

ISTITUTO FRANCO GRANONE  
SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E  
SPERIMENTALE

---

C.I.I.C.S  
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI  
CLINICO-SPERIMENTALE  
ANNO 2015

---

L'UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE  
IPNOTICA  
NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE  
DURANTE L'IMPIANTO DEL PACEMAKER  
DEFINITIVO

---

Candidata  
Peyrachia Bianca

Relatore  
Dott.ssa Filomena Muro

Contro Relatore  
Dott Antonio Maria Lapenta

---



## Sommario

PREMESSA.....	4
CAPITOLO 1.....	7
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	7
CAPITOLO 2.....	9
Il Dolore.....	9
CAPITOLO 3.....	12
TECNICHE DI APPROCCIO FISICO, COGNITIVO E COGNITIVO COMPORTAMENTALE .....	12
CAPITOLO 4.....	22
UTILIZZO SCHEDA VERIFICA DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	22
Esperienza clinica.....	26
UOMO SOTTOPOSTO A ECOTRANSESOFAGEO PER VALVULOPATIA AORTICA.....	26
CONCLUSIONI .....	29
BIBLIOGRAFIA .....	30

## **PREMESSA**

Lavoro in una sala chirurgica dove si eseguono impianti pacemaker, nel nostro ambito lavorativo la gestione del dolore e dell'ansia sono parte imprescindibile della riuscita dell'intervento. La gestione della relazione terapeutica durante gli impianti è determinata da diversi fattori: l'ansia, la paura e il dolore devono essere gestiti così come la necessità di mantenere una postura obbligata, il paziente poi si confronta con la sensazione di vulnerabilità e preoccupazione che si accompagnano a queste condizioni. E' necessario ottenere la massima compliance del paziente alla procedura e l'efficacia dell'applicazione della Comunicazione Ipnotica per ottenere questo risultato è stata abbondantemente misurata, ed è descritta in numerosi studi, così come è riportato in letteratura l'opportunità di sviluppare tale competenza per la professione infermieristica.

Nel nostro lavoro in particolare, la comunicazione nella relazione tra infermiere e paziente è molto importante, specialmente nella sala interventistica dove presto servizio, dove è previsto che la procedura di impianto avvenga con il paziente sveglio e con l'applicazione della sola anestesia locale per permettere la collaborazione attiva del paziente,

l'utilizzo di farmaci sedativi soltanto nei casi in cui il paziente sia particolarmente agitato e incapace di mantenere la posizione immobile. In questi casi viene attivato l'anestesista che può praticare una sedazione con midazolam e/o propofol perdendo però la possibilità di avere la collaborazione del paziente. L'applicazione della Comunicazione Ipnotica durante la procedura permette di guidare il paziente ad un controllo dell'ansia e del dolore percepito senza dover utilizzare farmaci per la sedazione e soprattutto garantisce al paziente di vivere un'esperienza positiva di una situazione di per sé emotivamente difficile, specie tenendo conto del fatto che i nostri pazienti spesso sono anziani e si ritrovano nella nostra sala operatoria subito dopo il ricovero ospedaliero senza avere il tempo di adeguarsi alla situazione.

Riconoscendo la necessità di garantire un'assistenza sempre più improntata all'umanizzazione delle cure e volendo migliorare la qualità del servizio, il nostro coordinatore ci ha proposto di apprendere le competenze date dalla frequenza al corso di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica dell'istituto Franco Granone Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale (C.I.I.C.S.). Tale proposta, condivisa dal Direttore di Struttura, ci ha incuriosito, in quanto la nostra conoscenza sull'argomento era assolutamente superficiale e fatta di luoghi comuni. La

curiosità circa l'argomento ci ha fatto porre molti quesiti e abbiamo intrapreso questo percorso ricchi di domande a cui dare risposte.

Sono possibili molte tecniche per gestire l'alleanza terapeutica molte gestite autonomamente dall'infermiere. La dissertazione verte su tecniche di approccio fisico, cognitivo e cognitivo comportamentale per poter poi giungere all'utilizzo della comunicazione ipnotica. Dopo aver riportato un'esperienza significativa, scelta tra quelle vissute, riportiamo i dati di un'analisi di 30 pazienti con dati di efficacia.

## CAPITOLO 1

### LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Nel metodo comunicativo ipnotico il linguaggio si confà all'interlocutore, tenendo conto delle caratteristiche che questi esprime. Ricalca il canale comunicativo sensoriale che la persona presenta e la guida a sperimentare quelli non attivi al momento, per permettere di vivere l'esperienza in modo più totale con l'attivazione di tutto il sistema percettivo-sensoriale. La Comunicazione Ipnotica permette l'instaurarsi di una maggior empatia. La Comunicazione Ipnotica si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente. Il principio su cui si fonda è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali che riverberino nel corpo con l'obiettivo di migliorare il vissuto dell'esperienza, trasformando e dando significato alle emozioni.

L'obiettivo per cui noi infermieri applichiamo la comunicazione ipnotica è quello di modificare in senso positivo l'esperienza che il paziente fa del suo P.D.T.A. (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), garantendo un'assistenza personalizzata all'individuo e lo sviluppo di quel processo di crescita basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e

dell'autodeterminazione per far emergere risorse latenti che portano l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.



## CAPITOLO 2

### Il Dolore

#### *L'INFERMIERE NELLA BATTAGLIA CONTRO IL DOLORE*

La cura del dolore non è soltanto un dovere etico, ma l'esempio di una buona pratica clinica, poiché oggi è noto che il dolore costituisce un fenomeno patologico, una malattia nella malattia che influisce pesantemente sulla vita delle persone con effetti negativi anche sulla sfera psicologica, emotiva, relazionale.

*“Prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, sono precisi doveri degli infermieri espressamente indicati dal Codice deontologico”* – afferma Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Ipasvi.

*“L'impegno degli infermieri su questo terreno si è rivolto e manifestato nell'elaborazione e adesione a percorsi e processi di cura ed assistenza che prevedano l'utilizzo di metodi, strumenti e prestazioni tesi alla prevenzione e al contrasto del dolore, che mina l'integrità fisica e psichica del paziente e impatta negativamente sulla sua qualità di vita”.*

Di recente, il ruolo degli infermieri nel sollievo dal dolore è stato riconosciuto dalla legge 38/2010, sulle cure palliative e la terapia del dolore, che prevede, tra l'altro, di riportare all'interno della cartella clinica,

in parte compilata dagli infermieri, la rilevazione del dolore, le sue caratteristiche, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito oltre che ad eventuali terapie adiuvanti e complementari. L'adesione all'utilizzo della gestione consapevole della comunicazione e della Comunicazione Ipnotica in particolare conferma l'impegno quotidiano degli infermieri nell'assistenza e la loro volontà di promuovere e diffondere un approccio alla gestione del dolore che rispetti la qualità di vita, le volontà e la dignità della persona.

Il rispetto della vita e della persona umana presuppone che l'infermiere riconosca l'individuo e la sua sofferenza, ma anche che agisca facendo ciò che può essere utile alla sua scomparsa. Il rispetto della dignità chiede che nessuno sia afflitto da dolori inutili ed evitabili. Dal Codice Deontologico: *“L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili”* L'infermiere deve prevenire e valutare la sofferenza e lo sconforto delle persone e partecipare al loro sollievo.

Gli infermieri nella battaglia contro il dolore possono e devono svolgere un ruolo attivo e rilevante in termini qualitativi, non soltanto come puntuali esecutori di prescrizioni, ma soprattutto come attenti alleati della persona assistita nella rilevazione dei suoi sintomi.

Questo viene facilitato grazie all'applicazione consapevole della Comunicazione Ipnotica: l'ascolto attivo del paziente, la descrizione del suo dolore e dei suoi comportamenti di fronte ad esso, instaurando automaticamente un rapporto di fiducia che porterà ad ottenere la completa adesione alle cure proposte (compliance) e a creare quel rapporto privilegiato chiamato "relazione d'aiuto".

## CAPITOLO 3

### TECNICHE DI APPROCCIO FISICO, COGNITIVO E COGNITIVO COMPORIMENTALE

Nella pratica quotidiana esistono tecniche che l'infermiere potrebbe svolgere in completa autonomia dopo aver acquisito un'adeguata conoscenza e competenza, dimostrandone una certa efficacia. Queste tecniche si dividono in due grandi gruppi: tecniche di approccio fisico (massaggio, riflessologia) e tecniche di approccio cognitivo e cognitivo-comportamentale (musica, rilassamento muscolare, ipnosi). Di seguito ne elencheremo alcune più utili alla nostra realtà lavorativa.

Le tecniche di **approccio fisico** sono quelle che più appartengono alla cultura e alla pratica infermieristica. Spesso queste pratiche vengono messe in atto inconsciamente. Attraverso la stimolazione cutanea, una delle più semplici tecniche di approccio fisico, si può alleviare il dolore sia acuto che cronico. Può assumere diverse forme: la pressione, il massaggio superficiale, la vibrazione, l'uso di caldo e freddo.

Le tecniche di approccio **cognitivo** e **cognitivo-comportamentali** sono volte a modificare i pensieri, i sentimenti e comportamenti delle persone assistite, le quali sono attivamente coinvolte nel progetto di cura.

Informare l'assistito in merito a eventi (come, ad esempio, procedure diagnostiche e terapeutiche, interventi chirurgici, ecc.) che potenzialmente creano disagio e dolore e insegnargli ad utilizzare specifiche abilità come la distrazione, l'immaginazione che inducono alla calma, sono componenti dei metodi cognitivi per il controllo del dolore.

I metodi cognitivo-comportamentali comprendono strategie che includono non solo degli interventi cognitivi, ma anche alcune componenti comportamentali, come il fornire informazioni procedurali e sensitive, combinate con alcune forme di istruzione e addestramento per sviluppare abilità di controllo delle situazioni comportamentali.

#### Metodi di approccio cognitivo

##### *\*Le informazioni preparatorie*

L'uso di informazioni preparatorie su un evento, che può portare disagio o dolore, come una procedura invasiva e cruenta o un intervento chirurgico, riduce l'incertezza e l'ambiguità, riduce l'ansia e può portare il soggetto a modificare la valutazione cognitiva dell'evento. Le informazioni possono essere procedurali (se riguardano gli aspetti e le fasi dell'intervento) o sensoriali (se, invece, riguardano le sensazioni che il soggetto si deve aspettare di provare). È stato riscontrato che la concentrazione sulle

proprietà e sulle caratteristiche nocive dello stimolo doloroso o stressante, più che la distrazione, favorisce una maggiore tollerabilità e controllo (Anolli, 2002) è anche dimostrato che concentrarsi sulle sensazioni sperimentate per poi modificarle con un linguaggio ipnotico è un ottimo modo per migliorare l'adesione alla procedura e far sperimentare una percezione ridotta del dolore.

Altri studi controllati hanno messo in luce che l'efficacia del fornire informazioni non è uguale per tutti i soggetti: perciò, è importante considerare attentamente le differenze individuali o la predisposizione personale, per stabilire quali persone possono trarre beneficio da questo metodo.

#### *\*Distrazione*

Si basa sulla logica che le persone assistite non possono prestare troppa attenzione al dolore se sono concentrati su qualcos'altro anche di estremamente banale come per esempio far eseguire compiti molto precisi per cui è necessario un certo impegno e attenzione, riducendo così la capacità di essere attenti alle percezioni dolorose.

### *\*Immaginazione*

È la naturale capacità “di elaborare liberamente e con fantasia i dati dell’esperienza sensibile e i pensieri” (Zingarelli, 2006). Immaginare porta a una rappresentazione mentale di realtà e fantasia, e include non solo immagini viste, ma anche udite, gustate, odorate, percepite con il tatto o con il movimento. L’immaginazione si riferisce a esperienze quasi sensoriali o quasi percettive delle quali siamo consapevoli e che esistono anche in assenza di stimoli esterni. Quindi siamo in grado di ricreare e modificare la realtà attraverso un processo immaginativo. Immaginare è anche recuperare frammenti di memoria, ricostruire, reinterpretare e recuperare sentimenti o idee che ci consentono di creare, sognare o conoscere (Zahourex, 1988). Con la mente è possibile anche rivedere con estrema precisione immagini, luoghi e situazioni note e di cui si è già fatta esperienza: in questo caso, si parla di visualizzazione.

Le immagini, positive o negative, sono in grado di determinare risposte fisiche o psicologiche, come se lo stimolo esterno immaginato fosse realmente presente: ad esempio, il ripensare a una situazione vissuta può far soffrire o sorridere. L’immaginazione crea un ponte tra la mente ed il

corpo, collegando percezioni, emozioni e risposte fisiche, psicologiche e comportamentali (Eller, 1999).

È stato ipotizzato che l'immaginazione influenzi l'esperienza di dolore, tramite un'azione distraente secondo la quale, in presenza di uno stimolo competitivo, l'attenzione diventa selettiva e impedisce all'informazione nocicettiva di "passare" e quindi di trasmettere i segnali dolorosi a livello centrale.

#### *\*La musica*

La distrazione può essere effettuata anche mediante l'ascolto di musica: è questo l'uso della musica come terapia da non confondere con la musicoterapia. A differenza della musicoterapia (che può essere utilizzata solo da un musicoterapeuta qualificato), la musica come terapia può essere utilizzata da infermieri, ostetriche, altri professionisti della salute e dalle stesse persone assistite per raggiungere stati di calma, serenità, salute e benessere.

Anche Florence Nightingale, pioniera del nursing, in un suo scritto riconobbe il potenziale curativo della musica nel trattamento della malattia (Snyder, Chlan, 1998).



Alla pa si dovrebbe sempre dare la possibilità di ascoltare la musica soprattutto durante l'esecuzione di procedure invasive e sgradevoli, per migliorare la tolleranza al dolore. L'ascolto della musica dovrebbe diventare un intervento di routine nella pratica infermieristica. Anche noi da circa due anni utilizziamo la tecnica dell'ascolto della musica durante la procedura di impianto di pacemaker con buoni risultati.

### Metodi di approccio cognitivo -comportamentale

#### *\*Rilassamento muscolare*

È una tecnica che consente di ottenere il completo rilassamento di tutti i muscoli del corpo, riducendo così non solo la tensione fisica, ma anche quella mentale, e quindi l'ansia e lo stress che aggravano il dolore; Il rilassamento consiste nel produrre uno stato di calma emozionale, riducendo la tensione residua che tende a permanere nei muscoli anche quando l'individuo si pone in posizione di riposo. La tecnica prevede le fasi di: tensione del muscolo, localizzazione mentale della tensione, distensione.

#### *\*La respirazione profonda*

Costituisce il primo passo di tutte le tecniche di rilassamento. Richiede pochissimo addestramento; può risultare utilissima per persone molto tese e agitate e per prepararle all'uso delle immagini. Il ruolo del

rilassamento è quello di portare la mente ad uno stato di equilibrio e pace, libero da negatività.

*\*Ipnosi e tecniche di rilassamento*

*L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo della realizzazione di monoideismi plastici grazie al rapporto creato tra operatore-soggetto. Con monoideismo plastico si intende la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie. (GRANONE)*

Ogni persona si esprime attraverso il corpo, la psiche e il suo sistema di valori, tutti esprimiamo idee attraverso rappresentazioni mentali, e quasi tutte le rappresentazioni mentali si manifestano plasticamente. Anche se non tutte le persone sono in grado di gestire le rappresentazioni mentali con la valenza adeguata alla manifestazione plastica da raggiungere.

*Partendo dal presupposto che l'ipnosi è monoideismo plastico:*

- *Prima regola: è avere ben chiaro e ben definito l'obiettivo da raggiungere. Ovvero qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente, cioè qual è il comportamento da realizzare e qual'è la rappresentazione mentale che la definisce in maniera adeguata.*
- *Seconda regola: è che l'idea da realizzare deve essere fatta propria dal paziente perché possa attivarsi il dinamismo coscienza-corpo atteso.*
- *Terza regola: è che, perché la rappresentazione mentale possa essere espressa in termini fisici e/o di comportamento deve essere "carica della valenza giusta".*
- *Quarta regola: è che l'azione definita dall'obiettivo deve essere di possibile realizzazione per il paziente in virtù della sua costituzione psicofisica e delle sue potenzialità di apprendimento.*

*Va precisato che se un operatore desidera aiutare un soggetto a realizzare su di sé l'ipnosi deve, prima di ogni cosa, credere fermamente a quello che fa e avere la certezza che, quanto propone, sia realizzabile. Credere in quel che si fa è un atteggiamento indispensabile all'operatore in ogni relazione*

*d'aiuto psicologico perché "l'alchimia" riesca, ed il più delle volte, questo atteggiamento è dato per scontato.*

*Ma perché si attivi la condizione favorevole all'azione in obiettivo, non è sufficiente che a credere sia solo l'operatore. È fondamentale che anche nel soggetto esista profonda certezza nella "cura" e fiducia nell'operatore e che sia quindi libero da ogni atteggiamento critico. Nel paziente quindi deve svilupparsi la convinzione nella possibilità concreta di realizzazione di quanto l'operatore gli propone accettando criticamente i suggerimenti desiderando realizzarli.*

*Perché esista la valenza giusta, occorre che il paziente attivi tutta la sua energia di attenzione sulla rappresentazione mentale dell'unica precisa idea da realizzare.*

*Certo di volere aiutare il paziente e consapevole della potenzialità e dei limiti dei suoi strumenti, la prima operazione che l'operatore deve svolgere è aumentare la fiducia del soggetto e aiutarlo a diminuire il suo atteggiamento critico. Esistono varie modalità che possono essere impiegate per far sì che una persona riduca la sua critica ed accetti quanto suggerito; non tutte però, possono essere concepite nell'ambito della relazione d'aiuto.*

*Quello che l'operatore deve instaurare è una collaborazione empatica.*

*Attraverso questa modalità, il soggetto si sente compreso, rassicurato e non minacciato, riduce allora volontariamente il suo atteggiamento critico e di diffidenza, poco per volta si lascia andare ed assume un atteggiamento d'attesa volto alla collaborazione rispetto a quanto gli viene suggerito.*

*L'attivarsi dell'ideoplasia, l'avvenuta ipnosi, è confermata dall'evidenza della risposta. Se l'obiettivo non viene raggiunto è mancata l'abilità del paziente a trasformare l'idea in azione, e questo perché una delle quattro regole non è stata rispettata in maniera adeguata: può non essere stato ben definito l'obiettivo da raggiungere, o l'obiettivo è stato rifiutato consciamente o inconsciamente dal paziente, la caratterizzazione dell'obiettivo in termini di rappresentazione mentale è mancata della sufficiente carica espressiva utile a renderla attiva o ancora l'azione è risultata impossibile in quel momento per l'organismo del paziente.*

## **CAPITOLO 4**

### **UTILIZZO SCHEDA VERIFICA DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA**

La nostra sala per impianto di pacemaker definitivo (d'ora in avanti PM) ha personale dedicato composto da due infermieri e due medici cardiologi. I due infermieri sono assegnati rispettivamente: uno alla S.C. di Cardiologia/Nefrologia e l'altro all'ambulatorio di Cardiologia. La sala è comunque sempre disponibile (h 24) per gli eventuali posizionamenti di PM temporaneo (in urgenza). Questi ultimi vengono effettuati da tutto il personale della S.C. Cardiologia/Nefrologia.

La mattina degli impianti uno o entrambi gli infermieri vengono distaccati dalle loro attività abituali per potersi occupare dell'intera procedura, dalla preparazione della sala, alla preparazione della pa e a tutto il resto della procedura fino al ritorno della pa nella sua stanza.

Abbiamo creato una scheda di verifica sull'utilizzo della comunicazione ipnotica nelle pa che sono state sottoposte ad impianto di PM definitivo dal 01/04 al 12/09/2015 per un totale di 30 casi. Di seguito si allega copia della scheda di verifica e grafico dei risultati da cui si evince che, l'introduzione in sala pacemaker della comunicazione ipnotica, ha migliorato il PDTA delle persone a cui è stata attuata.

S.C. CARDIOLOGIA – SALA PACEMAKER OSPEDALE MARTINI - TORINO

VERIFICA COMUNICAZIONE IPNOTICA

(La verifica viene fatta dagli operatori senza domande diretta alla PA)

Sigla pa \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

A. La PA era agitata? SI O NO O

B. Evidentemente preoccupata? SI O NO O

C. Ha ascoltato i suggerimenti ( occhi chiusi, respiro, ecc)?  
SI O NO O IN PARTE O

D. Sono state fatte richieste specifiche alla pa? (stare fermo per un certo lasso di tempo, non parlare per pochi secondi ecc) SI O NO O

E. L'ecg aveva artefatti? SI O NO O

F. Se si, sono rimasti dopo i suggerimenti? SI O NO O

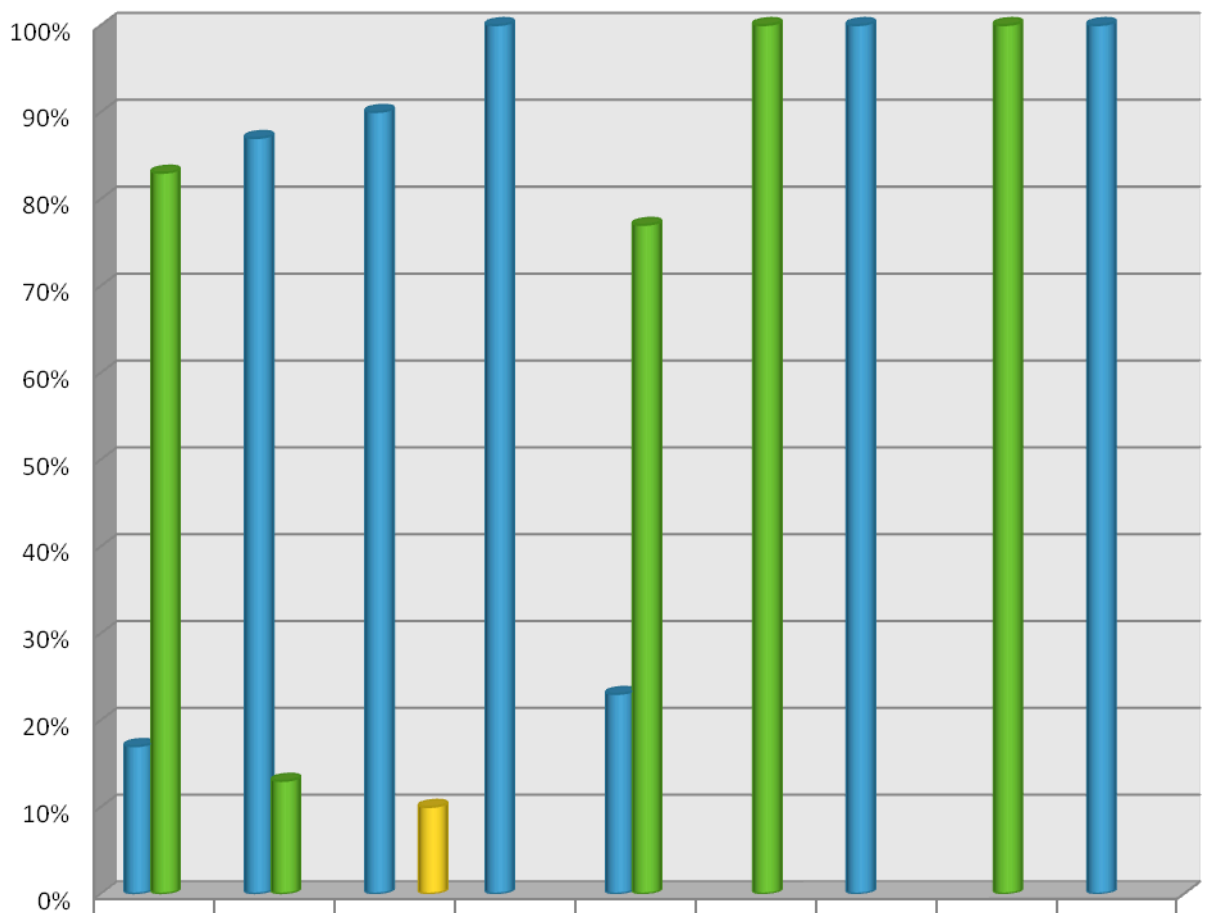
G. Sono stati fatti riferimenti al dopo intervento, ad esempio, potrà mangiare e bere dopo l'intervento? cosa ha prenotato per pranzo, ecc?  
SI O NO O

H. Sono stati usati farmaci sedativi? SI O NO O

I. Tu operatore ti sei sentito a tuo agio? SI O NO O IN PARTE O

Note \_\_\_\_\_

## VERIFICA COMUNICAZIONE IPNOTICA



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
■ SI	17%	87%	90%	100%	23%		100%		100%
■ NO	83%	13%			77%	100%		100%	
■ IN PARTE			10%						



	QUESITO	SI	NO	IN PARTE
A	PA agitata	17%	83%	
B	Evidentemente preoccupata	87%	13%	
C	Ha ascoltato suggerimenti	90%		10%
D	Richieste specifiche	100%		
E	Ecg con artefatti	23%	77%	
F	Se si sono rimasti dopo suggerimenti		100%	
G	Riferimenti al dopo intervento	100%		
H	Usati farmaci sedativi		100%	
I	Operatore a proprio agio	100%		

## Esperienza clinica

### UOMO SOTTOPOSTO A ECOTRANSESOFAGEO PER VALVULOPATIA AORTICA.

Martino è un uomo di 75 anni ricoverato in cardiologia per una cardiopatia valvolare.

Durante l'esecuzione di un ecocardiogramma transtoracico si è notata la necessità di eseguire un ecotranseesofageo (eco TE) per appurare il grado di gravità di stenosi della valvola aortica e quindi l'indicazione chirurgica oppure medica.

Martino è una persona estremamente preoccupata della sua situazione e durante i pochi giorni di ricovero pre esame, ha dimostrato comunque un atteggiamento molto scontroso nei confronti di tutto il personale del reparto.

Al suo arrivo in ambulatorio non conoscevo il suo precedente in cardiologia ma ho immediatamente notato questo tipo di atteggiamento oltre che preoccupato anche diffidente. I primi istanti dal suo arrivo sono stati difficili. Martino in precedenza aveva eseguito gastroscopie per gastriti recidive con notevole difficoltà all'inserimento della sonda e quindi, essendo l'ecoTE svolto con una procedura simile, ovviamente le sue preoccupazioni erano gravate dalle esperienze precedenti. Inoltre il tipo di patologia era decisamente più complessa e rischiosa di quella gastrica da un punto di vista chirurgico, per cui era plausibile il tipo di atteggiamento congelato di Martino.

Era di pochissime parole e nonostante avessi cominciato tutta la spiegazione riguardo la procedura come da protocollo, mi sono soffermata di più sul fatto che avrebbe provato un'esperienza diversa dalle altre sue precedenti perché usavamo una tecnica di rilassamento nuova. Non c'è stata nessuna reazione verbale ma lo sguardo alla parola "nuova" ha attratto la sua attenzione perché Martino ha cominciato a guardarmi negli occhi, cosa che non aveva fatto fino a quel momento.

Poco prima di iniziare la procedura Martino continuava a ripetere che non sarebbe riuscito a farsi inserire la sonda perché tutte le volte era stata necessaria una sedazione farmacologica prima dell'esame. Ho detto a Martino che sarebbe riuscito a collaborare, di fidarsi delle sue capacità e di ascoltare la mia voce che l'avrebbe guidato in questa nuova modalità di fare quest'esperienza. I tempi a disposizione pre-esame sono davvero scarsi (3-5 minuti). Ho chiesto a Martino di concentrare la sua attenzione sul respiro e di ricordare come si è sentito quella volta in cui era in un ambiente piacevole con quella bella sensazione che aveva già provato in cui si era sentito confortevolmente a suo agio ricordando come respirava in quel momento di benessere come sentiva rilassati i muscoli mentre si sentiva bene e come era facile lasciare che l'aria filtrasse dalle narici naturalmente. Non è stato possibile usare molto altro per il poco tempo a disposizione ma nonostante io dovessi occuparmi anche della preparazione dello strumento sono riuscita a far focalizzare l'attenzione sul controllo del respiro.

L'introduzione della sonda solitamente è accompagnata da conati di vomito, nonostante l'uso di lidocaina spray come anestetico nel cavo orale. L'esame è durato una ventina di minuti e per tutto il tempo Martino

respirava in modo lento e tranquillo e questo gli permetteva di non accorgersi della presenza della sonda. Ho fatto notare a Martino quanto il suo respiro gli permettesse di stare bene dove stava, gli occhi erano chiusi spontaneamente e sembrava davvero che ascoltasse la mia voce poiché quello che gli suggerivo veniva da lui accettato e realizzato. L'esame si è svolto nel migliore dei modi e la sua condizione ipnotica ci ha permesso di ridurre notevolmente i tempi di esecuzione dello stesso. Al termine dell'esame Martino era tranquillo e il suo sguardo era decisamente più rilassato ed evidentemente soddisfatto di essere riuscito a portare avanti l'esame in questo modo. Il responso rispetto all'esame è stato, purtroppo con indicazione chirurgica di una certa urgenza ma l'atteggiamento di Martino, nonostante fosse silenzioso, era decisamente cambiato rispetto all'arrivo. Ho evidenziato a Martino le sue capacità, che ha rivelato durante questo esame. Martino era perplesso e incredulo ma a queste parole, il suo sguardo era eloquente. Terminato il referto e dopo il colloquio con il medico riguardo le indicazioni chirurgiche, Martino è stato riaccompagnato in reparto. Io sono consapevole della differenza che c'è stata nel gestire questa relazione utilizzando consapevolmente la comunicazione ipnotica.

A distanza di due giorni ho incontrato Martino nei corridoi dell'ospedale e al mio saluto lui mi ha preso da parte e mi ha ringraziato per l'esperienza dei giorni precedenti perché mai aveva ottenuto risultati di questo genere per l'esecuzione di un esame invasivo. Gli occhi di Martino erano diversi. Ha avuto bisogno di qualche giorno per capire il tipo di esperienza che aveva vissuto e quanto fosse stato bravo durante quella procedura. Anche se in maniera "silenziosa" Martino mi ha regalato un grande sorriso.

## CONCLUSIONI

Il percorso sulla comunicazione ipnotica, da poco concluso, mi ha dato l'opportunità di rivedere alcune cose del mio agire quotidiano nell'approcciarmi alla pa, concentrando maggiormente l'attenzione sulla comunicazione e, in particolare, sull'uso delle parole.

Durante gli incontri con i nostri formatori ho avuto modo di provare su me stessa i benefici di questa metodica comunicativa e pertanto è stato più semplice attuarla nei confronti delle pa, facilitandone la presa in carico e la creazione di quel rapporto di fiducia che è fondamentale per instaurare la relazione d'aiuto. I risultati ottenuti in questi mesi di sperimentazione sono stati ampiamente positivi, al punto tale che l'utilizzo della comunicazione ipnotica è diventato per me di uso quotidiano. L'attenzione all'uso delle parole utilizzate infatti, se inizialmente richiedeva concentrazione, con la pratica è diventata più spontanea.

Sicuramente dobbiamo ancora crescere, ma, come si evince dalla scheda di verifica, i risultati positivi ottenuti mi fanno pensare che stiamo procedendo bene. E, per chi come noi fa questo lavoro, anche solo ricevere un grazie o un sorriso rappresenta il maggior successo.

Bianca Peyrachia

## BIBLIOGRAFIA

- ALBE-FESSARD D., GIAMBERARDINO M.A. (1997), Il dolore: meccanismi di insorgenza e di controllo, Masson, Milano.
- ANOLLI L. (2002), Le emozioni, UNICOPLI, Milano.
- COZZI, NIGRIS (a cura di) (1996), Gestì di cura.
- GUIDETTI B. (1976), voce Dolore, in Enciclopedia medica italiana, USES Edizioni scientifiche, 2a ed. Firenze.
- IASP (International Association for the Study of Pain) (2002), A Virtual Pocket Dictionary of Pain Terms, IASP Press, Seattle.
- ROCCO G. (Novembre 2005), L'infermiere e l'esperienza ermeneutica del dolore, il ruolo della figura professionale più vicina al malato, in "il sole 24 ore" inserto Sanità, "No al dolore inutile".
- CROTTI N., FELTRINI A., PONTON P., MUSSO M. (1996), La ricerca di benessere tra medicina ufficiale e medicina alternativa, in "Quaderni di cure palliative".
- LUCHETTI M.,(2004), Tecniche e terapie non convenzionali per il trattamento del dolore. Acta Anaesth Italica.
- TURNER J.A., ROMANO J.A. (1993), Terapia cognitivo-comportamentale, in Bonica (ed), Il dolore: diagnosi.
- GRANONE F. (2005), Trattato di ipnosi, Ed. 2005, 2 volumi.

- OBERHUBER W., (2000), Ipnosi. Terapia come comunicazione, Ed. Angeli.
- Materiale per la didattica del C.I.I.C.S. (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale).
- ANTONELLI C., (2003), Ipnosi e dolore, Ed. Laterza
- MANCA UCCHEDDU O., VIOLA A., (2005), Ipnosi e suggestione in psicoterapia, Ed. Giuffrè.