

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICA – SPERIMENTALE
C.I.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA E SPERIMENTALE

COMUNICAZIONE IPNOTICA

**LA GESTIONE DELL'ANSIA NEL PAZIENTE DURANTE LA
PROCEDURA DI ABLAZIONE**

ANNO 2014

**CANDIDATO
ANTONELLA POLLARA**

**RELATORE
DOTT.SSA FILOMENA MURO**

**CONTRORELATORE
DOTT. A.M. LAPENTA**

SOMMARIO

LA GESTIONE DELL'ANSIA NEL PAZIENTE	5
DURANTE LA PROCEDURA DI ABLAZIONE	5
IPNOSI	12
ABLAZIONE.....	16
APPROCCIO PRE-PROCEDURALE.....	18
APPROCCIO INTRAPROCEDURALE	19
ATTUAZIONE DELLE COMPETENZE ACQUISITE.....	22
CASI CLINICI.....	23
CONCLUSIONI	31
BIBLIOGRAFIA.....	33

19. *Heart-Rate Control During Pain and Suggestions of Analgesia Without Deliberate Induction of Hypnosis. Enrica L. Santarcangelo^{a*}, Giancarlo Carl^b, Silvia Migliorin^b, Giuliano Fontan^b, Maurizio Varanin^c & Rita Balocchi^c pages 255-269.*

Errore. Il segnalibro non è definito.

20. *Cardiovascular and respiratory correlates of deep nociceptive stimulation, suggestions for analgesia, pain imagery and cognitive load as a function of hypnotizability. Giulia Paoletti^a, Maurizio Varanin^b, Rita Balocchi^b, Carmela Morizzo^c, Carlo Palombo^c, Enrica L. Santarcangelo^{d, a} Department of Physiology, University of Siena, Italy^b Institute of Clinical Physiology, National Council of Research, Pisa, Italy^c Department of Internal Medicine, University of Pisa, Italy^d Department of Physiological Sciences, University of Pisa, Via San Zeno, 31-56127 Pisa, Italy.*

Errore. Il segnalibro non è definito.

21. *Use of Hypnosis before and during Angioplasty. Dr. Edwin J. Weinstein^a & Phillip K. Au^a, American Journal of Clinical Hypnosis, Volume 34, Issue 1, 1991 pages 29-37.***Errore. Il segnalibro non è definito.**

22. *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. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 83(5), Oct 1974, 561-568.**Errore. Il segnalibro non è definito.**

23. *Rapid Hypno-Behavioral Treatment of a Needle Phobia in a Five-Year-Old Cardiac Patient. J. Pediatr. Psychol.* (1981) 6 (1): 37-42. doi: 10.1093/jpepsy/6.1.37 ,Jerry Dash,University of Southern California School of Medicine and Childrens Hospital of Los Angeles, All correspondence should be sent to Jerry Dash, Ph.D., Psychosocial Program, Division of Hematology-Oncology, Children's Hospital of Los Angeles, 4650 Sunset Boulevard, Los Angeles, California 90027...**Errore. Il segnalibro non è definito.**

LA GESTIONE DELL'ANSIA NEL PAZIENTE DURANTE LA PROCEDURA DI ABLAZIONE

Ho scelto di affrontare l'argomento della comunicazione ipnotica nel paziente sottoposto alla procedura di ablazione delle aritmie cardiache, in quanto sono rimasta affascinata da questa nuova tecnica che ne permette l'esecuzione senza l'uso della sedazione farmacologica che spesso può ostacolare un attento studio elettrofisiologico rallentando e mascherando l'iter diagnostico. Si tratta di un metodo semplice ed efficace che impiega una varietà di elementi, metafore e l'utilizzo di un canale comunicativo adeguato al soggetto per favorire il rilassamento, l'immaginazione e le suggestioni post-ipnotiche. Malgrado la mia lunga esperienza lavorativa in cardiologia, mi sono spesso trovata limitata a soddisfare i bisogni del paziente. In molte circostanze il trattamento terapeutico ed assistenziale non era adeguato, di conseguenza un aumento dello stato di ansia, paura, disagio e sofferenza dei pazienti era molto evidente. Ho sempre cercato di assistere il paziente con tanta precisione e determinazione e il mio carattere un po' chiuso e introverso mi ha permesso di sviluppare una relazione mirata sull'osservazione dando sì importanza a ciò che mi veniva chiesto ma soprattutto a come mi veniva chiesto, rispettando anche il silenzio.

Col tempo i mio sentirmi limitata nella capacità di dare risposte al bisogno del paziente aumentava e così anche la mia insoddisfazione lavorativa fino a sentirmi "disarmata", priva di strumenti, a domandarmi se ciò che "davo " al paziente era realmente quello che lui si aspettava, o semplicemente era efficace nel rispondere al bisogno assistenziale, quest'analisi introspettiva mi ha fino a convinto che la vera relazione è basata su una profonda e sincera collaborazione al fine di raggiungere gli obiettivi personali del paziente; per questo è necessario instaurare un accordo terapeutico al fine di ottenere un'accettazione condivisa dell'obiettivo. Grazie al corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica ho acquisito le conoscenze e le modalità che mi aiuteranno, e mi stanno aiutando, a soddisfare i "veri bisogni" del paziente. Il mio primo incarico, subito dopo aver conseguito il diploma, fu l'assistenza al paziente ricoverato nella rianimazione del Giovanni Bosco. Rinunciai ben presto spaventata, non tanto dalle continue prestazioni cliniche che avrei dovuto dare, ma dal non potermi mettere in relazione con un paziente che era completamente sedato. Continuai la mia esperienza lavorativa all'ospedale Evangelico Valdese presso il servizio di chirurgia generale dove mi era più facile raggiungere l'obiettivo di riduzione/eliminazione del dolore post-operatorio. Mi trasferii presso l'ospedale Molinette nel reparto di gastroenterologia dove con fatica riuscii ad

entrare in relazione con il paziente che aveva caratteristiche e bisogni espressi in modo diverso dai pazienti che avevo conosciuto, un paziente diverso dagli altri, non sempre mi era chiaro ciò che il paziente mi chiedeva a causa dell' encefalopatia da iperammoniemia. Il mio obiettivo era quello di accompagnarlo in un lungo cammino di attesa di un ipotetico trapianto, sostenendolo nei momenti peggiori di rabbia e sconforto senza mai abbandonarlo nemmeno durante l'evento acuto di sanguinamento delle varici esofagee, momento in cui il paziente diventava violento e pericoloso. Mi trasferii all'ospedale Maria Vittoria per avvicinarmi al mio domicilio, sempre nel reparto di gastroenterologia. Notai una grande differenza assistenziale: il paziente ricoverato presso la G.E.L. dell'ospedale Molinette era continuamente "bombardato" da trattamenti terapeutici e diagnostici che spesso il paziente non gradiva e l'incremento del suo stato d'ansia e angoscia era decisamente aumentato. Diverso era il trattamento verso i pazienti ricoverati nella G.E.L. del Maria Vittoria: la terapia fornita al paziente epatopatico era minima e di sostegno, non certo invasiva, e il paziente si presentava più sereno, in generale offrivano una medicina palliativa. Purtroppo lo stesso trattamento veniva fornito anche a pazienti giovani che, a parer mio, meritavano tutt'altro che un "accompagnamento alla morte". Questo mio personale pensiero rispetto all'opportunità di essere più

o menointerventisti mi portava a riflettere su quale atteggiamento poteva essere più opportuno avere con i pazienti, La morte improvvisa di un paziente di 45 anni per ulcera gastrica sanguinante mi colse disarmata, saper stare con un paziente che muore è un percorso lungo di crescita, all'epoca non avevo maturato strumenti necessari a trovare un senso e quest'episodio fu motivo di "fuga" da quell'ospedale.

Tornai così, dopo otto mesi, all'ospedale Molinette, dove tutt'oggi presto servizio nella cardiologia universitaria. Quindici anni di assistenza in corsia e in unità coronarica mi hanno regalato molta soddisfazione lavorativa sostenendomi anche nei momenti più critici. Ricordo vivamente il ricovero di una paziente di 40 anni presso la nostra unità coronarica trasferita dall'ospedale maria vittoria con diagnosi di scompenso cardiaco. All'ingresso la paziente si presentava molto astenica, polipnoica, con problemi diffusi e ascite, la diagnosi fu ben presto fatta, la grave cardiomiopatia degenerativa e la compresenza di disfunzione renale, e epatica la esclusero dalla lista "trapianto", Antonella aveva uno sguardo terrorizzato, parlava poco e soprattutto non voleva essere aiutata nelle cure igieniche nemmeno da sua madre. Nonostante l'avessero catalogata come "paziente terminale"(nemmeno fosse una parte del computer), l'iter diagnostico-terapeutico diventò sempre più elevato. Dopo un mese circa anche le

funzioni neurologiche furono compromesse, e arrivò anche la diagnosi di coma neurologico. Da una parte ero sollevata nel vedere Antonella priva di coscienza, ma i suoi occhi rimanevano sempre completamente aperti, giorno e notte e mi trasmettevano angoscia, attraverso quegli occhi capivo che una parte di lei era consapevole e forse stava sperimentando una grande sofferenza, finché un giorno ne ebbi la conferma. Durante le cure igieniche, girando Antonella su di fianco, mi sentii afferrare dalle sue mani con tanta forza. Riferii al medico l'accaduto e lo sollecitai ad impostare una terapia antalgica appropriata considerando la presenza di questo riflesso che se pur solo riflesso neurologico indicava una reazione agli stimoli. La collega della terapia antalgica fece alcune domande ad Antonella chiedendole di stringere la sua mano per una risposta affermativa. Antonella soffriva e chiese di essere aiutata a "morire" senza soffrire, le scese una lacrima e lo stesso accadde alla collega che immediatamente suggerì la sospensione della terapia infusione attiva e l'indicazione al trattamento del dolore con elastomero di morfina. Antonella dopo due giorni finalmente poté riposare con gli occhi e li chiuse e dopo dieci giorni morì. Questa storia insieme a tante altre di un percorso di vita per se pur per un breve tratto ho condiviso con i miei pazienti, mi hanno fatto riflettere sul mio personale bisogno di avere risposte da dare al paziente che vive un momento di particolare

difficoltà, e da queste esperienze è scaturita la mia ricerca nell'acquisire competenze per gestire al meglio la relazione assistenziale con il paziente. Il mio percorso lavorativo nel tempo si è evoluto e da circa sei anni lavoro nella sala di emodinamica e di elettrofisiologia, dove i pazienti eseguono procedure diagnostiche/interventistiche impegnative sotto molti punti di vista, sia emotivi che fisici. Queste procedure invasive hanno una durata di tempo che varia dai 30 minuti alle sei ore. L'entrare in sala viene vissuta dalla maggior parte dei pazienti con molta ansia e paura e spesso le procedure che devono affrontare non sono a loro ben chiare. Il preconcetto e il pregiudizio su quanto potrebbero vivere sia emotivamente che fisicamente sono condizioni limitanti che portano il paziente ad esasperare le sensazioni, spesso hanno difficoltà anche solo a mantenere la posizione ferma e a volte si lamentano aumentando la percezione dolorosa anche per situazioni minime come staccare un cerotto. Gli operatori mirano l'accoglienza ad un ascolto e osservazione del paziente per comprendere qual è il suo bisogno per fornire informazioni che possano chiarire meglio le procedure, ciò nonostante nella nostra esperienza il racconto del vissuto intraoperatorio da parte dei pazienti è pieno di ansia e angoscia e la collaborazione da parte loro viene meno soprattutto nelle procedure di lunga durata.

Da parte mia l'insuccesso nel rasserenare i pazienti, e

l'incapacità di gestire momenti difficili, nel tempo, sono diventati motivo di frustrazione ed è proprio per questo che avendo saputo della possibilità di avere una competenza proprio nella gestione di queste situazioni che mi hanno accompagnato in modo fallimentare nel mio percorso professionale che ho deciso di partecipare al corso d'ipnosi per poter attuare un nuovo modo di dare assistenza consapevole che questo può fare la differenza nel vissuto del paziente. Poter gestire l'ansia del paziente sottoposto alla procedura di ablazione delle aritmie cardiache, è l'obbiettivo che mi sono preposta quando mi sono iscritta al corso, ma ne ho ricavato molto di più.

IPNOSI

L'ipnosi è un fenomeno psicosomatico che coinvolge, sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto, è una condizione particolare del funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni sia fisiche, sia psichiche e sia di comportamento. L'ipnosi è:

- la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata, una condizione biologica, un naturale altro stato di coscienza, uno stato dinamico che grazie alla relazione che intercorre tra ipnotista e ipnotizzato permette la realizzazione del monoideismo plastico.

L'ipnosi è una condizione di modificazione guidata, ma pur sempre naturale dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici tanto da considerarla l'anello di congiunzione tra mente e corpo

Questa condizione può essere descritta come stato diverso dal sonno e dalla veglia, che si realizza in uno stato di coscienza dinamico denominato "trance".

Nello stato di coscienza modificato è possibile per il soggetto realizzare le suggestioni che l'ipnotista gli dà.

Fondamentale il rapporto interpersonale tra operatore e soggetto: deve essere tale da consentire una chiara comunicazione e devono essere attivate tecniche che orientino l'attenzione del soggetto all'obiettivo da raggiungere.

Distaccarsi dall'esperienza ansiogena da procedura focalizzando l'attenzione in pensieri immagini che siano tranquillizzanti, aumentare la capacità dell'autocontrollo attraverso la sperimentazione di immagini positive riduce l'ansia.

LA CONDIZIONE DI IPNOSI È CARATTERIZZA DA:

- Modificazione aspetto fisico
- Coscienza modificata
- Fenomeni fisici evidenti

La realizzazione delle suggestioni avviene secondo le capacità intrinseche del soggetto, e vengono date utilizzando la comunicazione verbale ma anche non verbale sottolineando alcuni passaggi con gesti che in ipnosi si definiscono i “passi”. Il Soggetto realizza le suggestioni solo se sono in linea con il contratto terapeutico, con la sua morale, e con le sue capacità d’organo o d’apparato. Le suggestioni vengono date in modo da attivare capacità sensoriali- percettive potendo modificare la percezione della realtà. Le emozioni che accompagnano il vissuto di queste esperienze sono spesso vissute in modo amplificato, così suggestioni di benessere, di luoghi sicuri in cui rifugiarsi, di maggiore controllo e distacco, di grande gioia, calma, ecc vengono poi sperimentate sia emotivamente come esperienza sia fisicamente con un cambiamento evidente della risposta fisica.

La suggestione fa emergere immagini, che richiamano sensazioni ricordate, già sperimentate o che si è in grado di richiamare e rivivere. La realizzazione delle suggestioni riattiva le energie psicofisiche ad esse collegate.

Nella condizione di trance ipnotica l' individuo ascolta il corpo, ascolta lo spirito, ascolta le informazioni fornite dal subconscio, riceve le informazioni dall' ipnotista, che funge come aiuto per il raggiungimento degli scopi prefissi.

La mente umana ha facoltà e capacità straordinarie, con l'ipnosi un individuo riesce ad acquisire quelle facoltà e capacità che necessitano per il raggiungimento dei propri obiettivi, con l'ipnosi un individuo riesca ad ottenere quel maggiore controllo su se stesso che gli permette di poter essere l'artefice dei suoi cambiamenti, mettendo nei ricordi il tempo in cui le emozioni e comportamenti limitanti erano in balia del puro caso.

Le procedure interventistiche cardiologiche sono interventi chirurgici invasivi e sono eseguiti mediante la somministrazione di anestesia locale. Durante queste procedure la collaborazione del paziente è di fondamentale importanza. I pazienti riferiscono nella maggior parte dei casi sentimenti di paura, stress e ansia. Spesso il dolore peri procedurale richiede la somministrazione endovenosa di sedativi o agenti narcotici. L'uso di queste sostanze, se pur gestito con l'opportuna attenzione, è comunque legato al rischio di effetti collaterali quali ipossia, delirio, depressione cardiovascolare.

ABLAZIONE

L'ablazione è una procedura non-chirurgica e come molte procedure cardiache interventistiche moderne non richiede alcun "taglio" chirurgico nel torace. È una procedura relativamente miniinvasiva che richiede l'inserimento di elettrocateteri per via percutanea attraverso le vene femorali (a volte anche arterie femorali) vengono posizionati in atrio destro e sinistro. Piccoli elettrodi alla punta del catetere registrano i segnali elettrici e si eseguono numerose misure dando una stimolazione elettrica al miocardio. Si inizia così un attento studio elettrofisiologico mirato ad individuare la zona che causa il problema elettrico. Questa fase della procedura non è dolorosa ma può essere molto fastidiosa e

un aumento della tensione muscolare del paziente è spesso inevitabile, la durata varia da 30 minuti fino ad arrivare anche a 2 ore immobili nella stessa posizione. Una volta localizzata la zona che causa il problema elettrico, una forma di energia è usata per distruggere una piccola quantità di tessuto e quindi terminare l'anomalia. L'energia solitamente impiegata è la RADIOFREQUENZA che cauterizza i tessuti e la CRIOABLAZIONE (congelamento dei tessuti). L'ablazione transcatetere con radiofrequenza viene maggiormente usata per il trattamento della fibrillazione atriale e l'energia erogata è di 30/40 watt. La crioablazione viene usata maggiormente nel trattamento della tachicardia nodale da rientro (AVNRT) e della sindrome di Wolff Parkinson White (WAW). Durante la procedura viene impiegato il protossido di azoto come refrigerante liquido raggiungendo temperature tra i -60°/70° necessari per la necrosi del tessuto.

APPROCCIO PRE-PROCEDURALE

L'accoglienza del paziente avviene nella pre-sala, dopo gli accertamenti anagrafici il controllo della presenza in cartella clinica dei vari esami ematochimici, della risonanza magnetica o TAC cardiaca, del consenso informato. Si invita il paziente ad entrare in sala e si accompagna nel letto operatorio, dove deve inizialmente rimanere seduto almeno per 20 minuti per l'applicazione dei vari PACTH/ELETTRODI e i vari collegamenti elettro-magnetici. Ha qui inizio il primo approccio comunicativo, si instaura la

relazione terapeutico-assistenziale e si rilevano i contenuti della comunicazione : che sono

- LA NOTIZIA (informazioni,fatti,opinioni)
- L'APPELLO (cosa la persona sta chiedendo al di là delle parole)
- IL LINGUAGGIO (le parole utilizzate che rivelano i canali comunicativi)
- L'AUTORAPPRESENTAZIONE (il modo in cui la persona si vede,si percepisce)
- LA RELAZIONE (come la persona percepisce chi gli sta di fronte e come sta vivendo la situazione)

APPROCCIO INTRAPROCEDURALE

Terminata l'applicazione dei vari elettrodi nel dorso e i vari collegamenti, si invita il paziente a coricarsi e ad assumere una posizione a lui più comoda, e si prosegue con l'applicazione di altri elettrodi sul torace per completare la monitorizzazione. Si procede alla disinfezione della zona inguinale, per l'incanulamento delle vene femorali, e del

torace, per un'eventuale pericardiocentesi urgente; prima di coprire il paziente con un telo sterile è necessario bloccare le braccia, sia perchè il lettino è stretto sia per un'eventuale cardioversione elettrica. Questa è la fase in cui il paziente manifesta maggiormente i segni di agitazione e spesso la comparsa di brividi involontari persiste finchè si incanulano le vene femorali. Questo è il momento ideale per creare una RELAZIONE TERAPEUTICA:

- continuare ad ascoltare il paziente
- scegliere l'approccio induttivo migliore
- dare fiducia e abbassare la critica
- guidare
- richieste specifiche (attenzione focalizzata, compiti, sguardo e contatto)
- motivare (ordini semplici, possibili e motivati)

Il momento che precede l'incanulamento delle vene femorali è caratterizzato dalla contrattura muscolare inevitabile del paziente (paura del dolore)

è necessario in questa fase mettere in atto le tecniche d'induzione e il RICALCO:

- Identificare le aspettative del paziente
- Capire il suo stato d'animo

- Convincerlo a fare piccoli passi nella direzione che gli indichiamo
- Porre l'accento sulle risposte evidenti e sui movimenti positivi
- Imitare anche fisicamente il paziente (nel respiro, nel tono di voce,..)

L'inserimento degli elettrocateri endocavitari in genere non dà disturbo al paziente nè tantomeno la lunga fase di studio elettrofisiologico, ma è necessario che rimanga fermo immobile e non faccia respiri profondi o abbia tremori per evitare una perdita del segnale elettrico. In questa fase Può essere utile la persistenza ripetitiva di poche parole “rimanga fermo e tranquillo come una statua, come una statua, immobile come una statua...” con l'utilizzo di metafore e le rassicurazioni indirette (ricordandogli quanto lui sia potente e gli operatori molto competenti). La fase di ablazione richiede un'ulteriore immobilità, una respirazione ritmica e superficiale, la comparsa del dolore più o meno intenso a volte ne ostacola il mantenimento. Occorre far focalizzare l'attenzione del paziente e mettere in atto suggestioni, immagini e ricordi positivi. In alcune situazioni l'utilizzo di farmaci analgesici e miorilassanti è richiesto. Al termine della procedura si verifica il vissuto del paziente e ci assicuriamo del suo benessere.

ATTUAZIONE DELLE COMPETENZE ACQUISITE

Terminato il corso si "comunicazione ipnotica" voluto fin da subito mettere in atto le conoscenze acquisite. Modificare il

mio linguaggio non è stato semplice e inizialmente le mie pause di silenzio erano frequenti, non volontarie ma perché è difficile sperimentarsi in un linguaggio consapevole, il contrasto fra la comunicazione spontanea che instauravo con i pazienti e il nuovo approccio comunicativo era evidente ed erano evidenti anche i risultati. Ho impostato così una scheda di comunicazione ipnotica che mi ha aiutata a rilevare i bisogni del paziente, raggiungere gli obiettivi e dare una valutazione finale.

CASI CLINICI

DATI ANAMNESTICI

Paziente di 54 anni, ucraino, affetto da ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità, Fibrillazione Atriale persistente dal 2008.

ACCOGLIENZA/RELAZIONE

Paziente ucraino, non completa acquisizione della lingua italiana (vive in Italia da otto anni), di nome Gregorick, attualmente decoratore, hobby preferito: sci (non praticato più da dieci anni). Entrando in sala il paziente si presenta apparentemente deciso e fiducioso, ma cammina velocemente e con passo pesante. Lo accolgo presentandomi e chiamandolo per nome, lo invito a seguirmi. Appoggio la mia mano sulla sua spalla mentre cammina per ricalcarlo e poi rallentare il passo attivando una prima comunicazione non verbale di calma e lo faccio accomodare sul lettino.

ORDINI: Chiedo di mantenere la posizione seduta, la schiena ben eretta per procedere all'applicazione dei vari patch ed elettrodi.

CONTRATTO TERAPEUTICO: Il paziente mi domanda se la procedura sarà veloce ed esprime il desiderio che finisca tutto in fretta; puntualizzo che durante la procedura è molto importante rimanere fermi e mantenere il respiro costante e superficiale, per evitare di perdere il segnale

elettrocardiografico dei cateteri e riducendo così i tempi procedurali.

ORDINI: Chiedo di distendersi sul lettino e di sentire poggiare bene tutte le parti del suo corpo, lo invito a respirare cercando di non muovere molto il torace. Il paziente cerca di controllare l'ampiezza del torace ma non gli riesce nonostante abbia chiuso da solo gli occhi; gli consiglio di stringere le mani ad ogni inspirazione e di aprirle ad ogni espirazione e con suggestioni non verbali accompagno il movimento delle sue spalle appoggiando le mie mani in modo da imprimere un ritmo respiratorio più regolare e calmo. Il paziente non percepisce nessun dolore durante l'incanulamento delle vene femorali e l'inserimento degli elettrocateteri endocavitari.

Più volte il paziente mi ha chiesto quanto tempo occorre alla fine della procedura e ho dovuto sollecitarlo a rimanere fermo e focalizzare l'attenzione sul respiro, quando la collaborazione del paziente non era più necessaria ho continuato con la tecnica induttiva e quando si è verificato lo stato di trance ipnotica ho iniziato a dare suggestioni che potessero aiutarlo a vivere meglio il tempo che doveva ancora trascorrere, gli ho suggerito di immaginare la montagna e ricordare le giornate dedicate allo sci e di sentire bene l'aria che entrava dal naso e di percepirla così fresca da non poter fare respiri profondi ma superficiali. Al

monitor si rileva una pressione arteriosa basale di 180/120, a mezz'ora dall'inizio della procedura si riduce a 150/90 e il paziente è molto collaborante. Mantiene un ottimo controllo del suo corpo e del respiro. Alla notizia dell'ablazione imminente, data dal medico, si nota un rialzo della PAO. Durante l'ablazione il paziente riorienta la coscienza alla sala operatoria e all'esame anche perché sollecitato dal medico, riferisce bruciore retrosternale intenso, lo sollecito a concentrarsi nuovamente sulla sua capacità di controllare il respiro e ottenendo nuovamente lo stato di trance gli chiedo di immaginare di avere sul punto dolente del ghiaccio che raffredda il bruciore e mentre il ghiaccio si scioglie il bruciore svanisce. Nel frattempo l'anestesista decide di praticare del midozolam EV 1 mg (nonostante il paziente non sia per nulla agitato ma sofferente) e del fentanest 1/2 fl (a parer mio dosaggio sottostimato per un paziente di 110 kg). Continuo a parlare con il paziente sollecitandolo a controllare il respiro e immaginare una condizione in cui lui aveva il pieno controllo, mi segue e mi segnala il suo stato di benessere.

DATI ANAMNESTICI

Paziente di 75 anni dislipidemico, gastrite cronica,

Insufficienza Renale Cronica, sintomatico sin da giovane per cardiopolmonite (TPSV), dal 2006 Fibrillazione Atriale parossistica con crisi regolari.

ACCOGLIENZA/RELAZIONE

Lo accolgo chiedendogli se è proprio lui il Sig. Fulvio complimentandomi per la sua età, in modo scherzoso gli propongo la cuffia (corona) e i calzari (scarpette di cristallo) e lo accompagno in sala. Si presenta sereno e determinato, VISIVO +++, CENESTETICO +, critica molto bassa. Comunica piena fiducia nella procedura e verso gli operatori. Puntualizza la sua decisione di eseguire l'ablazione solo perchè indicata dal suo medico (buona convivenza con la fibrillazione atriale). Entrando in sala lo invito a salire sul lettino e sedersi, ma Fulvio mi chiede subito se può coricarsi (l'entrata in sala lo ha allontanato dal mio ascolto e ha fatto focalizzare l'attenzione sulla sala). Appoggiando le mie mani sulle sue spalle gli chiedo di rimanere seduto per qualche minuto e di mettersi comodo, di appoggiare le sue mani sulle gambe e sentire il calore e la pressione sugli arti inferiori. Coricandosi sul lettino Fulvio mi chiede se può rimanere con le gambe aperte e io gli rispondo: "assolutamente sì, purchè lei sia comodo". Qualche secondo dopo si nota la distensione e il rilassamento delle gambe, il paziente ci comunica che ha piena fiducia in noi. La procedura procede con una buona

collaborazione del paziente fino alla fase di ablazione. Molto sintomatico per dolore al petto, l'anestesista inizia l'infusione di fentanest. Il paziente lamenta ancora dolore anche se tollerabile, lo sollecito a concentrare l'attenzione sul respiro e a pensare a qualcosa di piacevole. Al ricordo della sua famiglia si rileva un aumento della PAO, allora gli chiedo di immaginare un luogo che gli metta serenità mettendone in risalto i colori. Durante l'ultima fase dell'ablazione il paziente continua a parlare del suo giardino, rappresentandomi i particolari e i lavori che quotidianamente svolge. Mantiene un buon controllo del corpo e con occhi chiusi e un sorriso sulle labbra mi dice: "la cosa bella è che tanto fra un po' il dolore sparirà".

DATI ANAMNESTICI

Paziente del '56, riscontro di FA nel 2009 diabetico con polineuropatia e insufficienza venosa.

ACCOGLIENZA/RELAZIONE

Mi presento al paziente chiamandolo per nome, con un sorriso mi risponde: "sì, sono proprio io e sono già stato sottoposto ad un'ablazione a Milano e ho passato tre ore d'inferno". "capisco", rispondo, "qui siamo molto attenti a

controllare il dolore e faremo in modo che lei questa volta rimanga soddisfatto della procedura, vedrà sarà diverso". Lo informo che un buon rilassamento muscolare faciliterà la tolleranza al dolore e potenzierà l'azione dei farmaci analgesici. Lo accompagno in sala tenendolo sotto braccio e assecondando il suo passo lento (paziente affetto da neuropatia), esprime il desiderio che tutto finisca in fretta. All'inizio della procedura il paziente ha un ottimo controllo della respirazione diaframmatica, gli occhi sono molto arrossati, scarso controllo sugli arti inferiori a causa della polineuropatia. Invito il paziente ad immaginare un posto sicuro. Durante l'incanulamento delle vene femorali il paziente non avverte dolore ma sente toccare. Durante l'ablazione si inizia l'infusione di fentanest. Al termine della procedura chiedo al paziente se siamo stati veloci e valuto il suo stato di benessere, il paziente esclama: "sono passate tre ore? Non me ne sono accorto, bravi! Merito vostro".

DATI ANAMNESTICI

Paziente di 57 anni, riscontro di FA nel 2007, stenosi vena polmonare, stenosi aortica, moderata 2011 prima ablazione presso l'ospedale mauriziano.

ACCOGLIENZA/RELAZIONE

Paziente con esperienza precedente negativa all'ospedale mauriziano dove viene sottoposto alla prima ablazione. Prima di entrare in sala ascolto la paziente rimanendo in silenzio per circa 20 minuti: "la volta scorsa non sono stata informata, non mi hanno fatto nemmeno l'anestesia e ho avuto molto male agli inguini". Nessuna relazione con gli operatori (paziente cenestetica +++ con alta critica). La interrompo e mettendo il mio braccio sotto al suo le dico: "venga con me, si accorgerà che qui sarà tutto diverso". La paziente gradisce la temperatura della sala e puntualizza che non tollera l'aria condizionata a causa della sua rinite cronica. Durante la monitorizzazione, la paziente continua a darmi informazioni negative della precedente ablazione e a farmi tante domande: chi è il medico? Mi farà l'anestesia spero. Che tipo di anestesia?... La rassicuro: presentandole tutti gli operatori presenti nella sala, elogiandone la professionalità e la sensibilità, mostrandole le varie apparecchiature e dicendole che è tutto sotto controllo. All'inizio della procedura le chiedo di guardare un punto fisso del monitor e di concentrarsi sul respiro e di percepire l'aria calda che entra ed esce. Stupita di non aver avvertito alcun dolore durante l'incanulamento delle vene femorali la paziente si rilassa e mantiene una buona collaborazione fino alla fine della procedura.

CONCLUSIONI

Con la comunicazione ipnotica è possibile favorire la rassicurazione, la tranquillità, e un aumento della collaborazione alla cura oltre che una diminuzione della percezione dolorosa. L'individuo vive l'esperienza in modo modificato e, grazie alla guida attenta di un ipnotista, solitamente riesce a migliorare la capacità di autocontrollo a livelli non possibili con la sola volontà. Proprio questa eccezionale capacità di controllo permette al paziente di rimanere fermo immobile durante la procedura e ridurre notevolmente la percezione del dolore fino all'analgesia (è possibile però fare completamente a meno degli anestetici locali solo nel 20 % della popolazione, per gli altri si può ridurre la dose dei farmaci necessari al controllo del dolore ed evitare completamente l'utilizzo di farmaci per la sedazione).

Nella mia esperienza le persone che hanno beneficiato della comunicazione ipnotica durante l'intervento, pur non usando farmaci ansiolitici, hanno dichiarato di provare una piacevole sensazione di calma e benessere durante la procedura, di non aver provato dolore (anche se la necessità di utilizzare l'anestetico locale è stata di dose notevolmente ridotta) o di essere stata in grado di controllarlo bene e l'operatore ha dichiarato di lavorare con maggiore tranquillità grazie alla collaborazione del paziente nel riuscire a rimanere immobile e rilassato durante la procedura. L'ipnosi assume, pertanto, un grande valore, perché permette il coinvolgimento attivo della persona nel suo progetto di cura, favorendo la percezione di poter riacquistare il controllo sulla propria vita.

Il Mio cammino nella conoscenza e applicazione della comunicazione ipnotica è appena cominciato, ma già i primi risultati mi hanno dato la possibilità di capire che questa conoscenza mi permette di dare risposta alla sofferenza con cui ho a che fare quotidianamente e la competenza nella gestione della relazione per guidare il paziente in modo adeguato durante la procedura è stata la risposta che cercavo rispetto alla possibilità di agire autonomamente e con efficacia nell'assistenza al paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. *Società Italiana di Psicoterapia SIPSICO, 2009. Felice Perussia, Manuale di ipnosi, edizioni unicopli 2011.*
2. *trattato di ipnosi volume primo ed UTET pag36.*
3. *trattato di ipnosi volume primo ed UTET pag43-47.*
4. *ipnosi ed autoipnosi: percorso pratico-esperienziale ad orientamento Ericksoniano.*
5. *Franco Granone, trattato di ipnosi, Edizione Utet, Vol 1, pag 268-289.*
6. *Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. J Behav Med 2006; 29:95-124.*
7. *Pain and hits treatment in out patients with metastatic cancer CS Cleeland England Journal of 1994 Mass Medical Soc.*
8. *Pain in infants, children, and adolescents, NL Schechter, CB Berde, M Yaster- 2003.*
9. *Franco Granone, trattato di ipnosi vol 1 rassegna storica e critica su i danni e vantaggi dell'ipnosi terapia pag.19.*
10. *www.wikipedia.org – ipnosi e storia.*
11. *Manuale di Ipnosi” di Felice Perussia.*
12. *Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. Montgomery GH, Weltz CR, Seltz M, Bovbjerg DH. Ruttenberg Cancer Center, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY 10029-6574, USA.*
13. *A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, Schechter C, Graff-Zivin J, Tatrow K, Price DD, Silverstein JH. Department of Oncological Sciences, Mount Sinai School of Medicine, Box 1130, Gustave L. Levy, Place, New York, NY 10029-6574, USA.*