

CENTRO ITALIANO di IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA di IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE

Fondatore Franco Granone

Direttore Dott. Antonio Maria Lapenta

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
ANNO 2014

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

ASSISTENZA AL PAZIENTE
IN UNA SALA DI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

RELATORE

Dott.ssa Milena MURO

CANDIDATO

Diana MAZZINI

CONTRORELATORE

Dott. Antonio LAPENTA

Sommario

VERSO UN MODELLO OLISTICO DI SALUTE	5
ANALISI DELLA REALTA' LAVORATIVA IN CUI OPERO	17
ASPETTI PSICOLOGICI.....	20
LA MIA ESPERIENZA.....	25
“IPNOTISTA” PER CASO.....	32
CASE REPORT	32
BIBLIOGRAFIA.....	40

“Soltanto l’uomo di cui viene pronunciato il nome è vivo”

Anonimo

Se mi chiedessero: come ti chiamano i tuoi cari?

risponderei: “dianin”

dedicata al mio papà

che mi ha regalato con amore questo nomignolo

VERSO UN MODELLO OLISTICO DI SALUTE

“Il mio maestro, Levine, una volta mi disse che l'età d'oro della medicina stava tramontando, perché la preoccupazione per il malato stava per essere sostituita dalla preoccupazione per la malattia. In effetti, la medicina odierna è molto spersonalizzata, trincerata dietro la tecnologia dei nuovi macchinari, col rischio di perdere il contatto con il paziente. La medicina si basa sia sulla cura, che sulla scienza. Se c'è cura senza scienza, ci sono tante buone intenzioni, ma non c'è medicina. D'altra parte, la scienza senza cura svuota la medicina del suo carattere taumaturgico, rendendola non dissimile da altre scienze, come la fisica, l'ingegneria... I due aspetti, cura e scienza, si completano e sono essenziali all'arte medica. Le dirò di più: il far guarire è diverso dal curare; nel primo caso, si tratta con organi che funzionano male, nel secondo con un essere umano che soffre.

Ed è verso l'integrazione tra la cura e la guarigione, io credo, che dovrebbe muoversi la medicina.”

-Bernard Lown-

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non una mera assenza di malattia o infermità”.

Questa definizione di salute fu coniata all'atto della costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel luglio 1946 ed entrò in vigore il 7 aprile 1948, data in cui l'OMS entrò nell'orbita delle Nazioni Unite.

Una definizione ampia e generale, che rimosse il dualismo concettuale “salute-malattia” e offrì una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione non limitato alla componente somatica e non unicamente correlato con l'intervento sanitario.

Tale concetto fu poi confermato ed ampliato in uno dei più importanti documenti dell'OMS: la Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria.

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata il 12 settembre 1978, espresse la necessità

urgente di azioni da parte di tutti i governi, degli operatori della salute e della comunità internazionale, per proteggere e promuovere il modello di attenzione primaria della salute, per tutti gli individui del mondo. Il suo motto fu: *Salute per tutti entro il 2000*. Alla Conferenza parteciparono 134 paesi e 67 organizzazioni internazionali, con l'assenza importante della Repubblica Popolare Cinese e fu considerata l'evento più importante degli anni 70 in materia di politica sanitaria.

In essa venne affermato:

“La Conferenza riafferma con forza che la salute, come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”.

La salute è dunque concepita come il prodotto complessivo e coordinato di una serie di condizioni e azioni che fanno capo a vari settori della vita civile e sociale di un paese e di una comunità.

Una visione moderna e veramente profetica, se si pensa a quando fu elaborata, anticipando di quasi mezzo secolo il dibattito sui determinanti sociali di salute.

Eppure la discussione sull'attualità della definizione di salute dell'OMS è aperta.

Nel dicembre 2009 si tenne a L'Aia (Olanda) una Conferenza Internazionale dal titolo “Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health” (“La salute è una condizione o un'abilità? Verso un concetto dinamico di salute”), con la partecipazione di rappresentanti di molteplici discipline professionali e scientifiche.

Il dibattito fu incentrato soprattutto sull'aggettivo “completo” contenuto nella definizione di salute dell'OMS: l'aspirazione a una

sorta di perfezione del benessere appare un obiettivo troppo distante dalla realtà e di conseguenza difficilmente misurabile.

Il fatto è che il quadro epidemiologico è profondamente mutato da quando fu concepita la definizione dell'OMS: erano gli anni quaranta del secolo scorso, la popolazione era "giovane", prevalevano le malattie acute, iniziavano a diffondersi gli antibiotici e l'idea che lo scopo della medicina fosse principalmente quello di guarire e di portare alla "restitutio ad integrum" era dominante e giustamente fondata.

Oggi, con una popolazione sempre più "vecchia" e con un numero crescente di persone affette da una o più malattie croniche, quell'aggettivo "completo" rende il "benessere" – cioè la "salute" – una condizione poco realistica, addirittura astratta.

La discussione degli esperti alla conferenza olandese ha portato ad un ampio consenso per lo spostamento dall'attuale formulazione statica verso una formulazione più dinamica basata sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere.

La visione preferita di salute è stata "la capacità di adattarsi e autogestirsi".

Concetti, a dir la verità, non del tutto nuovi.

Nel 1943 un medico e filosofo francese, Georges Canguilhem, aveva pubblicato un libro dal titolo "Il Normale e il Patologico", dove il concetto di salute è proprio associato alla capacità di adattarsi all'ambiente.

"La salute non è un'entità fissa. Essa varia per ogni individuo in relazione alle circostanze. La salute è definita non dal medico, ma dalla persona, in relazione ai suoi bisogni funzionali. Il ruolo del medico è quello di aiutare le persone ad adattarsi alle nuove condizioni."

È dunque il singolo paziente, non il medico, l'autorità legittimata a definire i propri bisogni e il medico diventa un partner in questa

operazione .

Avendo rimpiazzato la perfezione con l'adattamento noi ci avviciniamo a un programma per la medicina più comprensivo, solidale e creativo, un programma al quale tutti noi possiamo contribuire.

Il passaggio, nel campo medico-sanitario, dal modello bio-medico, centrato sulla malattia, a quello psico-sociale centrato sulla persona, ha posto una serie di nuovi e inevitabili interrogativi sui quali si cerca di dare delle risposte in linea con la prospettiva che assume il malato al centro dell'organizzazione sanitaria.

“l'interazione con l'altro” viene a configurarsi come il nuovo modello all'interno del quale tentano di muoversi tutte le figure sanitarie.

In tale contesto, nello specifico ambito infermieristico, le problematiche inerenti la comunicazione hanno subito un approfondimento ed un ampliamento considerevole volto a fornire all'operatore sanitario informazioni, tecniche e metodologie provenienti da diversi approcci scientifici e non (counseling, PNL, psicologia dinamica, pedagogia, tecniche di improvvisazione, di comunicazione di massa, ecc.).

La consapevolezza che la “vera cura” della persona inizia e si sviluppa nel poterle offrire concretamente la possibilità di partecipare, in base alle sue reali capacità, alla gestione del proprio percorso terapeutico presuppone che l'operatore debba possedere delle conoscenze specifiche di natura medica, tecnica, psicologica, scientifica, volte alla buona riuscita della relazione comunicativa o del colloquio inteso come momento informativo, conoscitivo e terapeutico.

Nella natura specifica del nursing c'è qualcosa di più dell'insieme degli interventi tecnici che gli infermieri, nell'ambito del rapporto di

collaborazione con il medico, di tipo prevalentemente subordinato ed esecutivo, possono attuare.

L'assistenza infermieristica consiste essenzialmente nell'assumere come problema sanitario di propria competenza, non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave di lettura olistica.

In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra infermiere e persona assistita.

Una comunicazione non efficace tra operatore sanitario e persona assistita può essere alla base del fallimento di tutto il processo assistenziale.

Ma cosa vuol dire comunicare?

Dal latino *communicare*, cioè mettere in comune, derivato di *commune*, che compie il suo dovere con gli altri, composto di *cum* insieme e *munis* ufficio, incarico, dovere, funzione.

Incredibile il valore di questa parola, ed incredibile la profondità intuitiva della sua etimologia.

Consapevole delle proprie responsabilità e forte del proprio ruolo, la comunicazione è un'espressione sociale, un mettere un valore al servizio di qualcuno o qualcosa fuori da sé: non basta pronunciare, scrivere o disegnare per comunicare; la comunicazione avviene quando arriva, quando l'espressione è compresa e diventa patrimonio comune.

Anche se comunicare avviene istintivamente, perché questo è un aspetto proprio della natura del genere umano, la stessa cosa non può dirsi affinché ci sia comunicazione efficace.

Per comunicare efficacemente è necessario imparare a farlo. Tutti comunicano, imparare a farlo efficacemente è un dovere e una responsabilità.

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE

“Un lusso vero esiste, ed è quello dei rapporti umani”

(Terra degli Uomini - Antoine De Saint-Exupéry)

Alla base di un efficace processo assistenziale vi è la comunicazione umana.

Essa si manifesta attraverso gli occhi, l'espressione, il tono, il volume, il flusso e il ritmo della voce e in tutti i movimenti e gesti del corpo.

Significa che quello che sentiamo e come viviamo si esprimono attraverso la nostra comunicazione extra-verbale (non-verbale e para-verbale).

Comunicare è un'arte innata e ognuno di noi lo fa in modo diverso determinando risultati diversi intorno a sé.

Le nostre parole, i nostri atteggiamenti, innescano negli altri delle reazioni, dei pensieri e anche momenti di profonda introspezione, che in alcuni casi possono portare l'essere umano a prendere consapevolezza della propria condizione spingendolo ad apportare cambiamenti alla propria vita che possono risultare potenzianti o limitanti.

La comunicazione è uno strumento molto potente, una grande responsabilità, è importante quindi che il nostro modo di comunicare ed interagire con gli altri avvenga in modo costruttivo e potenziante consapevoli che, comunque abbiamo comunicato finora, possiamo migliorare.

In questo quadro si inserisce la *comunicazione ipnotica*, strumento di fondamentale importanza, che permette di realizzare una comunicazione efficace in grado di rendere più disinvolta, fertile e pregnante l'interazione umana in tutti i suoi processi.

Quando parliamo di *ipnosi* intendiamo uno stato di coscienza fisiologico modificato e dinamico che nasce dalla relazione che si instaura tra due soggetti, durante la quale, per mezzo di monoideismi plastici, sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali. Non si tratta di pura suggestione, di trucco o magia in quanto nell'ipnosi si ha comunque sempre una accettazione critica dell'idea dell'altro.

La comunicazione ipnotica ci permette di creare in modo consapevole la *relazione*, ossia il tipo di rapporto che si instaura tra i soggetti

Il primo obiettivo della comunicazione ipnotica è sviluppare una relazione di fiducia attraverso l'utilizzo delle tecniche di comunicazione, queste specifiche modalità comunicative possono essere apprese e, quando sono già una dote naturale, possono essere ulteriormente affinate e sviluppate così da essere maggiormente consapevoli del fine.

Il primo passo per instaurare un rapporto comunicativo sano ed efficace è l'*accoglienza*: a tal fine è importante riconoscere l'altro come diverso da se, persona speciale che ha un proprio personale modo di vivere le esperienze nel mondo.

Per riconoscere l'altro è importante chiamarlo con il nome proprio pur mantenendo il rispetto dovuto ad es.

“Buon giorno signor Giovanbattista, lei ora può mettersi comodo sul lettino...”

Il valore del richiamo del nome proprio è stato largamente dimostrato da studi sociologici, è segno di essere riconosciuti nella propria dignità.

Diceva Paulo Freire che dare un nome al mondo (“pronunciar o mundo”) significa esistere con il mondo.

Chiamare per nome qualcosa o qualcuno, significa conoscere e per certi versi possedere.

Del resto è intuitivo capire che se veniamo chiamati per nome tendiamo a rispondere più prontamente, per la stessa ragione conoscere il nome con cui abitualmente i nostri pazienti vengono chiamati è importante.

“ Come la chiamano i suoi amici ?”

“ Gianni, mi chiamano Gianni”

“ Bene Gianni ora che si è sdraiato le chiedo di concentrarsi su...”.

Per accogliere l'altro dobbiamo dunque riconoscerlo nella sua specificità.

La nostra attenzione dovrà essere rivolta all'atteggiamento fisico, se è raccolto o aperto, come si muove, dove guarda, come si relaziona, se è lui che chiede o si fa raccontare, qual è il linguaggio che utilizza, se semplice o forbito, i canali percettivi più sviluppati che esprime nel linguaggio e che ci danno un'idea dei canali comunicativi d'ingresso che è possibile utilizzare.

Avendo raccolto tutti questi indizi, in breve tempo possiamo *ricalcare* le parole, i gesti ed utilizzare il canale comunicativo più adatto.

Ricalcare un paziente significa andargli incontro nel punto in cui lui si trova, riproducendo parzialmente, durante l'interazione, i suoi schemi di comunicazione, le sue convinzioni, i suoi valori e la sua esperienza sia fisica che mentale, naturalmente senza snaturare la propria personalità.

Si instaura così un clima di confidenza e *fiducia* che dà, all'interlocutore, il desiderio di dire di più, perché si sente ascoltato e riconosciuto per quel che è.

Si crea un *rapporto personale* (rapport o empatia) che permetterà, passo dopo passo, attraverso la riduzione del livello di critica, di

guidare una relazione terapeutica di aiuto.

Si tratta di un legame invisibile che viene a crearsi, che ti dà l'opportunità di avvicinarti all'altro, di comprenderlo nel profondo al di là di ciò che esprime in apparenza.

Tanto maggiore sarà il nostro impegno nella volontà di rapportarci agli altri, tanto più facile sarà, nel tempo, imparare a conoscere realmente chi ci sta di fronte attraverso l'analisi di piccoli gesti, di sguardi e di frasi dette per caso.

E' la soddisfazione che Antoine De Saint-Exupéry descrive nel libro *Terra degli Uomini* quando racconta di come la conoscenza profonda dell'ambiente che lo circondava, gli permise di prevedere una tempesta di sabbia:

“Ma il motivo della mia emozione è un altro.

Mi colma di una gioia barbarica il fatto di aver capito a volo un linguaggio segreto, di avere fiutato una traccia come un primitivo, per il quale tutto l'avvenire si preannuncia con deboli rumori: il fatto di avere letto quella furia nel battito d'ali di una libellula.”

Affinché la relazione terapeutica abbia successo, è necessario che sia chiaro il contratto terapeutico, che l'operatore abbia ben chiari quali sono i *bisogni* e i *desideri* del paziente e che l'interlocutore abbia piena coscienza degli *obiettivi* che si vogliono raggiungere, per questo è fondamentale che ogni richiesta venga sempre *motivata*.

Tutti questi elementi costituiscono la *preinduzione* e rappresentano la base della struttura della comunicazione ipnotica, senza la quale nulla può realizzarsi.

Segue la fase dell'*induzione* caratterizzata da una destabilizzazione della coscienza ordinaria attraverso una riduzione o modificazione degli stimoli esterni, la sottrazione di energie di consapevolezza e la realizzazione di un monoideismo plastico.

Relazione e monoideismo plastico rappresentano le colonne portanti dell'ipnosi.

Da una parte c'è la bellezza del rapporto umano, quell'alchimia misteriosa in grado di costruire legami solidi e fertili a dispetto delle differenze culturali, della classe sociale, dei legami di sangue.

In fondo è il concetto di *addomesticare* di Antoine De Saint-Exupéry nel libro *Il Piccolo Principe*.

-Che cosa vuol dire "addomesticare"?

-E' una cosa molto dimenticata. Vuol dire "creare dei legami"...

-Creare dei legami?

-Certo- disse la volpe.-Tu, fino ad ora, per me, non sei che un ragazzino uguale a centomila ragazzini. E non ho bisogno di te. E neppure tu hai bisogno di me. Io non sono per te che una volpe uguale a centomila volpi. Ma se tu mi addomestichi, noi avremo bisogno l'uno dell'altro. Tu sarai per me unico al mondo, e io sarò per te unica al mondo.

- Non si conoscono che le cose che si addomesticano.

Dall'altra c'è il potere della mente, la sua capacità innata di creare immagini le cui potenzialità sono spesso sottovalutate, e che se vengono sviluppate in uno stato di coscienza modificato, sono in grado di creare modificazioni che riverberano sul piano psicofisico.

Così è testimoniato nel libro *Terra degli uomini* di Antoine De Saint-Exupéry nel brano in cui racconta come l'amico pilota Guillaumet riuscì a sopravvivere ad un incidente aereo durante una traversata delle Ande, in seguito ad una bufera di neve sul versante cileno.

"Sai, dal secondo giorno in poi, il lavoro più grosso fu quello di vietarmi di pensare. Soffrivo troppo, ero in una situazione troppo disperata, per avere il coraggio di camminare non dovevo considerarla, per sfortuna, non avevo un buon dominio sul cervello, che girava come una turbina.

Avevo però ancora la possibilità di sceglierli le immagini.

Lo imballavo su un film, su un libro. E il film o il libro mi scorreva davanti agli occhi a tutta forza.

Poi mi riconduceva alla situazione in atto. Immancabile.

Ed io lo lanciavo su altri ricordi..."

La parola "immagina" è universale ed è comune a tutti i canali comunicativi. La possibilità di far leva su immagini liberamente scelte dal paziente è l'arma più potente che abbiamo per spostare

la sua attenzione da una realtà per lui potenzialmente ansiogena o dolorosa. È l'opportunità che gli regaliamo di poter vivere in maniera differente un'esperienza altrimenti sgradevole.

All'interno della strategia induttiva è fondamentale che l'obiettivo da raggiungere sia ben chiaro e definito, che l'idea da realizzare sia fatta propria dal soggetto e soprattutto che risulti realizzabile per la sua struttura psicofisica. Lo scopo è quello di ottenere, attraverso un uso appropriato di *parole* e *passi*, un livello di *attenzione mirata* in grado di ottenere, attraverso la realizzazione di un monoideismo plastico, un cambiamento evidente sul piano psicosomatico. E' il *corpo* della struttura ipnotica, in cui si ha una lieve dissociazione transitoria con modificazioni quantitative e qualitative dello schema corporeo, della percezione spazio-temporale, delle emozioni, del senso dell'io ecc., caratterizzato da una riorganizzazione con modalità nuove degli elementi precedenti. Segue un progressivo ripristino e conseguente ristabilizzazione della coscienza ordinaria (*deinduzione*) ed un periodo di maggiore suscettibilità ad una eventuale nuova destabilizzazione (*coda*).

Prima della deinduzione, attraverso l'*ancoraggio*, possiamo dare al paziente l'opportunità di acquisire una nuova autonomia nella possibilità di rivivere la stessa esperienza potenziante in un prossimo futuro.

Si tratta dell'*autoipnosi*, che permetterà al soggetto di riprodurre lo stesso stato di coscienza modificato tutte le volte che vorrà e lo riterrà opportuno.

Lavorare coinvolgendo la persona assistita vuol dire rendere "empowered", cioè dotato di potere, l'individuo nella misura in cui egli attinge alle sue risorse vitali per affrontare l'adattamento (il progetto di vita) che la situazione richiede.

E' il concetto di salute e di benessere promosso, in linea con la Carta di Ottawa del 1986, da L. Zannini, inteso come "capacità del

soggetto di vivere nel proprio ambiente, costruendo o implementando il proprio progetto di vita". Questo progetto altro non è che il potenziamento di sé, l'implementazione delle proprie capacità, quello che con un inglesismo si definisce "Empowerment", termine coniato dallo psicologo americano Bob Anderson.

E' proprio in quest'ottica che si inserisce l'autoipnosi, quello stato di potenziamento delle proprie risorse che può essere applicato in molte circostanze della nostra vita al fine di ottenere uno stato di benessere fisico e mentale.

Per i nostri pazienti rappresenta l'opportunità di vivere in maniera diversa esperienze che diversamente potrebbero risultare spiacevoli o di difficile gestione.

Gli esempi possono essere innumerevoli, dall'esecuzione di esami diagnostici come la RMN, a procedure decisamente più lunghe e impegnative come la sedute dialitiche, fino a realtà più semplici ma di non meno impatto sociale ed emotivo come la possibilità di sapersi isolare dai rumori dell'ospedale per avere un sonno ristoratore.

ANALISI DELLA REALTA' LAVORATIVA IN CUI OPERO

Da circa 10 anni lavoro presso il Laboratorio di Elettrofisiologia della Cardiologia Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza di Torino.

Nella nostra sala si eseguono principalmente impianti di pacemaker monocamerale, bicamerale e biventricolare, impianti di defibrillatori e loop recorder. Vengono inoltre eseguite coronarografie in previsione di interventi chirurgici e cateterismi destri nei pazienti in lista d'attesa per trapianto cuore o come follow up, insieme alla biopsia endomiocardica, nei pazienti già trapiantati.

Il primo modello di pacemaker risale al 1950 e fu un'invenzione del medico canadese John Hopps. Da allora ovviamente, col progredire della tecnologia, l'apparecchiatura è considerevolmente cambiata.

Al giorno d'oggi i pacemaker sono come dei computer miniaturizzati, il cui scopo è quello di monitorare il naturale battito cardiaco erogando, in caso di necessità, degli impulsi elettrici in grado di generare una stimolazione extra che sopperisce ad eventuali carenze del cuore.

L'applicazione di uno stimolatore cardiaco, o pacemaker (PM), permette di correggere o prevenire i disturbi (svenimenti, vertigini, astenia) dovuti ad un patologico rallentamento della frequenza del cuore, oppure ridurre i rischi correlati all'utilizzo di alcuni farmaci necessari per altre patologie (tachicardie, angina, ecc).

Il PM è un piccolo dispositivo costituito da una batteria e da un circuito elettronico, collegato al cuore attraverso 1, 2 o 3 fili elettrici chiamati elettrocateri, posizionati attraverso il sistema venoso.

L'intervento, effettuato in anestesia locale, dura di solito tra i 30 e i 90 minuti nel caso di dispositivi mono o bicamerale, ma può durare anche fino a 3 ore quando si tratta di impianti di pacemaker bi ventricolari.

La dimissione dall'ospedale avviene di norma dopo 24-36 ore dall'intervento.

L'intervento inizia con una incisione cutanea di circa 4-6 cm, generalmente sotto la clavicola sinistra che serve a preparare uno spazio ("tasca") sotto la pelle per l'alloggiamento del dispositivo.

Da qui sono poi inseriti attraverso una o più vene gli elettrocateri che, sotto il controllo radiologico, verranno posizionati all'interno del cuore.

L'isolamento della vena cefalica, che nella nostra sala risulta essere il primo approccio utilizzato, normalmente non risulta essere particolarmente doloroso. La puntura della vena succlavia, laddove di difficile reperimento, può essere invece in alcuni casi fonte di dolore, così come il confezionamento della tasca sottocutanea.

L'anestetico locale da noi utilizzato è il Mepicain 2% iniettabile 1 flacone 10 ml con Adrenalina. Si tratta di un anestetico indicato quando si desidera prolungare la durata dell'anestesia regionale e quando sia necessario operare in una zona ischemica.

Di norma vengono iniettate due fiale di anestetico a cui viene aggiunto 1 ml di Sodio Bicarbonato 10 mEq/10ml per ridurre la sensazione di bruciore. Durante l'intervento l'infiltrazione di anestetico locale può essere ripetuta al bisogno.

Laddove il paziente risulti particolarmente insofferente alla procedura, viene utilizzata un'infusione di Midazolam 5 mg in 100 cc di fisiologica.

Si tratta di una benzodiazepina ad azione ultrabreve. Ha un'azione immediata di sedazione, blanda miorelaxazione e amnesia anterograda.

Occasionalmente, specie nei soggetti anziani, il suo smaltimento può risultare rallentato e può provocare una minima depressione cardiorespiratoria. Per questi motivi il suo utilizzo è rimandato solo nei casi di effettiva necessità, tenendo conto soprattutto dell'elevata età media dei nostri pazienti candidati all'impianto di pacemaker.

L'utilizzo della comunicazione ipnotica durante le procedure di impiantistica, non solo ha dimostrato di poter ridurre in alcuni casi la quantità di anestetico locale, ma ci ha permesso di soppiantare l'utilizzo delle benzodiazepine avendo sul paziente un effetto miorilassante e ansiolitico.

Anche laddove la quantità di anestetico rimane la stessa, in base alle testimonianze raccolte, quello che cambia è la percezione del vissuto da parte del paziente, che diventa protagonista in prima persona del suo percorso terapeutico.

ASPETTI PSICOLOGICI

-Credo che la psiche abbia una grandissima influenza sul corpo e sul cuore in particolare. Questo rapporto è riconosciuto da sempre, tanto è vero che nel linguaggio comune troviamo frasi come "mori col cuore spezzato", "il suo cuore era pieno fino a scoppiare", "avere un peso sul cuore" e "ho il cuore in gola".-

Bernard Lown¹

L'impatto psicologico dei pazienti che si sottopongono ad impianto di pacemaker è spesso sottovalutato. La malattia da sempre fa paura, ma quando colpisce il cuore si riveste di significati profondi.

Le numerose frasi sul cuore in letteratura, testimoniano come questa parte del corpo sia stata spesso citata da artisti, letterati, pensatori, cantanti e semplici persone comuni come sinonimo di passione e sentimento, ma anche come sede dei moti dell'animo e centro dell'amore. Anche nella Sacra Bibbia viene indicato come sede delle volontà, dei propositi e delle intenzioni di una persona.

"Un cuore è una ricchezza che non si vende e non si compra: si dona."

-Gustave Flaubert-

"Nessun cuore ha mai provato sofferenza quando ha inseguito i propri sogni."

-Paulo Coelho-

"Il nostro tempo è limitato, per cui non lo dobbiamo sprecare vivendo la vita di qualcun altro. Non facciamoci intrappolare dai dogmi, che vuol dire vivere seguendo i risultati del pensiero di altre persone. Non lasciamo che il rumore delle opinioni altrui offuschi la nostra voce interiore. E, cosa più importante di tutte, dobbiamo avere il coraggio di seguire il nostro cuore e la nostra intuizione. In qualche modo, essi sanno che cosa vogliamo realmente diventare. Tutto il resto è secondario."

-Steve Jobs-

"La felicità e la pace del cuore nascono dalla coscienza di fare ciò che riteniamo giusto e doveroso, non dal fare ciò che gli altri dicono e fanno."

-Gandhi-

"La ricchezza del mio cuore è infinita come il mare, così profondo il mio amore: più te ne do, più ne ho, perché entrambi sono infiniti."

- William Shakespeare-

“Incredibile come il dolore dell'anima non venga capito. Se ti becchi una pallottola o una scheggia si mettono subito a strillare presto –barellieri -il- plasma, se ti rompi una gamba te la ingessano, se hai la gola infiammata ti danno le medicine. Se hai il cuore a pezzi e sei così disperato che non ti riesce aprir bocca, invece, non se ne accorgono neanche. Eppure il dolore dell'anima è una malattia molto più grave della gamba rotta e della gola infiammata, le sue ferite sono assai più profonde e pericolose di quelle procurate da una pallottola o da una scheggia. Sono ferite che non guariscono, quelle, ferite che ad ogni pretesto ricominciano a sanguinare.”

-Oriana Fallaci-

Cuore come sede dei sentimenti più profondi, come promotore delle nostre scelte, ma anche motore e pompa del nostro organismo. Il cuore viene a definirsi così come il punto d'incontro tra mente e corpo.

Ecco perché un cuore malato è fonte di destabilizzazione per il paziente.

La malattia cardiaca improvvisa, così come altre patologie che mettono a rischio il senso di continuità dell'individuo, espone il soggetto alla necessità di ridefinire il significato del proprio tempo presente, così come di quello passato e di quello futuro.

“Non stiamo mai nei limiti del tempo presente. Anticipiamo l'avvenire come se fosse troppo lento ad arrivare, quasi per affrettare il suo corso; oppure rievochiamo il passato per fermarlo; quasi troppo precipitoso; siamo così imprudenti da scorrazzare in tempi che non ci appartengono e da non pensare all'unico tempo che ci appartiene; siamo così fatui da sognare i tempi che non esistono più e da fuggire senza riflettervi, il solo che sussiste. Perché di solito il presente ci tormenta”

B. Pascal, Pensieri 1670

La sofferenza psichica che può colpire il paziente cardiopatico si configura frequentemente come “disturbo della comunicazione”, come impossibilità di realizzare un incontro che consenta al paziente di esprimere il proprio disagio^{II}. Il dolore psichico, come esperienza estrema, è sempre “al di sotto” o “al di sopra” della parola.^{III}

E' al di sotto della parola perché sono poche le parole in grado di esprimere efficacemente la sofferenza in quanto rende muti, “pietrifica”. E' al di sopra della parola quando si esprime nella

farneticazione, un eccesso di parole che non riesce, comunque, a veicolare la pienezza del dolore provato.

Ecco perché è importante per noi operatori sanitari imparare ad ascoltare.

Ascoltare significa “tendere l’orecchio”. Il verbo contiene un intreccio di senso in cui si combinano l’uso di un organo sensoriale, l’orecchio, e una tensione, un’intenzione e un’attenzione che marcano la seconda parte del termine.

“Essere in ascolto” è una locuzione che rimanda ad un’attenzione attiva, intenzionale; l’ascolto cerca e rintraccia il filo di un senso che si snoda nel discorso dell’altro, permettendoci di comprendere il senso della sofferenza che il paziente tenta di esprimerci.^{IV} Si tratta di riconoscere, nell’incontro con il paziente, la “tessitura” tra suoni e intervalli, tessitura che allena l’udito a cogliere ciò che a volte le parole non dicono e i silenzi possono svelare^V.

Parallelamente allo sconforto per la malattia, i nostri pazienti vivono anche il disagio di un “corpo estraneo” che viene loro impiantato. Se da un lato c’è la consapevolezza della necessità dell’utilizzo di questo device, dall’altra, in alcuni casi, esiste il rifiuto per un qualcosa che “non ci appartiene”. Questa sensazione è maggiore nei pazienti in cui il pacemaker viene impiantato non in seguito a lipotimie vere o sincopi, spesso accompagnati da traumi, ma nei pazienti apparentemente asintomatici, in cui il pacemaker è di supporto ad esempio ad un incremento della terapia betabloccante. Senza contare che in alcuni soggetti costituzionalmente esili, l’impianto sottocutaneo di pacemaker, può risultare esteticamente visibile, segno tangibile di una salute precaria che a volte non vorrebbe essere esternata. La domanda più frequente dei nostri pazienti infatti è “ma si vedrà tanto?”.

Ancora più delicato è il vissuto di coloro che devono essere sottoposti ad impianto di Defibrillatore.

Il Defibrillatore Cardiovertitore Impiantabile (ICD, Implantable Cardioverter Defibrillator) è un dispositivo che viene impiantato nei pazienti ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa da aritmie ventricolari maligne. Il dispositivo, monitorando il ritmo del cuore, interviene quando registra un'attività anomala, erogando scariche elettriche di differente intensità, ripristinando l'attività elettrica normale. L'efficacia terapeutica dell'ICD nella prevenzione della morte cardiaca improvvisa da aritmie ventricolari maligne, è stata negli ultimi anni dimostrata sia dall'esperienza clinica sia da studi su vasta scala. I progressivi miglioramenti tecnologici hanno inoltre permesso lo sviluppo di modelli sempre più piccoli e semplici da impiantare e con una migliore e più accurata gestione delle scariche, tanto che attualmente solo una ridotta percentuale di pazienti riceve scariche appropriate o inappropriate.

Ulteriori studi hanno poi esteso l'indicazione all'impianto anche in soggetti che non hanno mai avuto un evento aritmico grave, ma che sono potenzialmente a rischio: tale indicazione in "prevenzione primaria" ha notevolmente aumentato il numero di impianti per milione di abitanti.

Negli ultimi anni la pratica clinica e la letteratura internazionale hanno posto la loro attenzione sul coinvolgimento degli aspetti psicologici dei pazienti che si sottopongono all'impianto, individuando problematiche relative ad un cattivo adattamento psicologico, ad una diminuzione della qualità di vita fino alla strutturazione di veri e propri disturbi psicopatologici specifici.

Se infatti l'impianto di ICD rappresenta per molti pazienti un trattamento protettivo dal rischio di morte improvvisa, spingendoli ad avere un atteggiamento positivo nei confronti del dispositivo, una minoranza sempre più significativa di pazienti si confronta con diverse difficoltà di adattamento alla nuova condizione.

Numerose sono le ricerche che hanno tentato di individuare quali sono gli aspetti tipici che caratterizzano questi pazienti e che ne

possono potenzialmente condizionare un efficace adattamento.

Tali studi sostengono che il sottoporsi al trattamento implica, per una parte delle persone, la presenza di frequenti e numerose preoccupazioni riguardanti aspetti relativi alle conseguenze dell'impianto del dispositivo sulla propria vita, determinando in loro vissuti di apprensione rispetto all'attività sessuale, di limitazione nelle attività quotidiane (guida, attività lavorativa) e più in generale appare presente la percezione della perdita delle proprie risorse di autonomia.^{VI}

Le dimensioni decisamente superiori rispetto ad un qualunque pacemaker, la sua maggiore "visibilità", l'incognita dell'erogazione delle scariche elettriche, i limiti nella guida e in alcune attività della vita quotidiana, fanno sì che questo device sia spesso mal tollerato dai nostri pazienti.

Tutto ciò ci rende consapevoli del fatto che l'impianto di pacemaker o ICD, che per noi risulta essere un intervento di routine ormai consolidato, per i nostri pazienti rappresenta un'esperienza forte, carica d'ansia e ricca di implicazioni che spesso determinano profondi cambiamenti nella loro vita.

LA MIA ESPERIENZA

Sono trascorsi pochi mesi dal giorno in cui mi sono buttata in questa avventura. Non è facile riconoscere quali siano state le motivazioni che hanno determinato questa scelta.

Da una parte la curiosità di approfondire le conoscenze su una realtà completamente nuova, per capire fino a che punto poteva realmente influire sulla mia attività lavorativa. Dall'altra il desiderio di trovare nuovi spunti per dare un significato diverso al lavoro di tutti i giorni, che spesso rischia di perdersi nel tecnicismo o nella routine. Insieme a queste aspettative regnava anche un po' di scetticismo, il timore di non essere adeguati, all'altezza della situazione e delle aspettative dei colleghi, quasi si trattasse di imparare un'arte magica...

Poi il corso, il primo entusiasmo per le possibilità prospettate, i primi tentativi pratici "sul campo" e i primi risultati. Successi? Insuccessi? Difficile a dirsi. Certo paragonare i miei risultati a quelli riprodotti nei video mostratici al corso scoraggerebbe chiunque.

Se però l'obiettivo finale non è il successo personale, ma un miglior benessere del paziente, le prospettive cambiano, così come il metro di giudizio.

All'inizio studi a memoria cosa dire, per paura di rimanere senza parole, solo, con dei silenzi imbarazzanti.

E immediatamente ti accorgi, quasi non te ne fossi mai reso conto, che le persone che ti trovi davanti non sono tutte uguali, che anche se hanno tutte paura dell'intervento, la loro paura ha dei volti completamente diversi, perché nasce da vissuti, esperienze e realtà che non hanno nulla in comune. C'è chi ha paura di morire, chi teme di soffrire, chi sente il peso e la responsabilità di qualcuno lasciato a casa da accudire, chi si preoccupa di non poter portare a termine i propri sogni e progetti, chi vive l'esperienza nel ricordo di sofferenze passate.

E ti rendi conto che le tue parole imparate a memoria risultano più vuote dei silenzi che temevi.

Allora cominci a guardare in faccia le persone, svuoti la mente dai tuoi pre-giudizi e cerchi di cogliere in ogni piccolo gesto, in una espressione, in una parola che sembrerebbe detta per caso, un appiglio a cui agganciarti, un suggerimento che ti permetta in pochi minuti, che sono poi quelli che abbiamo a disposizione nella nostra sala per conoscere i pazienti, di capire meglio chi hai davanti.

La preoccupazione non diventa più cosa dire, ma riuscire ad ascoltare, a capire.

Già Egiteto disse:

“Dio ci ha dato due orecchie ma una sola bocca.”

Alcuni dicono che è perché voleva che passassimo il doppio del tempo ad ascoltare invece che a parlare. Altri sostengono che è perché sapeva che ascoltare è due volte più difficile che parlare.

Credo sia proprio così.

Ascoltare in modo attivo significa assumere il punto di vista dell'altro, sia pure temporaneamente e provvisoriamente, prestando attenzione alle sue parole, cercando di comprendere la rete di significati che esse acquistano in relazione alla sua visione del mondo.

Significa sintonizzarsi profondamente con lo stato emotivo dell'altro e lasciarsi coinvolgere e interrogare da quello che proviene da lui in una sorta di empatia.

Significa “fare spazio dentro di se” per accogliere l'altro, accettare di farsi cambiare dal dialogo instaurato e far tacere se stessi per dare la precedenza all'altro.

Ti accorgi così di quante cose rischiavi di perderti per strada, di quanti indizi involontariamente ognuno di noi affidi agli altri nella speranza che qualcuno abbia voglia di raccoglierti e decifrarli.

Ecco che un sorriso, uno sguardo d'intesa, il chiamare per nome

chi ti sta di fronte, ti apre la strada ad una infinità di possibilità.

A questo punto pensi di essere arrivato già a metà strada.

Ti illudi di aver trovato la chiave giusta che apre ogni tipo di porta, ma così non è.

Alcune porte si aprono con semplicità, basta un soffio d'aria a spostarle, per altre devi metterci un sacco d'impegno senza contare che forse non tutte le porte vanno aperte....

“Se chiude gli occhi potrà rendersi conto che...”e gli occhi rimangono aperti...

“In questo modo potrà concentrarsi meglio sul suo respiro....” ...e il paziente ti risponde: *“sì sì è proprio vero, ma cosa sono quei numeri sul monitor?...”*

“Ed ora che è stato così bravo a controllare il suo corpo, con gli occhi della mente, gli stessi con cui sogna, immagini di essere in un posto lontano da qui, tranquillo e sicuro dove niente e nessuno la può disturbare...” ...con le lacrime agli occhi ti dice: *“in questo momento vorrei essere con mio marito ma è morto...”*

Un paio di tentativi come questi e vorresti “poter chiedere l'aiuto da casa”, cominci a pensare di aver sbagliato l'approccio, mentalmente rivedi tutte le slide del corso, ti dici che forse non era visiva ma cenestesica ma soprattutto ti domandi: *“ok, e adesso che faccio?”*.

Così ti rendi conto che devi imparare ad accettare l'altro, che non puoi obbligarlo a chiudere gli occhi e concentrarsi sul respiro se lui per stare tranquillo ha bisogno che tu gli spieghi le immagini che vede sul monitor.

Capisci che rimandando a ricordi lontani corri il rischio di rispolverare sentimenti sopiti, a volte anche belli, ma difficili da gestire per la carica emotiva cui si accompagnano.

Ti rendi conto allora che il paziente per te deve essere unico, il tuo approccio individuale e calato sulla persona che hai di fronte, ma le

immagini a cui rimandi estremamente vaghe, così che sia lui a sceglierle e costruirle.

È come una bilancia, in cui un elemento all'apparenza insignificante può determinare la perdita di un equilibrio precario.

Poi, tra tanti “insuccessi”, trovi il tuo paziente ideale, quello che chiude immediatamente gli occhi, le cui palpebre vibrano senza sosta e che al termine dell'intervento ti dice di essere stato in Marocco nel mese di febbraio, con le maniche corte, a giocare a golf sotto il sole, contento perché quasi non si era reso conto della durata dell'intervento che tanto lo preoccupava.

Ed allora ti chiedi...*cosa ho fatto di diverso?*

Perché lui sì ed altri no...?

Forse perché pretendo di omologare i miei risultati, allo stesso modo per cui per me rilassarmi è leggere un bel libro mentre per mio marito è farsi una quindicina di chilometri di corsa...

Devo dire onestamente che, qualunque sia stato il risultato finale del mio “approccio comunicativo - ipnotico”, i pazienti sono comunque usciti dalla sala sorridenti, soddisfatti ed a mio giudizio sereni. Diversamente da quanto temevo all'inizio, nessuno ha mai mostrato di non gradire questo tipo di comunicazione, anche se il risultato finale non era quello da me atteso, la prova è nel fatto che mi ringraziassero dell'attenzione che avevo loro dedicato.

Forse per ottenere grandi risultati per me ci vorrà più tempo che ad altri, ma qualcosa in me è cambiato dopo questo corso.

La consapevolezza che ognuno di noi, a modo suo, può far la differenza per i pazienti.

Che abbiamo uno strumento in più che possiamo utilizzare quando chiara è la richiesta d'aiuto che ci arriva da un semplice sguardo. Che non possiamo pretendere di “indossare il vestito di qualcun altro” imparando a memoria frasi, perché il vestito risulterà spesso troppo grande o troppo stretto e stonerà con il nostro aspetto.

Ognuno di noi ha delle potenzialità, dei talenti che ci rendono

persone uniche e irripetibili, ed è proprio dentro di noi che dobbiamo cercare la veste giusta per risultare credibili come persone e professionisti, consapevoli dei nostri punti di forza e dei nostri limiti.

I ringraziamenti rincuorano, rafforzano l' autostima, ti spronano a continuare, a investire energie...ma non sono tutto.

Mi è capitato con una paziente molto ansiosa di utilizzare la comunicazione ipnotica durante l'impianto di un pacemaker.

Non voleva assolutamente tenere gli occhi chiusi perché desiderava tenere tutto sotto controllo, voleva che le raccontassi come procedeva l'intervento passo a passo, mostrandole sul monitor il susseguirsi delle diverse fasi.

Accettò comunque di concentrarsi sul respiro durante le fasi più dolorose dell'intervento cercando di allontanare la mente dal "qui e ora" per far spazio a luoghi più piacevoli. L'intervento, se pur lungo e doloroso in alcuni momenti, risultò per lei un successo dal punto di vista dell'approccio emotivo. Mi ringraziò, mi fece i complimenti e ci lasciammo sorridenti. Tempo dopo tornò in sala per il riposizionamento di un elettrodo che si era spositionato. Presa da altri impegni, riconobbi il viso della signora ma non lo associai al caso precedente. A prima vista mi parve tranquilla e decisi di concludere il lavoro che stavo facendo prima del suo arrivo, senza darle quel supporto in sala che aveva caratterizzato l'esperienza precedente. L'intervento fu molto più veloce e meno doloroso, ma la paziente all'uscita dalla sala mi rimproverò amichevolmente perché questa volta l'avevo "abbandonata". Quella che io avevo scambiato per assenza di paura, era per lei la consapevolezza che mi avrebbe trovato in sala, la sicurezza che non sarebbe stata sola. Se da un lato è stato gratificante il riscontro che l'impegno che avevo messo nell'intervento precedente aveva dato buoni frutti ed era stato apprezzato, dall'altro mi sono resa conto che al mio intervento era mancato qualcosa di fondamentale...

All'articolo 7 del codice deontologico dell'infermiere si legge:

“L’infermiere orienta la sua azione al bene dell’assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.”

È indispensabile che ogni nostra azione sia finalizzata al raggiungimento della maggiore autonomia possibile dei nostri pazienti.

La forza della comunicazione ipnotica è proprio questa, la capacità che dà ad ognuno di noi di far leva sulle proprie potenzialità per saper affrontare al meglio le situazioni più disparate della nostra vita. È il regalo che noi possiamo fare agli altri, ai nostri pazienti, la consapevolezza che le potenzialità non vengono da noi operatori, ma ognuno le ha dentro di sé e può utilizzarle in qualunque momento.

In un'altra occasione ebbi a che fare con una paziente che, in attesa di un intervento chirurgico, doveva eseguire una coronarografia. Anche lei si disse molto ansiosa e preoccupata e decisi che era l'occasione giusta per utilizzare la comunicazione ipnotica. La paziente risultò essere molto collaborante e fui soddisfatta del risultato iniziale ottenuto. La procedura venne eseguita da un medico di un altro reparto con il quale non avevo mai lavorato, non gli parlai del mio “approccio comunicativo - ipnotico” con la paziente, non essendo sicura delle mie capacità, dei risultati che sarei stata in grado di ottenere e della conoscenza del medico di cosa fosse la comunicazione ipnotica. Gli dissi semplicemente che avevo cercato di tranquillizzarla con alcuni esercizi, visto che si sarebbe trovata davanti la paziente con gli occhi chiusi. Il medico, con fare molto allegro e simpatico per altro, cominciò a parlare a voce molto alta riempiendo di domande la

signora. Io mi trovavo lavata al tavolo come secondo operatore, impossibilitata quindi a seguire da vicino la paziente.

Fui piacevolmente stupita del fatto che dopo ogni risposta al medico, la signora fosse stata in grado autonomamente di rientrare nella condizione iniziale di rilassamento. Questo valse per me più di mille ringraziamenti, mi resi conto che probabilmente questa esperienza avrebbe potuto aiutarla anche per affrontare meglio l'intervento successivo.

Ogni esperienza è diversa dalle altre, quando pensi di aver trovato una strada sicura, universalmente valida, puntualmente vieni smentito, ma la consapevolezza che stai offrendo all'altro un'opportunità di vivere diversamente un'esperienza altrimenti sgradevole, ti ripaga dallo sconforto che a volte deriva da quelli che consideriamo insuccessi.

Certo ci vorrà del tempo affinché i risultati possano essere tali da meritare statistiche e studi approfonditi. Ci vorrà del tempo anche affinché per l'intera equipe diventi consuetudine questo tipo di approccio al paziente, così da non rallentare l'attività di sala o da non inficiare involontariamente il lavoro dell'altro.

Credo però valga la pena investire energie su questa strada, consapevoli delle potenzialità che ci offre e del cambiamento che ne può derivare.

“IPNOTISTA” PER CASO

CASE REPORT

“Nulla deve essere inaspettato, si deve invece sperare qualsiasi cosa”

Euripide

Non sempre i risultati che otteniamo sono direttamente proporzionali alle nostre capacità e al nostro impegno o sono conseguenza di scelte ponderate che si sono rivelate poi giuste.

Non vi è mai capitato di mettercela tutta per raggiungere un risultato, investendo il massimo delle energie, riversando su quell’obiettivo tutte le aspettative e poi, immancabilmente, rimanere delusi?

A me sì.

Così come mi è capitato di ottenere migliori risultati quando partivo scettica e dubbiosa.

E’ la strada dei principianti, di coloro che pieni di buona volontà, zaino in spalla, si incamminano su improbabili sentieri, seguendo i segni lasciati da chi li ha preceduti.

Parti avendo ben chiaro l’obiettivo da raggiungere, nello zaino sei sicuro di aver messo tutto il necessario perché mentalmente ti sei fatto più volte l’elenco del materiale. Ti fai un rapido calcolo di quanto tempo ci metterai e fiducioso ti metti in cammino.

Poi gli imprevisti. Le previsioni del tempo vengono smentite e ti accorgi che forse nello zaino non avevi proprio tutto il necessario, la cartina non era aggiornata e la natura ha mimetizzato quello che doveva essere un chiaro sentiero, le forze cominciano a mancare e pensi che forse un po’ più di allenamento non avrebbe guastato, ti rendi conto che ci stai mettendo molto più tempo del previsto e ti senti smarrito. Poi, quando ormai avevi perso le speranze e già ripiegavi su mete più vicine, di colpo ti si apre l’orizzonte e la tanto agognata meta è lì, davanti a te, e godi dello spettacolo che ti si

offre davanti. La fatica viene ripagata, si riveste di un nuovo significato e sai in cuor tuo che la prossima volta che rifarai la stessa identica strada tutto sarà diverso.

L'esperienza ti ha insegnato quali errori non ripetere, in quali tranelli non cadere, ma sicuramente qualcosa di nuovo e inaspettato ti si porrà davanti e dovrai dar fondo alle tue risorse per trovare una via d'uscita.

Ma alla fine, quello che inizialmente era un improbabile sentiero pieno di incognite, sarà per te una via amica che ti guiderà su sentieri sicuri.

*“La conclusione di tutte le nostre ricerche sarà di arrivare dove eravamo partiti e di conoscere il posto per la prima volta”
Thomas Stearns Eliot*

Fu proprio nel corso di una di queste “gite in montagna per principianti”, che mi imbattei, forse per caso, in uno di quei pazienti che ti riempiono di soddisfazione perché, al di là del risultato finale ottenuto, sono desiderosi di condividere con te la loro esperienza, lo riconosci da quello strano luccichio negli occhi che rende la loro espressione tanto diversa da prima.

Era una giornata di sala come tante altre, il programma prevedeva l'impianto di due defibrillatori biventricolari ed una revisione tasca per un grosso ematoma.

Si tratta di quelle giornate un po' imprevedibili in cui tutto può filare liscio e gli interventi si susseguono uno dopo l'altro senza problemi, oppure rischi di impantanarti col primo caso e la giornata prende una piega diversa.

L'impianto di un defibrillatore biventricolare è infatti una procedura spesso lunga e impegnativa a causa della difficoltà di incanalare il seno venoso coronarico e trovare il ramo adatto all'impianto dell'elettrocattetero nel ventricolo sinistro. Tutto dipende dalla

conformazione dell'albero venoso che ti trovi davanti.

Premetto che la nostra equipe è composta da due medici cardiologi e due infermiere. In questi tipi di interventi è poi sempre presente un ingegnere della ditta che fornisce il device. La mia collega ed io ci occupiamo dell'allestimento della sala, della preparazione e dell'assistenza del paziente durante tutto l'intervento e dalla registrazione informatica di tutto il materiale utilizzato e dei dati anamnestici del paziente per la stesura del referto, oltre al riordino del materiale e l'archiviazione delle bolle, lavoro che per altro occupa parecchio tempo. Siamo solite quindi alternarci in questo compito, sia per ridurre la quantità di raggi assorbita durante l'intervento, potendoci togliere così il camice di piombo, sia per essere autosufficienti in qualunque mansione, nel caso la collega sia assente.

Per questo motivo, non avendo ancora sufficiente esperienza, non riesco a seguire tutti i pazienti utilizzando la comunicazione ipnotica.

La scelta del paziente dipende quindi o dal tipo di intervento che deve affrontare, o dallo stato emotivo col quale si presenta. Il programma viene definito la sera prima, per cui, nella maggior parte dei casi, il paziente lo conosco il giorno stesso dell'intervento quando viene accompagnato in sala.

Ma torniamo a noi.

Il paziente venne accompagnato in presala, controllammo nella cartella clinica la presenza del consenso informato, degli esami ematochimici e la segnalazione di eventuali allergie.

Si presentò subito sorridente, all'apparenza tranquillo, ma da una prima lettura del suo profilo anamnestico era chiaro che tanto tranquillo non poteva essere.

Ecco il vissuto che si portava dietro il paziente:

- 73 anni
- Familiarità per CAD
- BPCO con OSAS e indicazione a c-PAP notturna
- Pregressa TURP per adenoma prostatico
- TEA carotide sx e stenting carotide interna destra
- Pregresso IMA sottoposto a rivascolarizzazione chirurgica e seguita negli anni successivi da due angioplastiche coronariche
- Pregresso impianto di ICD per evoluzione ipocinetica
- TVNS e induzione di FV al SEF
- Stenosi di due by-pass e conseguente angioplastica
- Stenosi aortica severa, ventricolo sinistro severamente dilatato, ipocinesia diffusa, FE 35%
- Infezione della tasca ICD
- Ristenosi intrastent di un vaso coronarico
- Valvuloplastica aortica
- Rimozione di ICD ed elettrocatereteri per via minitoracotomica destra in CEC
- TAVI trans femorale
- Classe NYHA III, BBS con BAV I, FE 30%

Che dire... se la poteva permettere un po' di ansia e preoccupazione?

Io credo proprio di sì.

In realtà però, non fui io a scegliere lui, ma lui a "scegliere" me, se così si può dire.

Mentre lo accompagnavo in sala gli chiesi:

"Come si sente?"

E lui mi rispose:

"Sa cosa ci vorrebbe? Che lei riuscisse a farmi illudere di non essere qui..."

L'occasione mi venne offerta su un piatto d'argento, tirarsi indietro sarebbe stato un reato. Ebbi addirittura il dubbio che qualcuno gli avesse accennato all'opportunità di eseguire l'intervento in ipnosi, ma ebbi paura a chiedere, temendo di impelagarmi in discorsi troppo complicati da approfondire in cinque minuti e di perdere l'occasione che mi si era prospettata.

Lo feci accomodare sul lettino e cominciammo a monitorizzarlo per prepararlo all'intervento.

In questa fase a volte è difficile riuscire a condurre la comunicazione come tu vorresti. Le figure professionali che si alternano in sala sono molteplici, ed essendo comunque tutte motivate al raggiungimento del maggior benessere del paziente, ognuna, a modo suo, interagisce con lui a volte scherzando e facendo battute e ti rendi conto che tutto questo è importante per il paziente perché gli dà la possibilità di familiarizzare con l'ambiente, di sentirsi riconosciuto come speciale.

Sarebbe quindi un peccato voler monopolizzare a tutti i costi la comunicazione.

Mi trovai quindi, come la maggior parte delle volte, a iniziare la fase induttiva a paziente già disinfettato e coperto da telo sterile, l'unica parte del corpo a me accessibile era il viso. I medici stavano indossando il camice di piombo e poi sarebbero andati al lavaggio chirurgico delle mani prima di indossare il camice sterile.

Questo mediamente è il tempo che ho a disposizione, circa tre minuti.

Mi avvicinai a lui abbassandomi tanto da potermi far vedere bene in faccia e chiamandolo per nome gli spiegai che per ottenere il massimo risultato dall'intervento, per facilitare la sua riuscita e per fargli sentire meno dolore possibile, avevo bisogno della sua

collaborazione. Il suo obiettivo doveva essere quello di raggiungere il livello massimo di rilassamento muscolare di cui era capace, perché così facendo avrebbe facilitato il passaggio degli elettrodi e la percezione del dolore sarebbe diminuita.

Mi disse che era d'accordo e che avrebbe fatto del suo meglio, ed io mi proposi di aiutarlo ad ottenere questo stato di rilassamento. Gli ricordai che era stato precedentemente monitorizzato con un sacco di elettrodi, che era circondato da monitor di ogni tipo, che noi eravamo tutti lì per lui e che perciò avrebbe potuto concentrarsi su cose diverse dall'intervento, certo che tutto fosse sotto controllo. Gli feci notare come chiudendo gli occhi fosse più facile percepire distintamente i suoni della sala, che prima passavano inosservati (attenzione focalizzata all'esterno): l'aprirsi e il chiudersi della porta, il soffio dell'aria condizionata, il suono dei monitor, il chiacchierio di medici e infermieri e gli dissi che durante l'intervento questi suoni avrebbero potuto aumentare, ma che come ora era in grado di distinguerli uno ad uno, avrebbe potuto lasciarli in sottofondo, quasi fossero una colonna sonora, per seguire la mia voce che l'avrebbe guidato per tutto l'intervento.

E tanto più sarebbero stati gli stimoli esterni di disturbo, tanto più lui sarebbe stato in grado di isolarsi.

Il paziente si mostrò subito collaborativo, chiuse gli occhi e ad ogni mia affermazione rispose con un cenno affermativo della testa (condizione di contesto affermativo).

Gli chiesi quindi di concentrarsi sul suo respiro (attenzione focalizzata a se), sull'aria che entrava determinando l'espandersi della gabbia toracica, e su quella che usciva permettendo al torace di rilassarsi dolcemente. Gli feci notare come tutte le volte che l'aria usciva, le sue spalle si abbassassero in una condizione di abbandono (ricalco), condizione che aumentava ad ogni atto respiratorio (suggestione).

“E tutte le volte che l’aria esce le sue spalle si abbassano sempre di più, sempre di più, ad ogni atto sempre di più....e ogni volta un po’ di tensione se ne va.... ed il suo respiro si fa sempre più regolare...”(tecnica della ripetitività)

Decisi di proporgli una suggestione di pesantezza al braccio sinistro (monoideismo plastico da realizzare), quello omolaterale alla sede di intervento.

Gli dissi che la stessa sensazione di rilassamento che aveva ottenuto sulle spalle, poteva ottenerla sul suo braccio sinistro immaginandolo “piacevolmente pesante, abbandonato sul lettino, sprofondato nel materasso”, gli dissi di immaginarlo come fatto di ferro e attratto da una calamita rappresentata dal letto. Gli suggerii che l’attrazione del braccio al lettino era tanta e la sensazione piacevole di abbandono tale, da far sì che se lui avesse tentato di sollevare il braccio, ammesso che ne avesse voglia.....(sfida)

E qui il dubbio... per me il braccio era inaccessibile ormai, era sotto il telo operatorio, come potevo verificare e ratificare?

.....di sicuro avrebbe notato la differenza rispetto al braccio destro....

Il paziente fece una smorfia, come cercasse di sforzarsi di fare una cosa faticosa, era per me il segnale che stava cercando di tirare su il braccio ma che non era così facile. (ratifica)

“Bravo, bravissimo!” (gratificazione per aumentare l’autostima)

“Ed ora che sei stato così bravo da ottenere il rilassamento del tuo braccio, sarai altrettanto bravo ad ottenere la stessa sensazione di benessere nella tua mente...” (...e quindi...è il collegamento tra le diverse suggestioni per realizzare nuovi monoideismi plastici)

Gli proposi quindi di cercare con gli occhi della mente l'immagine di un luogo a lui caro, lontano dalla sala, un luogo piacevole e sereno, magari legato a ricordi lontani, o perché no, un luogo immaginario.(dissociazione dal contesto operatorio) E trovato questo luogo lontano e sicuro dove niente e nessuno avrebbero potuto disturbarlo, gli proposi di goderne fino in fondo il ricordo, osservandone i colori, le forme, ascoltandone i suoni, sentendone i profumi e assaporando le sensazioni che gli donava.(attivazione della realizzazione dell'immagine attraverso la stimolazione delle percezioni sensoriali possibili). Le palpebre cominciarono a vibrare, il viso si fece più disteso ed il paziente rimase in questa condizione fino al termine dell'intervento. Quando il medico accennò alla fine dell'intervento, il paziente in autonomia si riorientò al presente e aprì gli occhi.

Finita la medicazione gli chiesi come fosse andato l'intervento e lui con un gran sorriso mi rispose:

“Ho rivisto tutti i miei posti, le mie montagne”

Così, con la promessa che prima gli avrei fatto indossare la dentiera, accettò di farsi filmare mentre raccontava il suo vissuto nel ricordo di quando, giovane contrabbandiere, percorreva i pendii delle sue amate montagne...

...ma questa è un'altra storia

Ringraziamenti

Al termine di questa esperienza vorrei fare i miei più sinceri ringraziamenti alla mia relatrice, la dott.ssa Milena Muro, per la sua generosa disponibilità come guida nella stesura di questa tesina e per l'incoraggiamento "sul campo" che mi ha spronato a non mollare anche quando i risultati non erano quelli da me sperati. Un grazie anche a tutta l'equipe della sala di elettrofisiologia con la quale lavoro che ha creduto in questo progetto collaborando alla sua realizzazione.

^I *Mente & Cuore, clinica psicologica della malattia cardiaca* di E. Molinari, A. compare, G. Parati - il "cuore" della cardiologia: conversazione con Bernard Lown -

^{II} Borgna E (2000) *Noi siamo un colloquio*. Feltrinelli, Milano

^{III} Balsamo M(2000) *Soggetti al delirio. Elaborazioni del dolore e percorsi della cura*. Franco Angeli, Milano

^{IV} Horvarth A, Luborsky L (1993), *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*. *J Consult Clin Psychol*

^V AA VV (1999) *Dialogo, silenzio e empatia*, Bastogi, Chiavari.

^{VI} *Il Pensiero Scientifico Editore*, volume 13, numero 1, marzo 2010 –ICD e aspetti psicologici, psicopatologici e qualità della vita: revisione della letteratura ed esperienza dell’Azienda Ospedaliera di Padova.

BIBLIOGRAFIA

- Benotsch .G., Lutgendorf S.K., Watson D, Fick L.J., Lang EV. *Rapid Anxiety assessment in medical patients: Evidence for the validity of verbal anxiety ratings* *Ann Behav Med* 2000; 22 (3):199-203
- Lang E.V., Hasiopoulou O. Koch T., Berbaum K., Lutgendorf S., Kettenmann E., Logan H., Kaptchuk T.J. *Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures*. *Pain*. 2005 March; 114(1-2):303-309
- Schulz-Stübner S., Krings T., Meister I.G., Rex S., Thron A., Rossaint R. *Clinical hypnosis modulates functional magnetic resonance imaging signal intensities and pain perception in a thermal stimulation paradigm*.
- *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2004 November-December; 29(6):549-556
- De Jong A.E.E., Middelkoop E., Faber A.W., Van Loe N.E.E . *Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review*. *Burns*.2007 November 33(7):811-827
- Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, Lamy M, Maquet P. *Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis*. *Anesthesiology*. 2000;92:1257–1267.
- *British Journal of Anaesthesia* (2007). , 99 (6), 871-875
Effect of communication on pain during intravenous cannulation: a randomized controlled trial
dutt-gupta, j., brown, t., & cyna, am

-
- Pain Manag Nurs. 2005;6(3):105-111
Hypnosis for Pain Management in the Older Adult
Norma G. Cuellar, DSN, RN
 - Pain. 2006 Dec 15;126(1-3):155-64. Epub 2006 Sep 7.
Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy.
 - Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, Berbaum ML, Laser E, Baum J

Bibliografia cardiologica

- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis
Volume 56, Issue 3, 2008
Heart-Rate Control During Pain and Suggestions of Analgesia Without Deliberate Induction of Hypnosis
Enrica L. Santarcangelo^a, Giancarlo Carli^b, Silvia Migliorini^b, Giuliano Fontani^b, Maurizio Varanini^c & Rita Balocchi^c
- American Journal of Clinical Hypnosis Volume 34, Issue 1, 1991 pages 29-37
Use of Hypnosis before and during Angioplasty
Dr. Edwin J. Weinstein^a & Phillip K. Au^a
- Health Sciences Unit, University of Minnesota School of Nursing, Minneapolis, MN, US
Effect of imagery on children's pain and anxiety during cardiac catheterization
PhD, RN Carol Pederson
- Journal of Abnormal Psychology, Vol 83(5), Oct 1974, 561-568.
Anticipation of pain and of pain control under hypnosis: Heart rate and blood pressure responses in the cold pressor test.
Hilgard, Ernest R.; MacDonald, Hugh; Marshall, Gary; Morgan, Arlene H.
- Contemporary Hypnosis. Sep 2008, Vol. 25, No. 3-4: 114-128
Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta analysis
Julie B. Schnur, Ilana Kafer, Carolyn Marcus, Guy H. Montgomery
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis Volume 48, Issue 1, 2000
Cardiovascular reactivity during hypnosis and hypnotic susceptibility: Three studies of heart rate variability
William J. Ray^a, David Sabsevitz^a, Vilfredo De Pascalis^b, Karen Quigley^a, Deane Aikins^a & Melissa Tubbs^a

-
- *Neuropsychobiology* 2009;60:104-112
Cardiac Autonomic Regulation under Hypnosis Assessed by Heart Rate Variability: Spectral Analysis and Fractal Complexity
André E. Aubert^a, Bart Verheyden^a, Frank Beckers^a, Jan Tack^b, Joris Vandenberghe^c

Testi di riferimento

- Antonelli, C. (2003). *Ipnosi e Dolore: aspetti integrati*. Bari: Laterza.
- Bandler R.-Grinder J. (1981). *La struttura della magia*. Roma . Astrolabio
- Bonica 's (2002). *Trattamento del dolore*. IPNOSI - pagg. 1768÷1778
- Chertok, L.(1995). *L'ipnosi*. Roma: Mediterranee
- Erickson, M. H. (1983) *La mia voce ti accompagnerà*. Roma. Astrolabio
- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. Totrino: UTET.
- Hambleton, R. (2005). *Ipnositerapia sicura*. Roma: Armando.
- Minuzzo, S. (2004). *Nursing del dolore*. Roma: Carocci.
- Rocca – Stendone (2003). *Il potere curativo della procedura immaginativa*.
Roma: Armando
- Watzlawick, P.(1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio