnotica è una tecnica in più e non è obbligatorio eseguirla, quindi lei si è calmata.

Ad oggi mi ha chiesto ancora un paio di volte di provare la trance ma per ora preferisco soprassedere.

Caso 3

Sig. G. A., anni 35 linfedema probabilmente primario tardivo (non indagato) arto inferiore sinistro.

Quando ho proposto al Sig. A. la comunicazione ipnotica abbinata al massaggio mi sembrava che fosse interessato, secondo me più che altro allettato dalla parola rilassamento, dato che fa il pizzaiolo e deve seguire un papà anziano, quindi ha poco tempo per riposarsi.

L'induzione l'ho fatta facendolo concentrare sul respiro... Sapendo che lui fa un lavoro a contatto con il caldo ed amando la montagna l'ho suggestionato con una passeggiata in quota, dove apprezzava la fresca brezza, i colori degli alberi e del cielo, sdraiato sull'erba soffice si addormentava cullato dal canto degli uccellini...

Dopo aver finito il massaggio ed averlo riorientato il Sig. Andrea mi ha detto di sentirsi molto riposato.

Ho proposto al paziente di utilizzare l'autoipnosi per quello che riterrà utile e quando lo vorrà, ma sul momento ha rifiutato dicendomi di non sentirsi capace (nonostante gli avessi fatto provare l'ancoraggio).

Quando l'ho rivisto, dopo circa una settimana, nonostante lo scetticismo iniziale mi ha detto di utilizzare quotidianamente la trance per addormentarsi ed ha detto che da quando fa così al mattino si sveglia molto più riposato e tranquillo.

Dopo quest'esperienza ho inserito nella mia routine dell'ambulatorio linfologico una sessione preliminare di comunicazione ipnotica

E visto che anch'io faccio trattamenti linfodrenanti al viso ho voluto provare a farli in autoipnosi e devo dire che effettivamente sono decisamente più rilassanti e l'impressione è che ogni seduta duri molto più tempo di quello effettivamente passato (uno dei segni di cambiamento stato di coscienza /stato di trance è la distorsione temporale).

Allegato 1

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____

Numero Telefono _____

Data _____

Problema	
Contratto	
Definizione obiettivo	
Raggiungimento obiettivo	
Suggestione	
Ratifica	
Ora inizio	
Ora fine	
Tempo Reale	
Tempo Percepito	
Descrizione ancoraggio	
Verifica ancoraggio (Autoipnosi)	
Note:	

Conclusioni

“Uno degli obiettivi dell’assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell’autoefficacia, dell’autodeterminazione, della stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l’individuo a riappropriarsi consapevolmente del proprio potenziale.

Utilizzare la comunicazione ipnotica nelle procedure invasive permette agli infermieri di portare l’individuo a vivere l’esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psicofisico.”

Cit. Milena Muro ASIECI/ CIICS

Da fine corso al momento dell'elaborazione della tesi, mi sono resa conto di quanto veramente questa tecnica possa cambiare il nostro modo di lavorare e possa essere utile al paziente, per garantirgli una partecipazione attiva al percorso di cura rendendolo protagonista dell'esperienza terapeutica.

In questo elaborato mi sono soffermata soprattutto sui benefici del rilassamento durante il trattamento linfodrenante, anche perché i risultati sono stati per me una sorpresa, ed è stato ancora più sorprendente l'applicazione di questa modalità per gestire il dolore, condizione che esprime i più importanti risultati per il paziente.

Avere la possibilità di gestire al meglio il dolore durante le procedure della pratica clinica, poter garantire il controllo del dolore per esempio durante le medicazioni, e più in generale migliora l'adesione terapeutica del paziente, è il valore aggiunto più importante che l'implementazione della comunicazione ipnotica ha per l'agire infermieristico, sia per il miglioramento del vissuto del paziente sia perché è una condizione che garantisce anche una migliore soddisfazione professionale ed una gratificazione personale del risultato del

proprio lavoro.

L'allegato 1 è un modulo per la raccolta dati molto intuitivo e che permette la visione in toto dell'utente e del lavoro svolto con lui.

Per ora è in fase di sperimentazione ma in futuro verrà inserito nella modulistica dell'ambulatorio di wound care.

Bibliografia

- Codice deontologico dell'infermiere approvato dal Comitato Centrale della Federazione il 1 gennaio 2009".
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19 marzo
- Breivik H, Collet B, Ventafridda V, *et al.* Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.
- Breivik H. *et al.* 2006; NFO Worldgroup. Pain in Europe Report 2003; Ohayon MM *et al.* 2003; Ohayon MM *et al.* 2004
- Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979
- Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl 1986
- Greco MT, Roberto A, Corli O, *et al.* Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. J Clin Oncol 2014
- Loeser JD. Pain and suffering. Clin J Pain 2000
- Carr DB, Goudas LC. Acute pain. Lancet 1999
- Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990; 41:273-281
- Davies AN, Dickman A, Reid C, *et al.* The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the

Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. Eur J Pain 2009

- R. Bandler “P.N.L applications”
- Barber 1987 “Ipnoterapia Psicologica”
- *Saba Enrico Chisotti Marco ed. Ambrosiana “La mente che crea l’ipnosi progressiva e le sorprendenti capacita della nostra mente” di*
- *Gava Nicoletta - Rosso Piera - Accompagnare. Ipnosi ericksoniana e malattia terminale*
- www.iasp-pain.org
- Milton Erikson “Guarire con l’ipnosi” (1974) Ed. Astrolabio
- .Milton Erikson “*La mia voce ti accompagnerà*”(1982), Ed. Astrolabio.
- Granone, F.(1962): *Trattato di ipnosi*, Torino, Utet.
- Casiglia E. et al. Ipnosi sperimentale e clinica. Editrice Artistica Bassano, 2006
- Casiglia, E., Schiavon, L., Tikhonoff, V., Nasto, H. H., Azzi, M., Rempelou, P., ... & Rossi, A. M. . Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. American Journal of Clinical Hypnosis (2007)
- Appunti del Corso CIICS 2019
- Corda D. “Linfedema e lipedema. Conoscerli. Riconoscerli. Curarli”