

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 AI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ANGIOGRAFIA E PROCEDURE INVASIVE**

RELATORE

Dssa Milena MURO

CANDIDATO

Maria Cristina MELIS

CONTRORELATORE

DOTT. Antonio LAPENTA



## SOMMARIO

PREMESSA .....	4
INTRODUZIONE.....	5
EVIDENZE SCIENTIFICHE IN CAMPO INFERMIERISTICO .....	6
CONTESTO OPERATIVO.....	8
STUDIO OSSERVAZIONALE .....	12
ALLEGATI.....	18
CONCLUSIONI .....	23
Bibliografia.....	24
RINGRAZIAMENTI .....	25

## PREMESSA

La prima volta che sentii parlare di ipnosi ero poco più che adolescente, e a questa parola associavo un qualcosa di magico, come una pratica di superpoteri.

Quattro anni fa circa, per un problema di salute, ho dovuto eseguire un esame invasivo in narcosi.

Mi fu proposta l'ipnosi, ma la rifiutai. Non la consideravo più una pratica magica, ma ne avevo timore. Essendo infermiera conoscevo perfettamente in cosa consisteva la narcosi, da me pretesa oltretutto in sede di prenotazione dell'esame. Ma cosa sapevo dell'ipnosi? Niente. E il timore mi impedì pure di documentarmi al riguardo.

Arrivò il giorno dell'esame. Mi venne nuovamente proposta l'ipnosi. Non ero per nulla convinta ma accettai e non saprei dire neanche il perché.

Durante l'induzione però qualcosa non funzionò, cominciai ad agitarmi e quindi fui sedata farmacologicamente.

L'esame diede un buon risultato, ma quel tarlo dell'ipnosi cominciò ad affacciarsi alla mia mente sempre più prepotentemente.

La paura aveva lasciato il posto alla curiosità.

Mi iscrissi quindi ad un corso di formazione, offerto dalla mia Azienda, dal titolo: "La gestione dell'ansia e del dolore da procedure diagnostico-terapeutiche con l'utilizzo della comunicazione ipnotica" e da lì la svolta.

Nacque un forte interesse che mi portò a frequentare altri corsi di approfondimento.

Ogni corso mi dava la consapevolezza che qualcosa era cambiato in me e nel mio modo di rapportarmi al malato ed a tutte le persone che incontravo nel mio percorso di infermiera.

Ed eccomi qui a scrivere queste righe, consapevole di aver acquisito uno strumento in più per aiutare me stessa ed i miei pazienti.

## INTRODUZIONE

Non si può parlare di ipnosi senza parlare di comunicazione. La comunicazione col paziente è fondamentale nel nostro lavoro di infermieri. Ed ecco che l'ipnosi mette in relazione il professionista col paziente, ma anche il paziente con se stesso, con i propri limiti, le proprie ansie, le proprie paure. L'ipnosi attiva delle capacità che sono già del paziente e lo guida alla scoperta di strumenti che egli già possiede, su cui può aumentare il livello di controllo. E poi porta il paziente a un buon livello di comfort psico-fisico. È sicura, economica, con limitate controindicazioni (da evitare con i pazienti psicotici) ed efficace nel controllo di sintomi quali ansia e dolore.

Ma che cosa è l'IPNOSI?

Molte sono le definizioni che sono state date. Tra le tante ho scelto quella del Professor Granone noto e stimato ipnologo ormai scomparso nonché fondatore della scuola (C.I.I.C.S: Centro Italiano Ipnosi Clinica e Sperimentale).

“IPNOSI è un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali di un soggetto per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore grazie alla realizzazione di un monoideismo plastico”

Il monoideismo plastico è la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi) sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione.

In questa condizione molto speciale di coscienza modificata, la persona può pensare, agire, e comportarsi come nel normale stato di coscienza anzi anche meglio grazie all'intensità della sua attenzione e alla forte riduzione delle distrazioni. In questa situazione focalizzata la persona non solo mantiene la capacità di usare la volontà o la ragione, ma dimostra anche di essere meno manipolabile al punto che non è in alcun modo possibile costringerla ad agire contro il suo valore morale.

Affinchè tutto ciò avvenga è necessario che si generi un rapporto di fiducia tra soggetto e operatore. Senza relazione basata su collaborazione, fiducia e condivisione dell'obiettivo da raggiungere non è possibile parlare di ipnosi clinica..

### IPNOSI E ANSIA

L'ansia è il vissuto universale che accomuna tutte le situazioni di ospedalizzazione e cura, è causata da paure riguardanti il proprio sé fisico (paura di provare dolore, paura di non potersi liberare dalla malattia) ed emotivo (paura di restare soli, di non essere all'altezza del proprio ruolo familiare o sociale..). La paura può permanere ad un livello inconscio impedendo così al paziente di individuarla ed affrontarla, provocando quindi uno stato di continua tensione ed angoscia che può accrescere i sintomi della malattia e influenzare negativamente il processo di guarigione. Di seguito riporto alcuni estratti di articoli pubblicati su riviste scientifiche di provenienza internazionale in cui vengono documentati i risultati ottenuti nel trattamento dell'ansia con interventi di ipnosi eseguita da personale medico ed infermieristico.

#### “L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DELL'ANSIA

L'ipnoterapia e l'apprendimento dell'auto-ipnosi può aiutare le persone a raggiungere un notevole successo per alleviare l'ansia, non solo nei disturbi d'ansia, ma anche in qualsiasi disturbo correlato all'ansia. L'autore descrive il ruolo dell' ipnosi nel trattamento di diversi disturbi e fornisce esempi clinici illustrando il trattamento di ansia generalizzata, fobie e disturbi da stress post-traumatico. Egli conclude che, poiché l'ipnosi sfrutta l'intima connessione tra mente e corpo, fornisce sollievo attraverso una migliore autoregolazione e può inoltre influenzare positivamente la cognizione e l'esperienza della padronanza di sé.”

- Hypnosis in the treatment of anxiety, Smith WH., Bullettin of the Menninger Clinic. 1990 Spring;54(2):209-16.

#### “IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI CORRELATI ALLO STRESS E ALL'ANSIA

L'apprendimento dell' auto-ipnosi rappresenta una rapida e conveniente terapia alternativa, che non crea dipendenza e non interferisce con la terapia farmacologica per il trattamento dei disturbi correlati all'ansia. Forniamo una revisione della letteratura sperimentale sull'uso dell'auto-ipnosi nel trattamento dei disturbi d'ansia e da stress, tra cui l'ansia associata al cancro, alla chirurgia, alle ustioni e alle procedure mediche / odontoiatriche. Una panoramica

della ricerca è prevista anche per quanto riguarda il trattamento di auto-ipnosi dei disturbi d'ansia-correlati, come la tensione mal di testa, emicrania e sindrome dell'intestino irritabile. L'enorme volume di ricerca fornisce prove convincenti che l'ipnosi è un trattamento efficace per l'ansia di stato (ad esempio prima di interventi chirurgici e di procedure mediche) e per i disturbi correlati all'ansia di tratto, come mal di testa e sindrome dell'intestino irritabile. Anche se sei studi dimostrano cambiamenti nell'ansia di tratto, questa recensione suggerisce che sono necessari ulteriori studi controllati randomizzati per il trattamento ipnotico del disturbo d'ansia generalizzato e nel documentare cambiamenti nell'ansia di tratto. ”

- Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders, Hammond DC., Expert Review of Neurotherapeutics. 2010 Feb;10(2):263-73. doi: 10.1586/ern.09.140.

“UN INTERVENTO DI IPNOSITERAPIA PER LA CURA DELL’ANSIA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI TRATTATI CON CURE PALLIATIVE.

Questo studio sperimentale è finalizzato a valutare i vantaggi dell’ ipnositerapia nella gestione di ansia e altri sintomi tra cui la depressione e disturbi del sonno nei pazienti oncologici che ricevono cure palliative. Undici pazienti dell’ hospice hanno ricevuto quattro sessioni di ipnositerapia e completato l'Hospital Anxiety and Depression Scale, la scala di valutazione dei sintomi Edmonton, e la Verran e Snyder-Halpern Scale, in momenti prestabiliti. L’actigrafia del polso può fornire una valutazione obiettiva della qualità del sonno. Dopo la seconda sessione di ipnositerapia c’è stata una riduzione statisticamente significativa dell'ansia media e della gravità dei sintomi, ma non nella depressione o nei disturbi del sonno. Dopo la quarta seduta c’è stata una riduzione statisticamente significativa in tutte e quattro le misure riferite dai pazienti, ma non nell’ actigrafia. Questi risultati offrono la prova che l'ipnositerapia può ridurre l'ansia nei pazienti trattati con cure palliative, oltre a migliorare il sonno e l’entità dei sintomi psicologici e fisici. Ulteriori studi sono necessari per accertare che i benefici osservati siano una diretta conseguenza dell’ipnositerapia e di come l'intervento potrebbe dare maggiore beneficio a questa popolazione di pazienti.”

- A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care, Plaskota M, Lucas C, Evans R, Cook K, Pizzoferro K, Saini T., Int J Palliat Nurs. 2012 Feb;18(2):69-75.

## CONTESTO OPERATIVO

Nella Unità Operativa presso cui presto servizio, un Day Hospital di Medicina, afferiscono varie tipologie di pazienti con diverse problematiche.

Tra queste i pazienti vengono da noi sottoposti ad angiografia e ad altre procedure invasive (es. Biopsia polmonare, biopsia epatica), mediamente sono queste le procedure a cui i miei pazienti vanno incontro e per questi ho avuto modo di sperimentare l'efficacia della tecnica di comunicazione ipnotica nell'assistenza.

I pazienti di cui mi sono occupata prevalentemente sono quelli sottoposti ad angiografia e angioplastica.

### L'ANGIOGRAFIA

Si tratta di una procedura utilizzata in pazienti con AOP (arteriopatia ostruttiva periferica).

L'angiografia è la rappresentazione a scopo diagnostico dei vasi sanguigni o linfatici del corpo umano tramite una tecnica che prevede l'infusione di un mezzo di contrasto idrosolubile all'interno dei vasi.

Può essere una tecnica più o meno invasiva a seconda del vaso che si intende visualizzare.

Viene eseguita tramite l'introduzione di un catetere a partire da un vaso principale (es. arteria femorale o carotide) fino a raggiungere il distretto desiderato e l'introduzione del mezzo di contrasto direttamente in loco.

L'esame arteriografico è indispensabile ogni qualvolta esista l'indicazione terapeutica alla rivascolarizzazione sia chirurgica o con PTA (angioplastica). La PTA viene eseguita in anestesia locale, viene posizionato un introduttore a livello dell'arteria femorale attraverso il quale è possibile portare nel tratto di arteria ristretto un sottile catetere, avente all'estremità un palloncino cilindrico gonfiabile ad alte pressioni e a diametri predeterminati. Il gonfiaggio del palloncino nel lume in corrispondenza di un'ostruzione dell'arteria determina un guadagno di calibro del vaso ad opera di un'azione combinata di stiramento e rimodellamento sia delle strutture anatomiche del vaso che della placca ateromascia in sé.

In questa trattazione racconterò dei pazienti che devono eseguire l'angiografia perchè ho notato che questa procedura genera un vissuto particolarmente ansioso nei pazienti che la devono affrontare.

In primis l'ansia che è legata sia all'invasività della procedura in sé, sia alla paura dei rischi che ne derivano, sia per il timore dell'esito non positivo della procedura stessa, soprattutto quando non si tratta di semplice diagnostica ma il futuro del paziente è legato all'efficacia della procedura interventistica.

Bisogna considerare che l'angiografia e la relativa possibilità di agire per la disostruzione, spesso, è considerata come la cosiddetta "ultima spiaggia" prima dell'amputazione di un'arto.

Per questa ragione si può immaginare lo stato d'animo del paziente, la mattina, quando si presenta in Day Hospital, per eseguire l'esame: ansia, angoscia, paura del futuro, paura di soffrire.

L'ansia a volte viene espressa esplicitamente dal paziente, altre volte la intuimo dai parametri alterati (es. pressione arteriosa e frequenza cardiaca elevate), e allora capita di scoprire che il paziente non ha dormito nulla la notte precedente perché il pensiero preponderante era rivolto alla procedura che lo attendeva il giorno successivo. Di fatto i pazienti attuano una sorta di autoipnosi negativa immaginando le più gravi situazioni possibili, e come sappiamo l'immagine di una sola idea riverbera nel corpo modificandolo portando ad avere effetti misurabili quali l'insonnia la frequenza e la pressione arteriosa alterati.

Altro sintomo che spesso accompagna questi pazienti è il dolore. Molti sono i pazienti portatori di ulcere vascolari agli arti inferiori, di per se molto dolorose.

Spesso queste lesioni costringono il paziente a ricercare delle posizioni antalgiche, prima tra tutte la posizione seduta con le gambe giù dal letto che massaggia continuamente l'arto senza tregua e questo crea condizioni di una lunga tensione accumulata anche per la mancata possibilità di riposare da tempo.

Io incontro i pazienti nel loro percorso di cure diverse volte e prima del ricovero in day hospital per la procedura almeno in due diverse occasioni.

Vi è un primo accesso dove il medico del day hospital esegue una prima visita con documentazione propria del paziente. In questo frangente il medico informa il paziente sulla procedura che verrà eseguita (tempi, luoghi, iter ecc).

Il paziente viene convocato una seconda volta per eseguire gli esami di pre-ricovero (prelievi ematochimici, elettrocardiogramma, Rx torace). In questa occasione viene programmata la data di ricovero per essere sottoposto ad angiografia.

Già in queste occasioni d'incontro con il paziente utilizzare una tecnica comunicativa ipnotica risulta avere una maggiore efficacia per la trasmissione dei contenuti altrimenti difficilmente realizzati. È risaputo e verificato ormai da numerosi studi che i pazienti ricordano molto poco di quanto gli viene detto e spesso non realizzano le indicazioni, l'utilizzo di una comunicazione ipnotica permette di raggiungere il paziente ad un livello comunicativo empatico che permette un miglior rapporto di fiducia che va ad instaurarsi con l'equipe di cura.

Tra il professionista ed il paziente intercorre un rapporto di fiducia che l'infermiere ottiene facilmente in virtù del ruolo che ricopre. Infatti, accompagnando il paziente in ogni fase dell'ospedalizzazione, è la figura a lui più vicina.

Ritengo dunque che la comunicazione ipnotica sia una delle competenze complementari più adatte ad essere integrate con la professione infermieristica, e che entrambi - paziente e professionista sanitario – possono trarre grandi vantaggi dall'uso di questa tecnica, in termini di miglior rapporto, riduzione della condizione di stress, gestione del dolore, dell'ansia e più in generale di una migliore accettazione del percorso diagnostico terapeutico e dello stato di malattia come un momento naturale nell'esistenza di ogni essere umano che può essere gestito con tutte le competenze che siamo in grado di mettere in campo sia dall'operatore che dal paziente che può apprendere nuove e più adeguate modalità di affrontare i propri limiti e possibilità. Il giorno della procedura, il mio compito di infermiera è prima di tutto accogliere il paziente e seguirlo dall'ingresso alla dimissione così che l'esame sia vissuto in modo meno traumatico possibile.

L'obiettivo principale è che il paziente viva al meglio questa esperienza (che spesso si ripete più volte nel corso degli anni).

Tra le finalità c'è l'ottenimento della completa collaborazione del paziente durante la procedura, obiettivo non facile se teniamo conto del bagaglio emotivo proprio del paziente. Altro compito è far giungere il paziente in radiologia interventistica con i parametri vitali nella norma o comunque accettabili e controllabili.

Ho riscontrato che molto spesso con la comunicazione ipnotica l'ansia diminuisce così tanto da dare una normalizzazione dei valori di pressione arteriosa e frequenza cardiaca da rendere superfluo l'uso dei farmaci per la gestione di questi sintomi.

Durante la procedura è necessario che il paziente rimanga immobile per consentire al medico di eseguire l'esame senza provocare danni dovuti alla scarsa collaborazione o a qualche brusco movimento non previsto.

In questo caso con la comunicazione ipnotica si porta il paziente a vivere una condizione di coscienza modificata che gli permette di sperimentare quei cambiamenti e quelle abilità che lo porteranno a una maggiore compliance.

Data la necessaria immobilità degli arti inferiori durante la procedura (non sappiamo su quale arto verrà effettuato il cateterismo arterioso) io devo agire in modo tale da creare nel paziente un'immagine mentale talmente pregnante da fargli percepire l'immobilità degli arti e che gli consenta di mantenere la posizione da noi desiderata per tutta la durata dell'esame. Per es: "Sentire le gambe ben radicate a terra come forti radici di un grande albero fermo immobile, fermo nel prato a godersi il sole, con lo sguardo rivolto al cielo, lontano, lontano, lontano...."

Iter simili caratterizzano anche i percorsi dei pazienti sottoposti a procedure interventistiche di altro genere. In generale qualunque sia la procedura che il paziente deve affrontare il vissuto è praticamente sempre accompagnato da condizioni di ansia e paura e dal bisogno di essere rassicurati e aiutati a recuperare quelle capacità di autoaiuto, autogestione, recuperare quelle capacità di vivere con tutte le possibilità e al meglio il ruolo di paziente per permettergli di essere l'attore principale del suo percorso terapeutico.

## STUDIO OSSERVAZIONALE

L'osservazione strutturata è stata applicata a molti pazienti ma quindici sono stati quelli che hanno avuto esperienze più significative.

Dei quindici pazienti analizzati dieci sono stati sottoposti ad angiografia, due a rimozione protesi biliare, tre a gastroscopia o colonscopia.

I sintomi prevalenti nei miei pazienti prima dell'esecuzione dell'esame sono l'ansia e il dolore.

Avendo trattato procedure invasive l'ansia è risultata sempre presente in modo significativamente impattante così come si evince anche dalla letteratura. È un sintomo subdolo che si annida pian piano fino a paralizzare in alcuni casi il paziente.

Il paziente si trova già in uno stato di allerta perché ha un problema di salute e seppur informato sulla procedura questa genera sempre uno stato di tensione.

Si affollano domande tipo: "Andrà tutto bene?", "Sentirò dolore?", "E poi riuscirò a camminare?", "E il dolore che non mi fa né camminare né dormire sparirà finalmente?", "E se questo esame non dovesse funzionare che ne sarà di me?", "Mi taglieranno la gamba?".

Ovvio che con tutti questi pensieri gravosi il paziente non riesce a riposare la notte (per il dolore oltre che per l'ansia), presenta disturbi dell'umore, è esasperato e spesso questa condizione si riflette nei parametri vitali alterati che il paziente presenta.

Il mio compito di infermiera come precedentemente detto è quello di accogliere il paziente e far sì che la procedura si svolga al meglio.

Devo dire che a parte due pazienti un po' scettici tutti gli altri si trovavano in una condizione di bisogno e sono stati subito d'accordo ad accettare l'uso di questa tecnica complementare in preparazione alla procedura.

Ho pensato di motivare io le due persone scettiche dicendo che era necessaria la loro completa collaborazione e quindi proponevo la possibilità di imparare un modo che

permettesse loro di acquisire maggiori capacità di rilassare i muscoli e migliorare la compliance alla procedura aumentando e migliorando le proprie capacità di autocontrollo.

Purtroppo sull'ipnosi c'è ancora molta diffidenza, è ancora vista come una pratica simil magica o come un qualcosa che annulla la volontà e quindi fa perdere il controllo. Per questo motivo ho sempre preferito parlare di tecnica di rilassamento e di autocontrollo.

Una volta appurato che la tecnica è innocua, che non si dorme e non si perde il controllo i pazienti si affidavano completamente.

Tutti i pazienti che ho trattato erano sdraiati su un letto o su una barella, l'esecuzione della procedura avveniva in un altro servizio ed è stato molto importante per loro essere accompagnati da me nell'altro servizio, essere rassicurati ulteriormente e stimolati ad utilizzare subito la tecnica appresa.

Il mio compito è favorire il benessere del paziente e dal momento che io credo molto in questa modalità di vivere l'esperienza sono riuscita a convincere anche loro.

Per valutare i risultati ottenuti ho elaborato una scheda di valutazione, allegata.

La prima domanda che ho posto è: "Ha già effettuato la procedura in passato?", la metà dei pazienti è alla prima esperienza riguardo la procedura, l'altra metà l'ha già eseguita in passato e non ne conservava un buon ricordo; è fondamentale in questo caso dimostrare al paziente che questa nuova modalità è molto diversa dalla precedente e che quindi anche l'esperienza sarà diversa. Erickson diceva che il dolore è costituito per 1/3 dal ricordo dell'esperienza passata, 1/3 da ciò che effettivamente è la percezione presente e 1/3 da ciò che ci si aspetta se riusciamo a convincere il paziente che questa esperienza sarà nuova e diversa togliamo matematicamente il potere di agire sulla percezione dolorosa presente il potere del ricordo passato. La regola è sì ma,... E cioè accetto quello che mi stai raccontando come tua esperienza evito di negarla ma questa volta sarà diversa ed è opportuno fare cose diverse.

Ho preso in esame il sintomo prevalente prima della procedura dando un valore su una scala Likert da confrontare con il valore dato per lo stesso sintomo dopo la procedura.

Tutti i pazienti esaminati hanno evidenziato l'ansia da procedura.

In alcuni era presente anche il dolore ma comunque in misura minore rispetto all'ansia.

Da considerare il fatto che la riuscita o meno della procedura era determinante per il futuro immediato e prossimo del paziente.

Questo è valido soprattutto per i pazienti sottoposti ad angiografia che erano consapevoli che nei casi più gravi la non riuscita dell'esame comportava l'amputazione dell'arto o un nuovo intervento.

E quest'ansia era sicuramente superiore a quella da procedura in sé (iniezione del mezzo di contrasto ecc)

Si è ottenuto una riduzione dell'ansia in tutti i pazienti esaminati.

Ho preso in esame anche la variazione dei parametri vitali prima e dopo l'induzione e nei casi in cui erano alterati si è verificato un miglioramento con normalizzazione dei parametri (soprattutto pressione sanguigna e frequenza cardiaca).

Altro parametro evidenziato nella totalità dei pazienti esaminati è stata la distorsione temporale.

Tutti i pazienti hanno vissuto l'esperienza dell'esame di durata minore rispetto a quella reale.

Al termine hanno dato tutti una valutazione positiva della tecnica.

Il tipo di induzione da me usato è stato la focalizzazione verso un punto esterno si chiede al paziente di fissare un punto in alto in alternativa la focalizzazione dell'attenzione al se con la richiesta di concentrarsi sul respiro. Ma al di là dell'inizio con cui si attua una procedura induttiva ho poi proseguito con la massima attenzione ai segni che il paziente sviluppava durante lo stato di trance per coglierli sottolinearli e far sviluppare la condizione di stato modificato affinché le suggestioni che davo per migliorare le capacità responsive del paziente potessero essere accettate e realizzate.

L'induzione è risultata efficace nella quasi totalità dei pazienti trattati.

Soltanto due pazienti hanno ottenuto solo uno stato di rilassamento; erano scettici, avevano paura di dormire, non credevano nella tecnica, non erano alla prima esperienza riguardo la procedura e questa non aveva ottenuto il risultato desiderato per cui erano arrabbiati ed esasperati.

Però alla fine anche loro si sono dichiarati soddisfatti perché si sono sentiti meno tesi e perché qualcuno aveva riconosciuto e accolto il loro malessere.

Gli altri pazienti hanno manifestato curiosità di sperimentare qualcosa di nuovo, alcuni già conoscevano o avevano sperimentato altre tecniche (il reiki o il training autogeno) dichiarando un evidente notevole differenza per quanto provato.

Tutti i pazienti sono riusciti a trovare il luogo o la condizione sicura in cui rifugiarsi e sono riusciti a isolarsi completamente dall'ambiente circostante.

Ricordo un paziente trattato una mattina in cui c'erano dei lavori in corso nel cortile sottostante, c'era un rumore assordante e fastidioso, ma poco dopo il paziente è riuscito a isolarsi completamente e non l'ha più sentito (io sì però).

In più di un caso il paziente dopo l'uso della tecnica non ha più voluto assumere l'ansiolitico proposto dal medico o ne è stato ridotto il dosaggio perché nel frattempo i parametri erano tornati nella norma o comunque a dei valori più accettabili.

Una paziente mi ha raccontato che ha sentito solo la parola "mezzo di contrasto" e poi più nulla finché non è rientrata nel nostro servizio. Con l'autoipnosi era riuscita a isolarsi completamente.

Un'altra paziente aveva già eseguito la procedura a febbraio ed era risultata molto difficoltosa. Ha eseguito di nuovo l'intervento e i medici erano un po' scettici sul risultato e lei molto in ansia perché memore dei problemi avuti la volta precedente.

Si è recata in sala tranquilla perché sapeva di avere uno strumento in più per combattere l'ansia (che aveva creato problemi al precedente intervento). L'intervento è stato molto difficoltoso ma lei tramite l'ancoraggio si è rifugiata lontano dalla sala operatoria ed è rimasta tranquilla per tutta la durata dell'intervento.

Un altro paziente si è presentato da noi una mattina per eseguire l'arteriografia.

Era molto agitato e lamentava intenso dolore all'arto.

A domicilio assumeva molti antidolorifici ad orario e con supplementi al bisogno con risultati non sempre positivi.

Sdraiato sulla barella si accentuavano sia l'ansia che il dolore.

Ed era preoccupante anche la sua incapacità di mantenere l'arto immobile sulla barella (il paziente provava un po' di sollievo soltanto seduto ma ovviamente in queste condizioni l'intervento non era possibile).

Con l'induzione si è ottenuto un buon miglioramento nella riduzione dell'ansia e del dolore anche se è stato necessario somministrare anche un antidolorifico endovena ma certamente la migliorata capacità di autocontrollo ha permesso anche in questo caso di eseguire la procedura e portarla a termine senza problemi soprattutto perché il paziente è riuscito a mantenere la posizione supina per tre quarti d'ora senza problemi, cosa impossibile fino a poco prima.

Una paziente che ho aiutato doveva eseguire una gastroscopia con argon laser.

La signora aveva già eseguito questa procedura altre volte e non ne conservava un buon ricordo. Con una sua amica ha sperimentato il training autogeno ma non aveva ottenuto i risultati sperati.

Si è affidata molto volentieri alla tecnica di comunicazione ipnotica per indurre lo stato di trance e sviluppare la capacità di gestire l'autoipnosi, era evidente il suo bisogno di eseguire l'esame nel modo meno traumatico possibile.

Ed è quello che è accaduto: la signora è stata molto contenta ed ha utilizzato in autonomia l'ancoraggio anche nelle successive due procedure ( in seguito ha eseguito tre gastroscopie con argon laser).

Dopo la terza procedura però si è sviluppata tachicardia con aritmia che hanno reso necessario il trasferimento in Pronto Soccorso dove la paziente è rimasta in osservazione fino al giorno dopo. Ciò nonostante, grazie alla tecnica di autoipnosi la signora è stata in grado di rimanere tranquilla e collaborante.

Un paziente, nonostante non si sentisse particolarmente ansioso prima della procedura, ha voluto sperimentare la condizione ipnotica avendo visto e sentito gli altri pazienti.

È stato felicissimo del risultato.

È rimasto tranquillo e isolato tutto il tempo della procedura che tra l'altro è stata anche difficoltosa da un punto di vista tecnico.

È ritornato al nostro servizio successivamente per alcuni controlli e mi ha informato che grazie all'autoipnosi aveva praticamente risolto i suoi problemi di insonnia.

## ALLEGATI

Di seguito vengono presentati:

- la scheda di raccolta dati utilizzata
- alcune tabelle esplicative dei risultati ottenuti.

Data: \_\_\_\_\_

Identificativo n° \_\_\_\_\_

Anno di nascita: \_\_\_\_\_ M  F

**ARTERIOGRAFIA**     **FLEBOGRAFIA**     **ALTRA PROCEDURA** .....

1) Aveva già effettuato questa procedura in passato?    **SI**    **NO**

2) Sintomo prevalente e intensità (da 0 a 10) prima e dopo trattamento

a) **ANSIA**                                           

b) **DOLORE**                                           

c) .....                                           

3) Tempo percepito (quanto è durata la procedura?) \_\_\_\_\_

4) Tempo effettivo della procedura \_\_\_\_\_

5) Che valutazione dà dell'efficacia di questa tecnica (da 0 a 10)?

Tipo di induzione \_\_\_\_\_

Tempo d'induzione \_\_\_\_\_

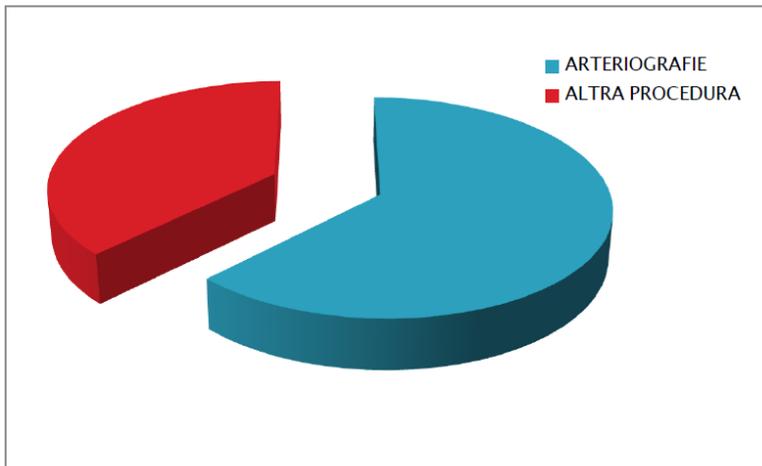
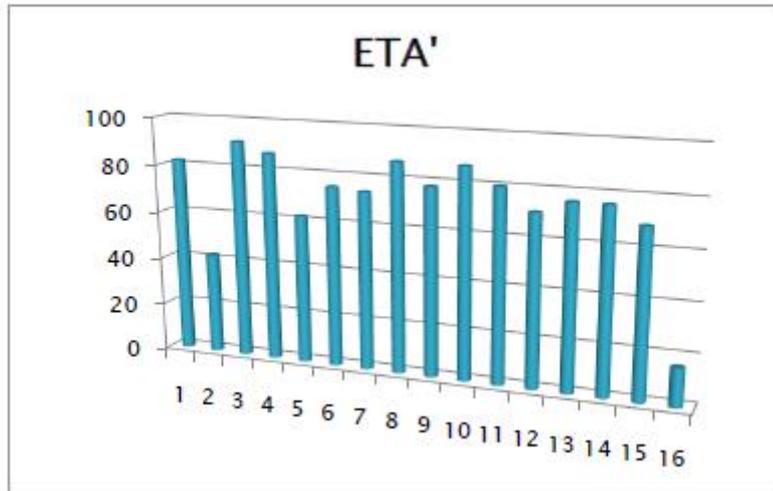
Note / Commenti \_\_\_\_\_

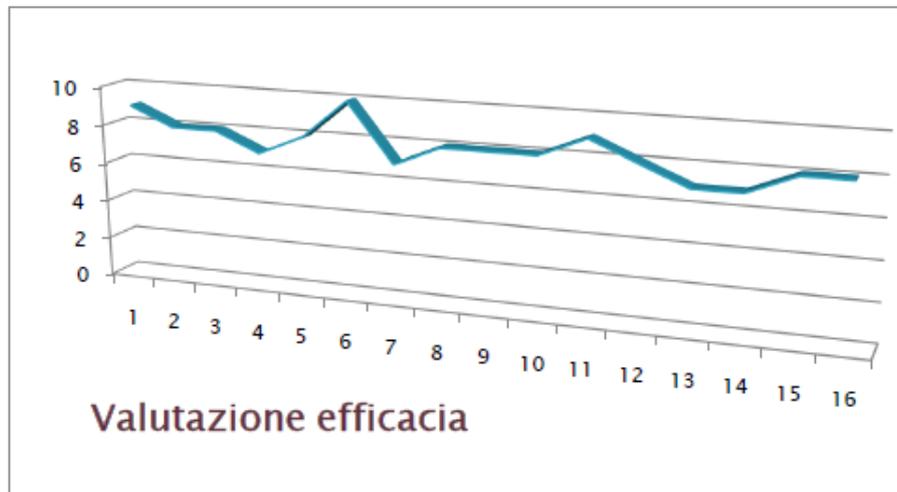
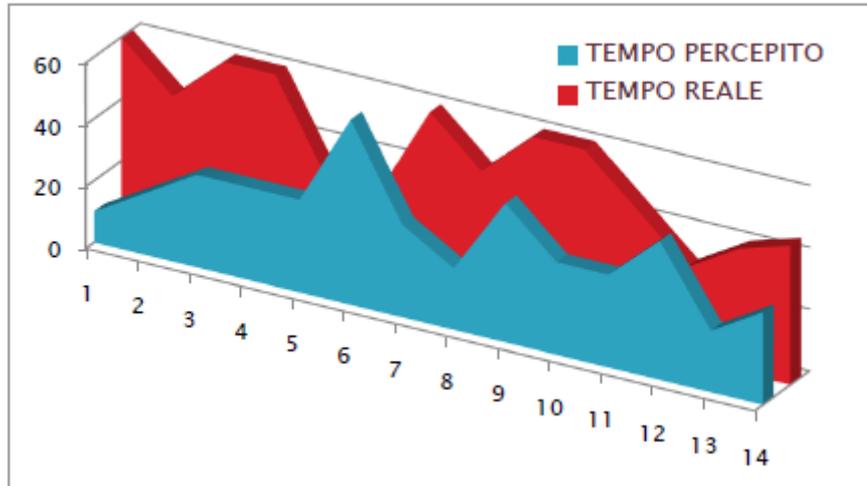
\_\_\_\_\_

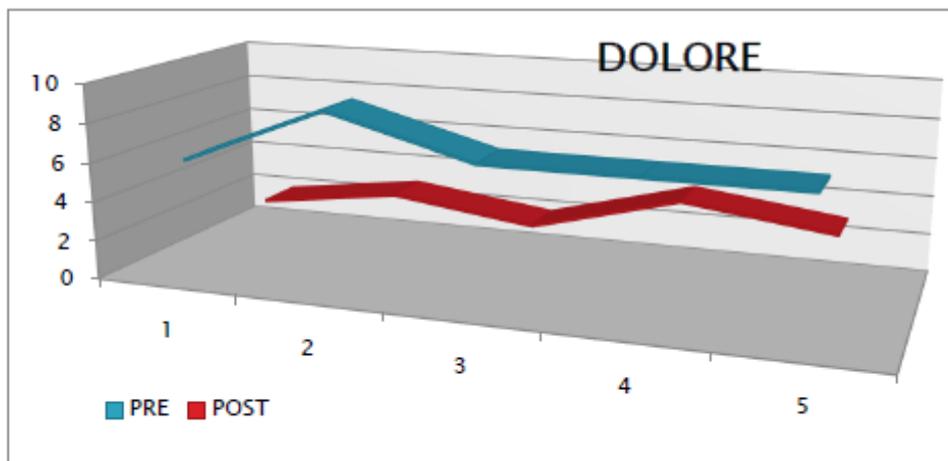
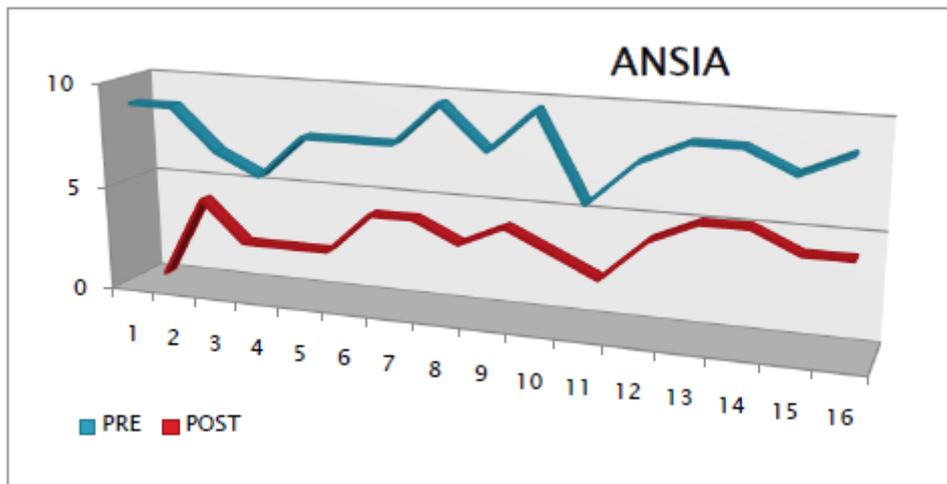
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	anno nasc.	Sesso	arterio /flebogr.	altro	ansia pre	dolore pre	ansia post	dolore post	tecnica	t. induz	minuti percepiti	minuti reali	efficacia
1	1932	f	x		9		0		fissa punto/resp	4'	10	60	9
2	1972	m	x		9		4		fissa punto/resp	3'	20	45	8
3	1923	f	x		7	6	2	2	fissa punto/resp	4'	30	60	8
4	1927	f	x		6		2		respiro	8'	30	60	7
5	1952	m	x		8		2		fissa punto/resp	3'	30	30	8
6	1939	m	x		8		4		respiro	5'	60	30	10
7	1940	m			8		4		fissa punto		30	60	7
8	1927	f		biopsia	10		3		fissa punto/resp	6'			8
9	1936	m	x		8	9	4	3	respiro		20	45	8
10	1927	f		argon- laser	10	7	3	2	fissa punto/resp	5'			8
11	1934	m	x		6		2		fissa punto/resp	3'	45	60	9
12	1943	f		rimoz. Endo- prot	8		4		respiro	4'	30	60	8
13	1938	m	x		9	7	5	4		4'	30	45	7
14	1938	f		egds/ legat varici	9	7	5	3	fissa punto	5'	45	30	7
15	1945	f		rimoz. Endo- prot	8		4		fissa punto		20	40	8
16	1998	m		egds	9		4		fissa punto		30	45	8







## CONCLUSIONI

Ritengo che possedere ed utilizzare uno strumento come la comunicazione ipnotica sia un grande regalo.

Da professionista posso affermare che i primi a trarne giustamente giovamento sono i pazienti.

Ognuno di essi, in seguito all'ospedalizzazione, si trova a dover interagire con diverse figure e a far fronte ad una serie di emozioni, spesso contrastanti ed ostacolanti, come già ampiamente descritti.

Con l'autoipnosi al paziente viene offerto uno strumento per fronteggiare diverse problematiche non necessariamente legate a patologie o all'esecuzione di esami invasivi.

Sapere che da quel momento in poi può essere in grado di controllare meglio alcune emozioni, alcuni sintomi, fa scoprire alla persona un potere che probabilmente non sapeva di possedere, permettendogli di riappropriarsi della gestione di un aspetto importante della propria vita.

E questo lo ritengo un regalo anche per me

## BIBLIOGRAFIA

- F Granone trattato di ipnosi vol. 1 , vol 2 UTET
- Casiglia E. et al. Ipnosi sperimentale e clinica. Editrice Artistica Bassano, 2006
- Del Castello E., Casilli C. L'induzione ipnotica. Manuale pratico. Franco Angeli. Milano,2007
- Milton H. Erickson Ernest L. Rossi Sheila I. Rossi Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta. Roma Astrolabio
- Minuzzo, S. Nursing del dolore. Carocci Roma 2004.
- Watzlawick, P. Pragmatica della comunicazione umana. Roma. Astrolabio 1971
- Erickson, M. H. (1983) La mia voce ti accompagnerà. Roma. Astrolabio
- 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. pain. 2006 dec 15;126(1-3):155-64. epub 2006 sep 7.
- Educating interventional radiology personnel in nonpharmacologic analgesia: effect on patients' pain perception Lang EV, Berbaum KS. Acad Radiol.1997 Nov;4(11):753-7
- Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders, Hammond DC., Expert Review of Neurotherapeutics. 2010 Feb;10(2):263-73.
- Hypnosis in the treatment of anxiety, Smith WH., Bulletin of the Menninger Clinic. 1990 Spring;54(2):209-16
- A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care, Plaskota M, Lucas C, Evans R, Cook K, Pizzoferro K, Saini T., Int J Palliat Nurs. 2012 Feb;18(2):69-75.

## RINGRAZIAMENTI

In primo luogo voglio ringraziare il mio relatore, Milena Muro, per la fiducia, l'incoraggiamento e l'aiuto datomi.

Un grazie di cuore a Bice Properzi per il prezioso aiuto ed i suggerimenti.

Grazie a tutti i colleghi e al personale del DH Centralizzato che mi hanno supportato in questa avventura.

Infine grazie alla mia numerosa famiglia per aver sopportato i miei sbalzi d'umore senza fare domande.