

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

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA E SPERIMENTALE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
ANNO 2013

ESPERIENZE DI
COMUNICAZIONE IPNOTICA
IN UN DAY HOSPITAL DI MEDICINA

CANDIDATO *Bice Properzi*

RELATORE Dott.ssa *Filomena Muro*

CONTRORELATORE DOTT. A.M. LAPENTA

PREMESSA	2
INTRODUZIONE	4
RICERCHE E STUDI di RIFERIMENTO.....	7
STUDI OSSERVAZIONALI.....	11
ELABORAZIONE STATISTICA	24
ALCUNE ESPERIENZE PARTICOLARI	31
CONCLUSIONI	43
Biblio-sitografia	47

PREMESSA

Il primo approccio alla materia ipnosi è stato grazie alla curiosità scaturita dopo aver frequentato un corso aziendale di formazione, di tipo residenziale, dal titolo: “LA GESTIONE DEL DOLORE E DELL’ANSIA DA PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE CON L’IPNOSI MEDICA”.

Quell’incontro fu “amore a prima vista”.

Nei successivi due anni, alla semplice curiosità iniziale si è aggiunta la convinzione che questa disciplina potesse essere un valido strumento utilizzabile nella pratica clinica ed assistenziale.

Il Piano regionale 2012-2015 (2.4 Le risorse umane) recita:

“La risorsa umana, che nei servizi alla persona riveste una prioritaria importanza, rappresenta il capitale più rilevante del sistema socio sanitario piemontese. L’adeguata valorizzazione delle risorse umane che operano nel sistema, sia sotto l’aspetto professionale che motivazionale ed economico, è essenziale per il successo delle politiche sanitarie regionali e le spese per lo

sviluppo di tali risorse non possono essere valutate solo come costi ma devono essere considerate a tutti gli effetti quali investimenti.”

L'interesse iniziale è stato poi il motore che mi ha spinto ad approfondire questa materia.

Il dubbio era però quello di non riuscire ad utilizzare nella pratica assistenziale quotidiana quanto appreso.

Continuando con la formazione, e conoscendo persone che applicano la comunicazione ipnotica in modo sistematico, ho potuto rendermi conto dell'enorme potenziale e delle opportunità di utilizzo.

Mi sono accorta di quanto siano aumentate le mie possibilità di gestire situazioni problematiche del paziente, quali: ansia, dolore, paura, in relazione a procedure diagnostico-terapeutiche ma non solo.

Situazioni che, in altre circostanze, avrei affrontato con minor sicurezza e senza raggiungere gli stessi risultati.

INTRODUZIONE

L'ipnosi ci dà la possibilità di indurre uno stato modificato di coscienza attraverso la focalizzazione dell'attenzione fino ad ottenere un monoideismo plastico, cioè la creazione di un'immagine così forte da essere in grado di produrre effetti reali a livello psichico e fisico, con modificazioni anche a carico del sistema nervoso autonomo. Perché questa condizione si realizzi, è determinante il rapporto di fiducia tra operatore e paziente. La comunicazione che viene utilizzata abitualmente nella normale relazione interpersonale e terapeutica con i pazienti, può essere gestita meglio se si è consapevoli della potenza di tale strumento. L'accurata scelta della terminologia, l'approccio non verbale coerente, l'attenzione ai segnali inconsci, consentono di raggiungere risultati efficaci ed a volte sorprendenti. Grazie alla relazione che si instaura con i pazienti, è possibile influire sul vissuto che questi hanno del percorso terapeutico, inconsapevolmente in senso negativo, ma in senso positivo se appunto si ha padronanza dei meccanismi della comunicazione ipnotica.

La comunicazione ipnotica può essere utilizzata in qualsiasi ambito di cura. Permette di ottenere risultati in tempi spesso molto brevi ed in condizioni

apparentemente proibitive. La presenza di altre persone, rumori, elementi vari di disturbo possono addirittura essere usati a vantaggio, ad esempio per focalizzare l'attenzione sull'esterno del corpo. Lo stesso principio vale per la posizione che il paziente deve assumere: spesso è una postura obbligata legata alla procedura, alle condizioni ambientali in cui ci si trova ad operare, alle problematiche della persona assistita.

È inoltre opportuno tenere in giusta considerazione potenziali timori e ansie manifestati in modo più o meno evidente dal paziente, spesso preoccupato di non saper affrontare manovre e procedure spiacevoli, dolorose, o vissute come tali. Ciò è reso possibile dal bisogno vissuto dal paziente in un contesto di tipo più clinico e procedurale. In queste situazioni, l'aspettativa del paziente la motivazione e la necessità di una gestione tempestiva ed efficace dei problemi sono diversi dal setting psicoterapeutico.

Con l'utilizzo della comunicazione ipnotica si può rendere il paziente più conscio delle proprie potenzialità, favorendo quindi la sua partecipazione attiva e consapevole al percorso di diagnosi e/o cura.

Lo stato ipnotico è una condizione naturale che tutti sperimentiamo varie volte al giorno. In campo clinico, l'ipnosi può essere utilizzata per ridurre do-

lore, ansia e stress correlati a situazioni particolari, a patologie o a procedure interventistiche.

La comunicazione ipnotica permette di generare nei pazienti uno stato di rilassamento fisico e mentale. Un aspetto rilevante è dato dalla possibilità di lasciare un ancoraggio, che consente al paziente di rientrare in quella condizione di benessere sperimentata e verificata in corso di trance ipnotica (autoipnosi). La tecnica dell'autoipnosi offre al paziente l'opportunità di ottenere in autonomia lo stato di rilassamento o di controllo del dolore, o altro, con un'efficacia che aumenta nel tempo semplicemente grazie all'utilizzo della tecnica.

RICERCHE E STUDI di RIFERIMENTO

Una delle applicazioni promettenti delle tecniche ipnotiche riguarda il campo del dolore cronico, sintomo che può essere legato ad una molteplicità di condizioni mediche.¹

Uno studio del 2009, condotto da ricercatori dell'università di Washington e Miami, ha dimostrato come l'ipnosi sia in grado di abbassare il livello di dolore percepito dai pazienti, sia nell'immediato, sia in modo stabile nel tempo.

Un altro studio mette a confronto un gruppo di pazienti sottoposti a cure standard per gravi ed estese ustioni con un gruppo che a queste aggiungeva degli interventi ipnotici per il controllo del dolore. In quest'ultimo gruppo è stato osservato un più rapido miglioramento dal punto di vista fisico, con riduzione del dolore, migliorata efficacia dei farmaci, minor necessità di ricorso ad anestesie generali, e, dal punto di vista psichico, con notevoli riduzioni dei livelli di ansia, soprattutto all'approssimarsi delle terapie fisiche, minor livello di depressione e aumento della sensazione di benessere. Notevole

¹ Ehde DM, Jensen MP, Engel JM, Turner JA, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain secondary to disability: A review. *Clinical journal of pain.* 2003;19:3-17

inoltre il fatto che i pazienti nel gruppo d'ipnosi andavano incontro a guarigioni più rapide e consideravano quasi piacevoli terapie fisiche che ai partecipanti del gruppo di controllo provocavano forti stati d'ansia.²

Un'altra sindrome dolorosa comune è il mal di testa ricorrente. Anche in questo caso l'ipnosi è risultata estremamente efficace, come dimostra una ricerca del 2010. Il dolore ha anche conseguenze sulla concentrazione, sullo svolgimento di attività. Uno studio condotto presso l'università di Minneapolis ha esaminato gli effetti dell'autoipnosi per il trattamento di questa condizione, verificando che, in seguito all'intervento ipnotico, i pazienti hanno riportato un sollievo dal dolore sia in termini di frequenza, che di intensità, che di durata. Inoltre i partecipanti, oltre a continuare a servirsi dell'autoipnosi per il controllo del dolore, ne hanno generalizzato l'utilizzo anche ad altre situazioni: interventi odontoiatrici, come ausilio alla prestazione sportiva e contenimento dell'ansia e dello stress.³

² Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J, Pinget C, Maravic P, Koch N, Raffoul W, Chiolero RL. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*. 2010;36:639-646

³ Kohen DP. Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: What the Children Say. *International journal of clinical and experimental hypnosis*. 2010;58(4):417-432

In una ulteriore ricerca viene valutato se il rilassamento in autoipnosi e l'attenzione focalizzata possono ridurre gli effetti avversi e il disagio in pazienti sottoposti a procedure radiologiche con accesso percutaneo vascolare e renale. Studio randomizzato, controllato, non in cieco. Nei pazienti che sono stati sottoposti a procedure mediche invasive, l'attenzione focalizzata combinata con l'autoipnosi si è rilevato che la durata della procedura è risultata più breve, la richiesta di analgesia è stata inferiore, e si è avuta una minore percezione di dolore ed ansia ed una maggiore stabilità emodinamica.⁴

Con l'ipnosi si è dimostrata la possibilità di ridurre il dolore e gli studi in condizioni sperimentali sui meccanismi di riduzione del dolore hanno fornito dati utili all'applicazione dell'ipnosi in popolazioni cliniche. Studi che dimostrano l'attività del sistema nervoso centrale durante le procedure ipnotiche offrono informazioni preliminari riguardanti possibili meccanismi fisiologici di analgesia ipnotica. Studi controllati randomizzati con popolazioni cliniche indicano che l'ipnosi ha un impatto certo e significativo sul dolore procedurale

⁴ Self hypnotic relaxation combined with structured attention reduced the discomfort of invasive medical procedures Evidence-Based Nursing, 2001 Self hypnotic relaxation combined with structured attention reduced the discomfort of invasive medical procedures (2000) Lancet 355, 1486. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ., et al..

acuto e nelle condizioni di dolore cronico. In questa ricerca sono trattate le questioni metodologiche, così come i metodi per integrare meglio l'ipnosi nel trattamento complessivo del dolore.⁵

Anche c/o l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino, a partire dal 2007, sono stati condotti studi osservazionali nell'ambito del progetto "Ospedale senza dolore".

La tecnica ipnotica è stata applicata in diverse realtà: Radiologia (con particolare riferimento alla mammografia in pazienti operate per tumore mammario), Terapia Antalgica, Endoscopia Digestiva, Broncoscopia, Cardiologia.

In tutti questi ambiti è stata rilevata una notevole riduzione sia dell'ansia che del dolore percepito correlato alle procedure diagnostico-terapeutiche in oggetto, con aumento della compliance e riduzione di supporti farmacologici.

⁵ Hypnosis and clinical pain. Patterson, David R.; Jensen, Mark P.

Psychological Bulletin, Vol 129(4), Jul 2003, 495-521. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.495

STUDIO OSSERVAZIONALE

Il mio lavoro nasce dal desiderio di ottenere dati stimabili su quanto empiricamente già avevo avuto modo di valutare.

A tale scopo ho utilizzato schede di raccolta dati che mi hanno permesso di rilevare e quantificare le criticità in una realtà eterogenea quale è quella dei pazienti che afferiscono ad un Day Hospital di Medicina.

Lo strumento adottato doveva avere scale di valutazione che fossero:

- Affidabili, cioè capaci di riprodurre il sistema di misurazione
- Valide, cioè capaci di misurare un evento
- Sensibili, cioè capaci di cogliere le variazioni dell'evento.

Le schede prevedevano perciò una valutazione espressa numericamente (con scala NRS) delle emozioni o sintomi prevalenti avvertiti dai pazienti nelle fasi pre e post tecnica ipnotica.



In cui lo 0 corrisponde all'assenza del sintomo e il 10 corrisponde alla massima intensità immaginabile del sintomo

In alcune circostanze è stata utilizzata la scala FPS



Le istruzioni verbali sono state date con frasi tipo: “Mi indichi per favore con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al dolore peggiore possibile”, senza suggerire la risposta al paziente (es. “Ha detto che ha un po’ di male, quindi sarà circa 2-3 vero?”) e senza fare le valutazioni in sua vece presumendo di conoscere il suo stato.

Inizialmente ho lasciato che i pazienti indicassero liberamente le voci relative, ma questa modalità rendeva impossibile il confronto oggettivo fra il prima e il dopo poiché spesso erano indicati items diversi, ad esempio “agitazione 8” prima della tecnica e “benessere 9” nella fase successiva. Lo stru-

mento così predisposto impediva anche un valido raffronto fra le varie esperienze.

Il correttivo utilizzato è stato quello di iniziare una nuova raccolta dati con l'uso di parametri prestabiliti, scelti analizzando emozioni e sintomi che erano risultati prevalenti nel precedente lavoro, e precisamente: ansia, paura, dolore, agitazione. (All. A)

Le problematiche ricorrenti, per cui ho utilizzato la comunicazione ipnotica, sono state:

- Dolore spontaneo o provocato
- Stati d'ansia legati a procedure, ma non solo
- Agofobia
- Crisi ipertensive
- Stati di agitazione

Mi è capitato inoltre di utilizzare la comunicazione ipnotica con pazienti portatori di grave disabilità psichica (una ragazzina autistica, un ragazzo oligofrenico eteroaggressivo...) che dovevano affrontare procedure diagnostico/terapeutiche. Ho anche avuto occasione di gestire una crisi di isteria in

una paziente che si procurava un'abile dissociazione auto ipnotica, e solo grazie alla conoscenza dei meccanismi che sottostanno allo stato ipnotico mi è stato possibile entrare in relazione con la paziente e guidarla nel riaggiustarla alla realtà.

La raccolta dei dati si è svolta nel periodo febbraio-luglio 2013, su un campione di 34 soggetti composto da 6 uomini e 28 donne, di età variabile dai 4 agli 82 anni.

In realtà la comunicazione ipnotica è stata utilizzata con un numero molto più alto di persone, primi fra tutti i pazienti sottoposti a venipuntura con i quali è stato ottenuto l'azzeramento di crisi vaso-vagali.

Tutti i dati raccolti, comprese le eventuali annotazioni, sono riportati nelle schede seguenti, ed i risultati sono espressi graficamente nelle pagine successive.

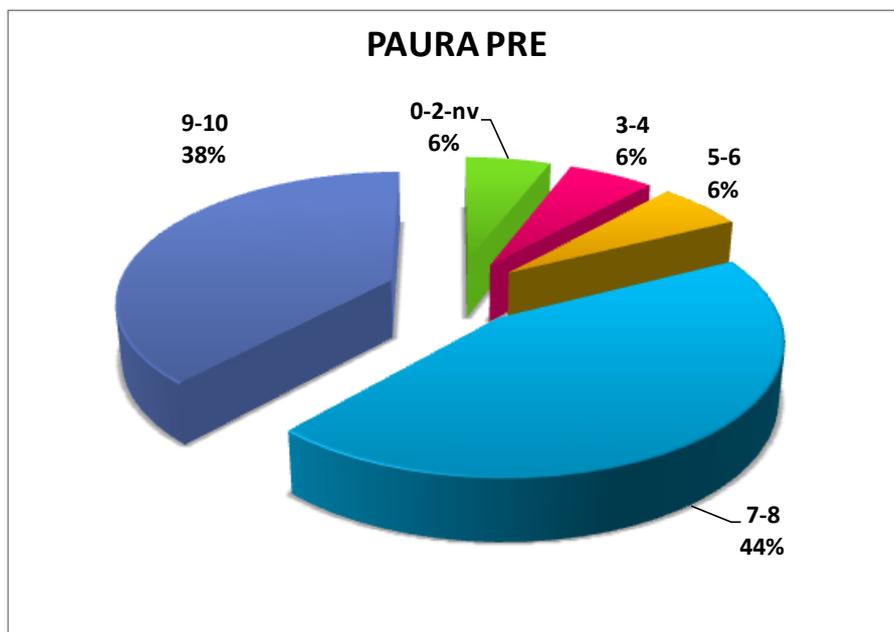
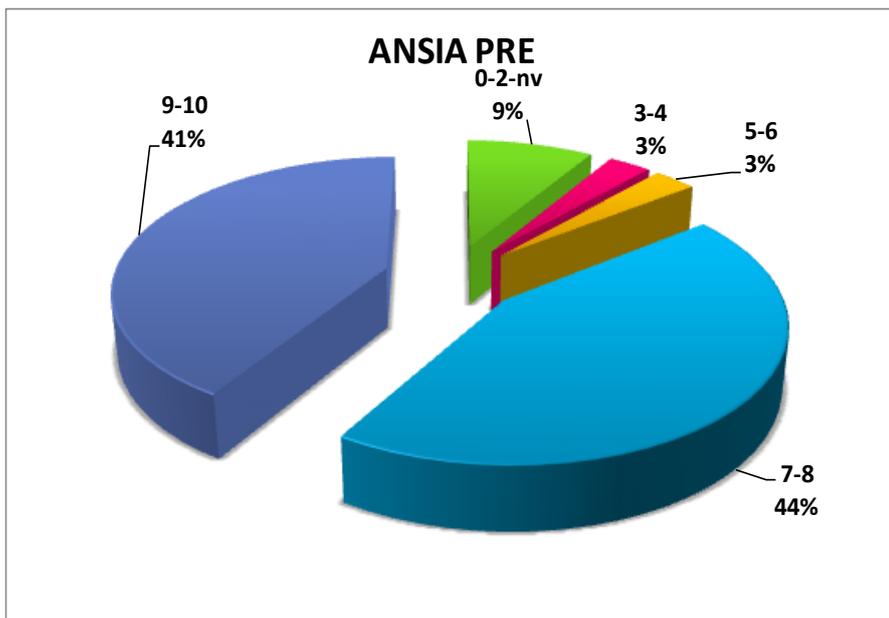
RIEPILOGO DATI RACCOLTI

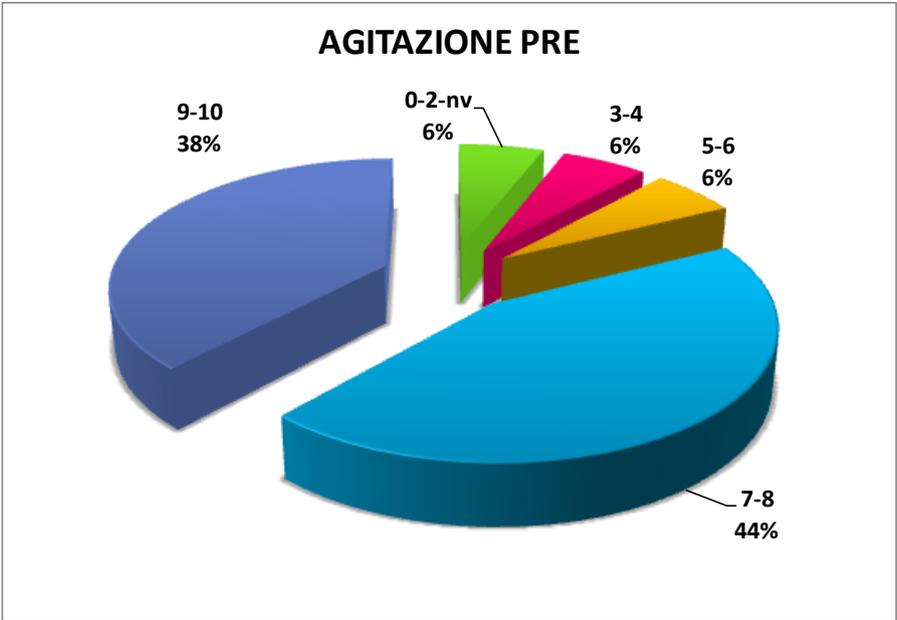
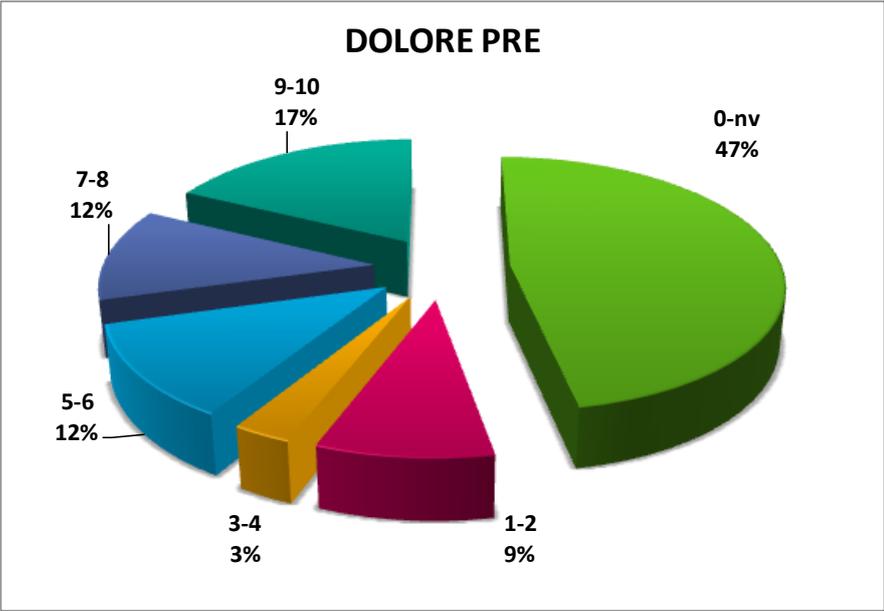
N°	SESSO	ANNO di nascita	GIUNTO PER nascita	SITUAZ. GIÀ PROVATA?	TIPO INDUZIONE	TEMPO INDUZ.	ANSIA PRE	PAURA PRE	DOLORE PRE	AGITAZIONE PRE	ANSIA POST	PAURA POST	DOLORE POST	AGITAZIONE POST	AUTO DA TECNICA	QUANTO?	RIUTILIZEREBBE?	CONSIGLIEREBBE?	Tempo. PERCEP.	SITUAZ. PIACEVOLE?	QUALE?
1	F	1936	EGDS	no	Apri e chiudi gli occhi	5'	9	9	n.v.	8	1	1	1	1	si	10	si	si	molto poco	si	Figlia sposa all'altare
	Note																				
	"Sono scesa a fare l'esame rilassata e tranquilla. Non ho provato dolore, solo fastidio. Non potevo usare la mano che mi ha detto lei, ma ho fatto con l'altra."																				
2	M	1930	TAC in K polmone con MTS	no	Dx - sin non verbale	1'	8	7	n.v.	9	2	3	n.v.	1	si	8	si	si		no	
	Note																				
	Ha pianto ed espresso in modo esplicito la rabbia per la situazione. "Io non pensavo proprio di finire i miei giorni così. Piangere mi ha fatto stare un po' meglio"																				
3	F	1962	Crisi d'ansia dopo telefonata	si	Fissa un punto	2'	10	9	n.v.	7	2	1	n.v.	2	si	9	si	si		si	
4	F	1953	Ansia e agitazione	si	Sentii il tuo respiro	5'	9	n.v.	n.v.	9	1	n.v.	n.v.	1	si	10	si	si		si	"Sul mio divano, senza nessuno intorno"
5	F	1946	Cefalea	si	Fissa un punto Respiro	3'	8	n.v.	8	5	0	n.v.	2	1	si	9	si	si		si	"Ero sotto un ponte a San Francisco"
	Note																				
	"Il dolore va molto meglio e mi sento molto più tranquilla"																				
6	F	1972	Ansia per gita scolastica della figlia	si	Sentii il tuo respiro	5'	7	n.v.	n.v.	8	0	n.v.	n.v.	1	si	10	si	si		si	"Ero sull'albero di ciliegie dove mi arrampicavo da piccola"
	Note																				
	"Adesso la sensazione più intensa è quella di benessere"																				
7	F	1982	Ipnosi spontanea	si	Dx - sin x approfondire ipnosi	10"								si		9					Era "in un pozzo" senza possibilità di risalire.
	Note																				
	Suggerita immagine di pezzi di legno incassati nella parete del pozzo da usare come scaletti per uscire... Le prime parole sono state: "Ciao donna dai super-poteri!" Successivamente ha raccontato che il suo rifugiarsi nel pozzo era una tecnica per sfuggire alla condizione di miglioramento. Ha rivelato episodi anticonsumativi. Consigliata valutazione psichiatrica. A distanza di tre settimane circa, non si erano più verificate "discese nel pozzo".																				
8	F	1957	Stato ansioso	si	Sentii il tuo respiro	4'	9	5	n.v.	7	0	1	n.v.	1	si	9	si	si		si	
	Note																				
	"Adesso sono serena e tranquilla. Peccato sia durato così poco. E' stata proprio una bella esperienza"																				
9	F	1988	Colonscopia	no	Apri e chiudi gli occhi	4'	8	9	n.v.	8	2	0	8	1	si	8	si	si	non so	si	Sharm El Sheik
	Note																				
	Reindotta in endoscopia e somministrato midazolam. Non è stato possibile condurre a termine l'esame per intenso dolore non controllato neanche farmacologicamente.																				

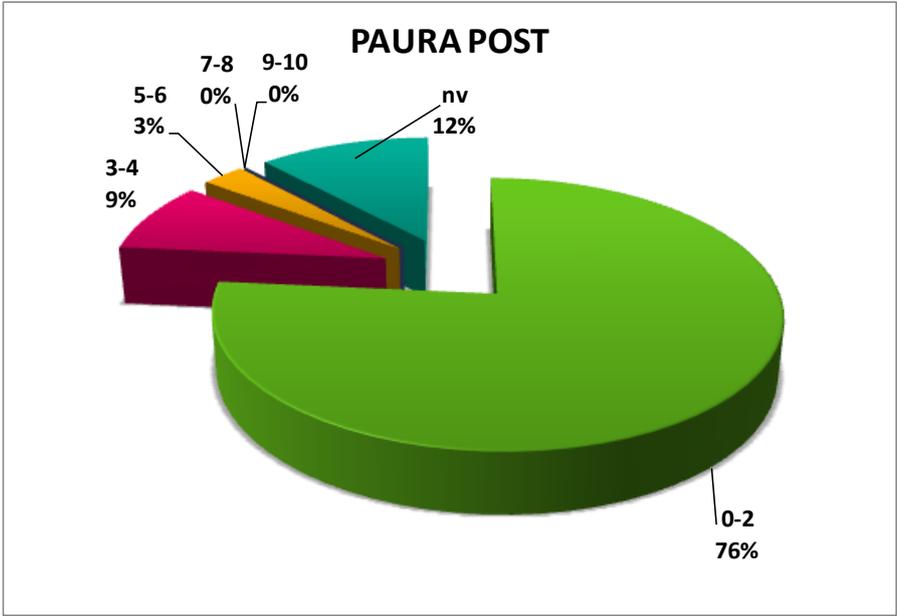
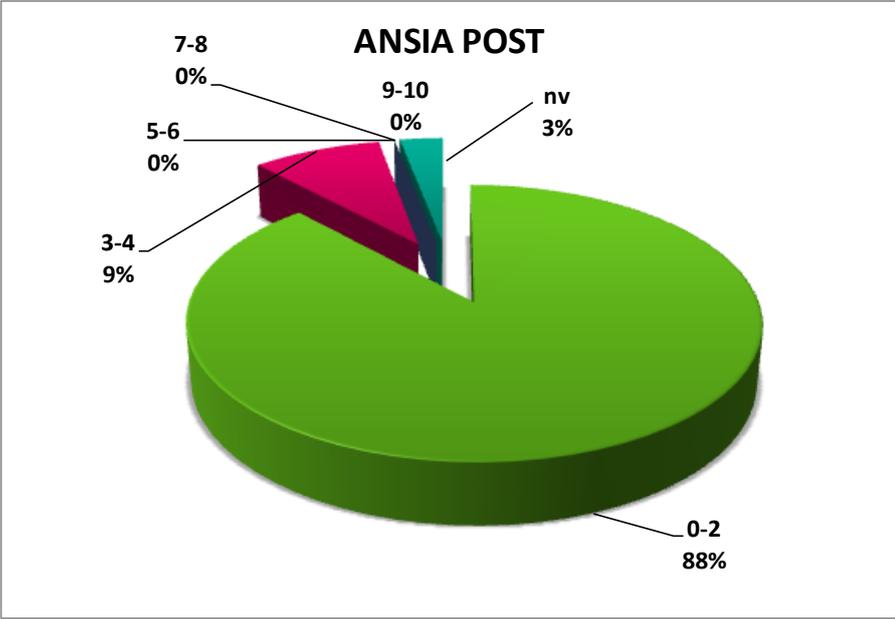
N°	SESSO	ANNO di nascita	GIUNTO PER	SITUAZ. GIÀ PROVATA?	TIPO INDUZIONE	TEMPO INDUZ.	ANSIA PRE	PAURA PRE	DOLORE PRE	AGITAZIONE PRE	ANSIA POST	PAURA POST	DOLORE POST	AGITAZIONE POST	AUTO DA TECNICA	QUANTO?	RUTILIZZEREBBE?	CONSIGLIEREBBE?	Tempo PERCEP.	SITUAZ. PIACEVOLE?	QUALE?
10	F	1986	RMN programmata in narcosi	si	Dita magnetiche Respiro	5'	9	5	n.v.	9	2	2	n.v.	1	si	7	si	si	30' (circa metà)	si	A passeggio a cavallo nel maneggio
Note	Suggerimento di statua (che ha determinato la catalessi del braccio durante venipuntura) e di cavalli al galoppo. In radiologia sommito midazolam con rapida reazione paradossa. Eseguito l'esame mantenendo il solo aggancio vocale durante tutta la procedura.																				
11	F	1966	Erisipela - Medicazioni asportative dolorose	si	Frissa un punto Respiro	3'	8	8	9	9	2	2	4	3	si	8	si	si	30' (90')	si	Ballare
Note	Dolore ridotto ma sempre presente. Sospesa premedicazione con paracetamolo. Catalessi dell'arto inferiore. Gamba immobile, rigida e pesante in soggetto che spontaneamente sviluppava leggerezza.																				
12	F	1997	Prelievo venoso. Pz autistica grave	si	Dx - sin con movimenti alternati delle braccia	pochi secondi	8	9	n.v.	9	1	1	n.v.	1	si	9	si	si	n.v.	n.v.	
Note	Scheda compilata dalla mamma. Al primo tentativo di posizionare laccio emostatico notevole agitazione psicomotoria con urla. In seguito importante catalessi dell'arto superiore e non più diffidenza verso l'operatore. Non necessaria la contenzione.																				
13	F	1982	Prelievo venoso. Pz agiologica	si	Senti il tuo respiro	4'	8	8	6	8	2	2	1	0	si	8	si	si	5'	si	
Note	Catalessi arto superiore																				
14	F	1997	RMN in narcosi in paz. Autistica grave	no	Ricalco Passi Dx - sin	10'	8	8	0	9	2	1	0	2	si	8	si	si	n.v.	n.v.	
Note	Scheda compilata dalla mamma. Mantenuta in condizione di quiete per circa 3 ore prima della narcosi. Compliante alla visita anestesilogica. Mantenuto aggancio non verbale fino a narcosi con maschera avvenuta.																				
15	F	1982	Complicanze post intervento odontoiatrico	no	Ricalco e guida Respiro	2'	9	9	8	10	1	2	3	2	si	10	si	si		si	Teatro (è un'attrice)
Note	La notte successiva ha dormito con uso di autoiprosi dopo 3 notti insonni per dolore.																				
16	F	1981	Terapia infusione. Crisi di agitazione	si	Ricalco dei tremori respiro Passi	5'	9	8	6	10	3	2	0	2	si	8	si	si		si	
Note	Crisi di intensa agitazione psicomotoria con pianto e pz in posizione fetale dopo ripetuti inutili tentativi di reperire accesso venoso.																				
17	F	1977	Terapia marziale	si	Senti il tuo corpo	1'	8	7	0	7	2	1	0	1	si	9	si	si		si	
Note	La pz riferiva vertigini non clinicamente correlabili, in corso di infusione di Fe. Completamente scomparsa la sintomatologia vertiginosa.																				
18	F	1997	Vis. ORL Otoscopia in paz autistica grave	no	Passi Dx - sin	2-3'	7	9	3	7	0	1	1	1	si	9	si	si	n.v.	n.v.	
Note	Scheda compilata dalla mamma. La ragazza ha richiesto spontaneamente i Passi con il non verbale. Vista la notevole compliance è stata sottoposta anche a rimozione di 2 tappi con l'uso di pinze e microscopio																				

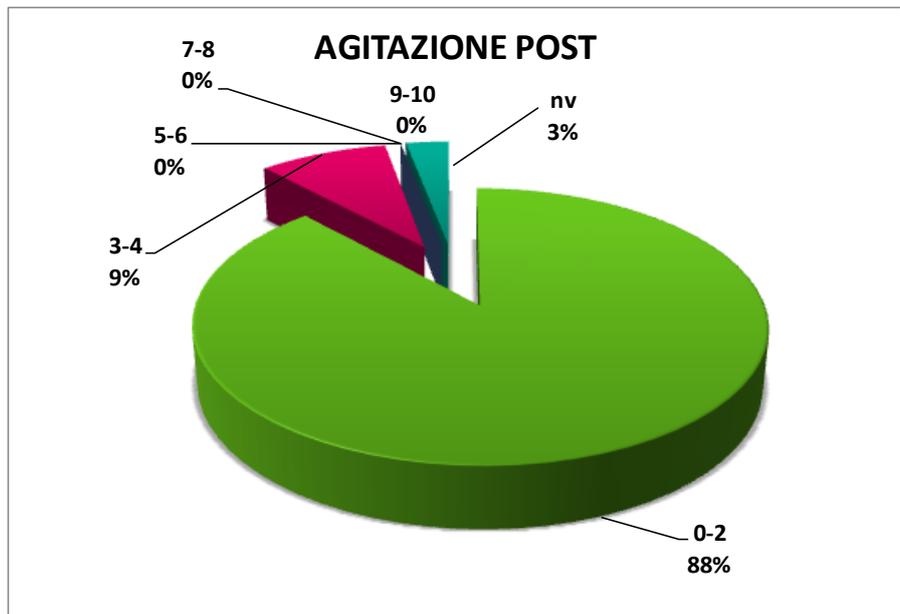
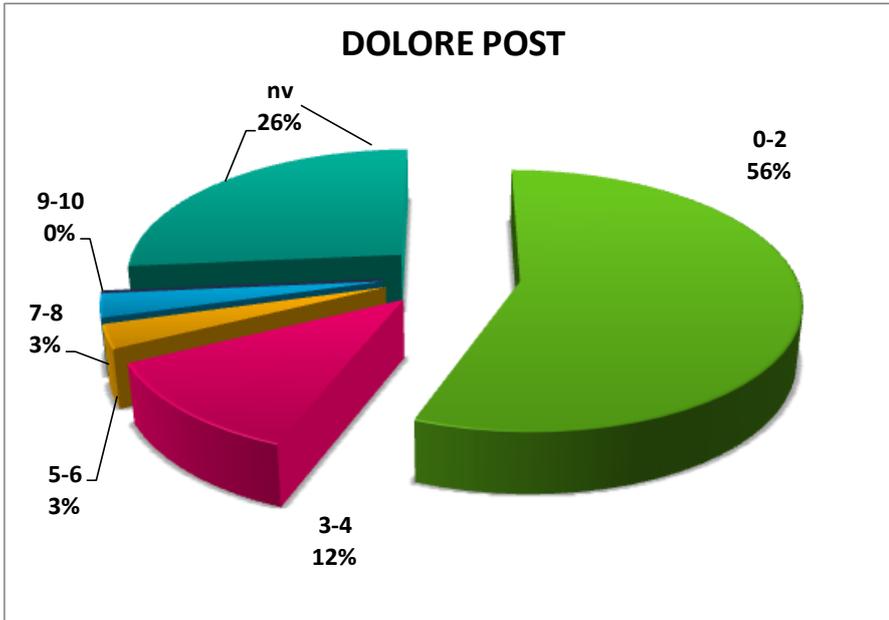
N°	SESSO	ANNO di nascita	GIUNTO PER	SITUAZ. GIA' PROVATA?	TIPO INDUZIONE	TEMPO INDUZ.	ANSIA PRE	PAURA PRE	DOLORE PRE	AGITAZIONE PRE	ANSIA POST	PAURA POST	DOLORE POST	AGITAZIONE POST	AUTO DA TECNICA	QUANTO?	RITUALIZZEREBBE?	CONSIGLIEREBBE?	TEMPO PERCEP.	SITUAZ. PIACEVOLE?	QUALE?
19	F	1963	EGDS	si	Senti il tuo respiro	5'	9	9	6	8	1	2	3	2	si	9	si	si	5'	si	"Ero seduta su una panchina al mare e allattavo mio figlio"
	Note	Esame eseguito per sospetta recidiva di K gastrico in paz già operata per la stessa patologia e con storia di K colon e successiva recidiva.																			
20	F	1973	Prelievo ematico	si	Apri e chiudi gli occhi Respiro	5'	9	9	5	9	1	1	0	1	si	10	si	si	30'	si	"Nuotavo in piscina"
	Note	"Non riesco più a farmi fare i prelievi dopo l'intervento per il tumore alla mammella. Ho fatto scendere le impegnative 5 o 6 volte" "Forse finalmente riuscirò a fare gli esami per la fecondazione..."																			
21	F	1966	Cefalea	si	Senti il tuo respiro	3'	5	1	8	5	1	0	2	1	si	8	si	si		si	
	Note	"Perché è già finito? Vorrei continuare a stare lì ancora per un bel po'..."																			
22	F	1967	Dolore e funzione lesa a inf dx per podemite gangrenosa	no	Senti il tuo corpo e suggestione di anestesia da fradida	5'	9	9	10	8	2	2	5	2	si	8	si	si		si	
	Note	All'arrivo impossibilità a muovere l'arto dx. Mobilizzata in carrozzina. Dopo l'induzione arto mosso senza difficoltà, oggettivamente ridotto calore ed arrossamento in sede di lesione. Ha anche deambulato.																			
23	F	1975	Terapia marziale	no	Apri e chiudi gli occhi Senti il tuo respiro	3'	7	7	1	7	2	1	1	1	si	8	si	si		si	"Ero a casa col mio amico che mi faceva le fusa"
24	M	1965	Estrazione molare Pz agoldibico	no	Fissa un punto Senti il tuo corpo	2'	8	9	9	9	3	4	2	2	si	8	si	si		si	In allante
	Note	La prima induzione era stata effettuata in precedenza. Rinforzo. Procedura effettuata in autoipnosi. Autoipnosi usata anche in caso di difficoltà di addormentamento.																			
25	F	1973	Riacutizzazione stato asmatico	si	Senti il tuo respiro	3'	8	8	0	8	0	0	0	0	si	10	si	si		si	In spiaggia
	Note	"Uso tante volte il Ventolin perché mi sento un gruppo in gola che non mi fa respirare. E così lo so che ne uso troppo, ma non so come fare" "Non sento più il groppo in gola. L'aria passa liberamente"																			
26	F	1963	EGDS	si	Fissa un punto Senti il tuo corpo	3'	10	10	2	9	1	0	0	1	si	10	si	si	10'	si	Alle Mauritius
	Note	Suggestione di freddo ed anestesia in bocca e gola. "Stavo mangiando una granita alla frutta. Non so che frutta era, ma era arancione. Era dentro una coppa con una specie di ombrellino sopra, ma non era un ombrellino era un'altra cosa. Era così buono che sento ancora il gusto"																			
27	M	1969	Prelievo ematico in paz "oligofrenico eteroaggressivo"	si	Dx-sin + contatto visivo e frammenti di relazione verbale	5"	9	9	1	10	1	1	0	1	si	9	si	si	n.v.	n.v.	
	Note	In precedenza era stato necessaria la contenzione fisica, per cui è giunto accompagnato da tutore ed educatore. Prelievo ematico eseguito senza problemi, mantenendo il solo contatto con le mani. Anche la successiva visita neurologica è stata affrontata senza difficoltà. La valutazione della tecnica e delle emozioni è stata data dal fratello.																			

N°	SESSO	ANNO di nascita	GIUNTO PER	SITUAZ. GIÀ PROVATA?	TIPO INDUZIONE	TEMPO INDUZ.	ANSIA PRE	PAURA PRE	DOLORE PRE	AGITAZIONE PRE	ANSIA POST	PAURA POST	DOLORE POST	AGITAZIONE POST	AUTO DA TECNICA	QUANTO?	RITUALIZZEREBBE?	CONSIGLIEREBBE?	TEMPO PERCEP.	SITUAZ. PIACEVOLE?	QUALE?
28	F	1980	Terapia infusione in accesso renale.	no	Apri e chiudi gli occhi. Senti il tuo respiro	2'	4	6	0	4	0	0	0	0	si	8	si	si		si	
29	F	1969	Crisi ipertensiva	si	Fissa un punto Respiro	3'	8	0	0	8	1	0	0	2	si		si	si		si	
Note																					
Sindrome da camice bianco. PAO pre 180/100 PAO post 140/80																					
30	M	1933	Medicazione dolorosa. Ulcere vascolari aa II	si	Fissa un punto Senti il tuo corpo	4'	8	8	9	8	0	1	1	0	si	8	si	si	10' (30')	si	"Sotto il mio ciliegio"
Note																					
Non eseguita premedicazione con morfina. Pz ipodolente. Presenza di numeroso "pubblico". Verificata analgesia durante trance. Ottenuta catalessi AA II "Ho sentito, ma molto meno. Sentivo toccare"																					
31	M	1960	Medicazione dolorosa. Ulcere da vasculite AA II	si	Fissa un punto Respiro	5'	0	0	8	4	0	0	2	0	si	7	si	si	15' (oltre 30')	si	"Angolo preferito di casa molto tranquillo"
Note																					
Ottenuta catalessi degli arti inferiori. Dopo la prima induzione il pz usa autopnosi anche a casa quando ha dolore intenso agli arti. "Sono anche andato sulla funicolare. Dall'alto ammiravo il panorama e i turisti che passeggiavano. Ammiravo la natura, mi dava un senso di pace e serenità"																					
32	F	1985	Cefalea	si	Fissa un punto Respiro	5'	1	0	9	0	0	0	0	0	si	9	si	si	45' (circa 20')	si	"In acqua"
Note																					
"Che sensazione strana!" Paziente già seguita dal Centro cefalee con scarso controllo dei sintomi. Escluse eventuali cause organiche; notevole la componente muscolo tensiva ed ormonale.																					
33	M	1941	Vac therapy	si	Apri e chiudi gli occhi senti il tuo corpo	5'	10	8	10	7	6	5	4	4	si	7	si	si	10' (circa 20')	si	"Al mare a guardare il fondale marino"
Note																					
Trance ad occhi aperti. Medicazione necessaria per estesa lesione polpaccio dx, conseguente a drenaggio chirurgico di ematoma spontaneo sottocutaneo soprastriale. Catalessi dell'arto e non si è reso necessario alcun supporto farmacologico.																					
34	F	2008	Prelievo e tampone faringeo	si	Tecniche di distrazione e dx/sin	30'	10	10		10	5	3		3	si	nv				n.v.	
Note																					
Dopo essere riuscita ad agganciare lo sguardo (era raggomitata fra le braccia della mamma che la stringeva) ho iniziato con tecniche di distrazione fino ad arrivare al contatto fisico. Le ho preso le manine ed utilizzato stimolazioni dx/sin e suggestioni. Nel momento in cui è cessata l'intensa contrazione muscolare della braccia è stato eseguita la procedura.																					

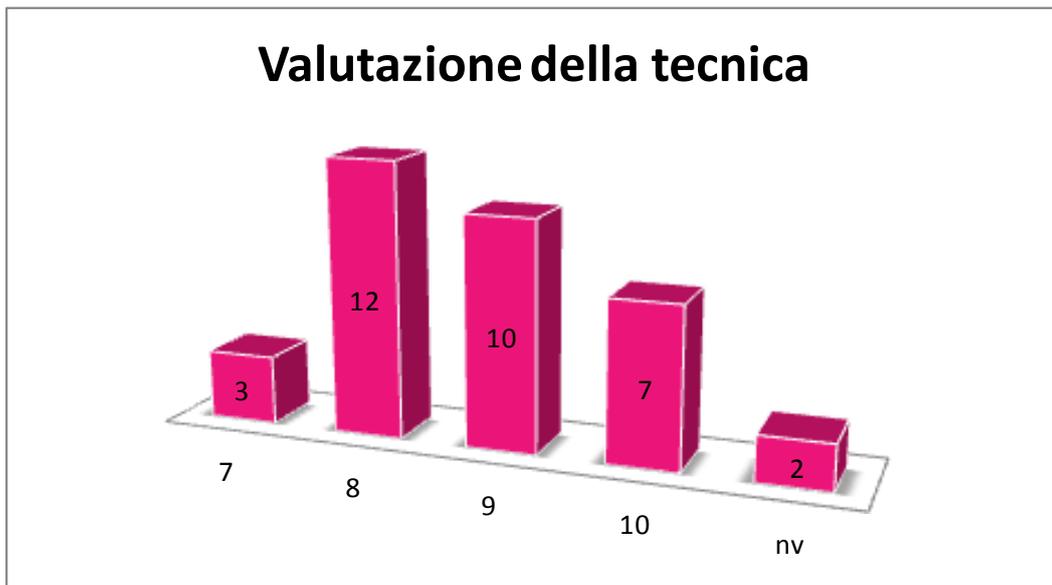








La totalità dei soggetti ha espresso un giudizio favorevole rispetto all'efficacia della tecnica di comunicazione ipnotica, la cui valutazione in termini numerici è riassunta nel grafico seguente:



ELABORAZIONE STATISTICA

Per valutare la validità dei dati raccolti e dello strumento utilizzato, mi sono avvalsa della collaborazione di un esperto, e quello che segue è ciò che è derivato da tale analisi.

Obiettivo generale

Obiettivo di questo studio è quello di verificare le potenzialità dell'ipnosi nel favorire la compliance del paziente a svolgere determinate procedure mediche. L'assunto alla base di questo studio è che se si riducono variabili quali ansia, paura e dolore prima di un determinato intervento medico, il paziente sarà maggiormente predisposto alla collaborazione.

Caratteristiche descrittive del campione

Come si può osservare dalla Tabella 1, il campione (N = 34) è prevalentemente femminile, i maschi rappresentano il 20% dei casi, mentre le femmine rappresentano il restante 80%.

Tabella 1 – Distribuzione di frequenza del campione rispetto alla variabile sesso.

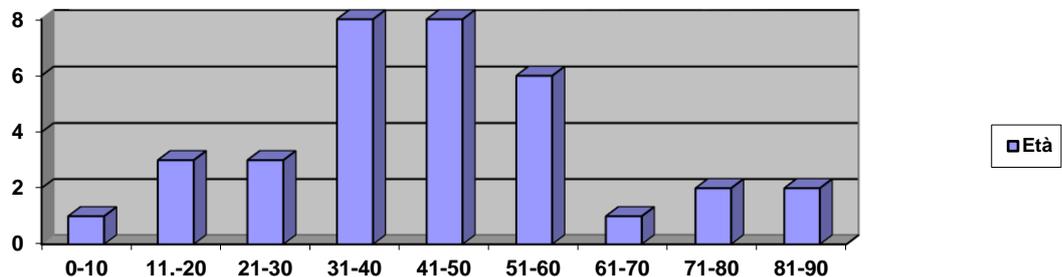
Sesso	Frequenza	Percentuale
Maschile	6	20%
Femminile	28	80%

Tabella 2 – Distribuzione delle età in classi

Classi di età	Frequenza	Percentuale
0-10	1	2,9
11-20	3	8,7
21-30	3	8,7
31-40	8	23,2
41-50	8	23,2
51-60	6	17,4
61-70	1	2,9
71-80	2	5,8
81-90	2	5,8

Come possiamo osservare dal grafico i pazienti sono ben distribuiti lungo tutte le classi di età. La maggioranza dei soggetti si estende tra i 31 e i 60 anni.

Immagine 1 – Grafico a barre per la rappresentazione delle frequenze nelle varie classi di età



Procedura sperimentale

Per verificare l'efficacia dell'ipnosi nella riduzione dell'ansia, dell'agitazione, della paura e del dolore è stato somministrato in prove ripetute lo stesso questionario, prima e dopo l'induzione ipnotica. Si può parlare di efficacia dell'intervento se si verifica una riduzione significativa dei punteggi medi al test dalla prima alla seconda misurazione. Ipotizzando che le misure utilizzate (vedi Questionario in Appendice) siano basate su intervalli equivalenti si sceglie di utilizzare il t-test relazionato.

Prima di effettuare il t-test relazionato per la verifica dell'efficacia dell'intervento sono state condotte alcune misure di validità dello strumento.

È stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa per poter raccogliere dati sulla validità strutturale del questionario. Il metodo utilizzato è quello delle analisi delle componenti principali.

Come si può osservare in Tabella 3, tramite l'Analisi Fattoriale Esplorativa sono stati estratti due fattori. Il primo fattore, che spiega la maggior parte della varianza, satura tre variabili: ansia, agitazione e paura, il secondo fattore, che spiega una porzione di varianza minore, satura la variabile del dolore. Probabilmente, i partecipanti hanno risposto in maniera molto simile agli item legati alla paura, all'ansia e all'agitazione, mentre il dolore è spiegato da un fattore diverso. È possibile dunque che le misure analizzate non vengano percepite in maniera molto diversa dai partecipanti. Per poter verificare ulteriormente la validità dello strumento occorrerebbe riproporlo in un campione più ampio, per poter capire se si tratta di una condizione tipica dello strumento o solamente legata al contesto analizzato.

Tab. 3 – Analisi fattoriale esplorativa

Total Variance Explained

Component		Initial Eigenvalues ^a			Extraction Sums of Squared Loadings		
		Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
Raw	1	20,717	53,990	53,990	20,717	53,990	53,990
	2	14,407	37,546	91,537	14,407	37,546	91,537
	3	2,449	6,382	97,919			
	4	,799	2,081	100,000			
Rescaled	1	20,717	53,990	53,990	2,533	63,323	63,323
	2	14,407	37,546	91,537	1,030	25,750	89,073
	3	2,449	6,382	97,919			
	4	,799	2,081	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When analyzing a covariance matrix, the initial eigenvalues are the same across the raw and rescaled solution.

Component Matrix^a

	Raw		Rescaled	
	Component		Component	
	1	2	1	2
ANSIA PRE	2,387	,566	,908	,215
PAURA PRE	2,950	,924	,897	,281
DOLORE PRE	-1,376	3,613	-,356	,934
AGITAZIONE PRE	2,103	,425	,882	,178

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Tab. 4 – Punteggi medi e deviazioni standard prima e dopo il trattamento.

	Media pre	Media Post	Deviazione Standard pre	Deviazione Standard Post
Ansia	7,79	1,42	2,27	1,39
Paura	7,10	1,33	3,00	1,24
Agitazione	7,67	1,27	2,10	0,94
Dolore	5,13	1,35	3,83	1,55

Tab. 5 – T-test relazionato

	T	Gradi di libertà	Significatività
Ansia	17,75	32	.000
Paura	11,53	29	.000
Agitazione	19,30	32	.000
Dolore	6,20	22	.000

Com'è possibile osservare dalla Tabella 4, le medie dopo l'intervento (rispetto alle medie prima) diminuiscono notevolmente, diminuiscono inoltre le deviazioni standard: questo secondo fattore indica che anche se i pazienti si

presentavano in condizioni diverse tra loro, queste condizioni diventavano molto simili dopo il trattamento (minore deviazione standard).

Dalla Tabella 5 è invece possibile vedere che i punteggi di t, che indica il grado di diversità tra le medie sono tutti alti e significativi. La probabilità di errore, indicata nella colonna "significatività", è in tutti i casi inferiore a 1 probabilità su 1000.

Riassumendo, quindi possiamo dire che:

- ✓ I punteggi medi dopo l'induzione sono TUTTI statisticamente più bassi, in modo così significativo da poter dire che si tratta di variazioni dovute all'intervento.
- ✓ Non ci sono differenze significative tra i punteggi in maschi e femmine
- ✓ Non ci sono differenze significative tra i punteggi nelle persone che avessero già sperimentato l'ipnosi
- ✓ Le misure di ansia, agitazione e paura sono così correlate tra loro che potrebbero essere considerati item della stessa sotto scala, mentre il dolore non correla significativamente con nessuna di queste.

ALCUNE ESPERIENZE PARTICOLARI

Dal CODICE DEONTOLOGICO degli Infermieri (2009)

ARTICOLO 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

ARTICOLO 7

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

R.S.

Con una giovane paziente autistica è stato fondamentale riuscire a cogliere ogni cenno di gradimento o rifiuto dell'approccio e della relazione.

Il bambino autistico comunica intenzionalmente per una gamma ristretta o limitata di scopi o di funzioni, con modalità motoria (manipolazione fisica di

persona o oggetti), gestuale (indica, mostra, sposta il suo sguardo fisso), con vocalizzazioni (uso di suono, compreso pianto), tramite il linguaggio dei segni (comunicazione con un sistema convenzionale di segni), usando oggetti, foto, illustrazioni, parole o frasi stampate ⁶

Ho avuto modo di occuparmi di questa ragazza, su richiesta della mamma (infermiera) in tre diverse occasioni:

- PRELIEVO EMATICO: ho operato con modalità totalmente non verbali. Per prima cosa ho cercato ed ottenuto il contatto con lo sguardo, successivamente ho verificato la possibilità di un contatto fisico con le mani. La ragazza ha accettato questa prima relazione, ma al mio tentativo di applicare il laccio emostatico ha iniziato ad agitare rapidamente le braccia e ad urlare, cercando di scappare. A quel punto sono ritornata al contatto con le sole mani, ma utilizzando la presa per muovere in modo alternato le braccia. Questo ha portato la sua attenzione sulle sensazioni nuove che provava. L'alternanza dx-sin mi ha permesso di creare lo stato modificato grazie al quale mi sono inserita nel suo mondo. Sul suo viso l'espressione di paura è stata sostituita da quella

⁶ ASSOCIAZIONE per la RICERCA in EUROPA sull'AUTISMO – AREA GCA – ONLUS
www.genitoricontraautismo.org

molto esplicita di curiosità. La tensione dei muscoli delle braccia si è ridotta in modo significativo, permettendo l'esecuzione del prelievo senza necessità di contenzione, che era la cosa più temuta dalla mamma. Al termine dell'esperienza la ragazza mi ha salutato con un bacio.

- RMN: la procedura era prevista mediante narcosi con maschera. La consulenza anestesologica sarebbe stata fatta nelle ore precedenti l'esame. L'esigenza era soprattutto quella di contenere eventuali reazioni durante l'attesa protratta. Nel corso del nostro primo incontro avevo notato che spesso S. annusava gli oggetti che prendeva in mano, per cui in questa seconda occasione, dopo essermi assicurata di essere stata riconosciuta ed accettata, ho optato per un approccio che utilizzasse la modalità olfattiva. Ho iniziato annusando e spruzzando su di me alcuni profumi. In brevissimo tempo lei mi ha imitato ed abbiamo iniziato a "studiarci" reciprocamente con l'olfatto, fino ad arrivare al contatto fisico. Mi ha poi mostrato il palmo della mano e la mamma mi ha spiegato che voleva che le "facessi i grattini" con le dita. Ho trasformato in breve i "grattini" sulla sola mano in grattini che in realtà erano stimoli alternati dx-sin sugli avambracci, e in seguito sono diven-

tati passi. Con la gestualità mi ha chiesto di estendere ai piedi, alle gambe, alla schiena e all'addome questa modalità di rapporto. Nel giro di poco tempo si è sdraiata sulla panca su cui eravamo sedute, con la testa sulle mie gambe, muscoli rilassati, ferma, in chiaro stato di modificazione della coscienza, per oltre 2 ore, con evidente sollievo della mamma. Questa condizione non si è interrotta neanche in corso di visita anestesiológica. Al momento dell'esecuzione della RMN, continuando con stimoli dx-sin l'ho accompagnata all'apparecchio, facendola sdraiare ed è rimasta non reattiva fino a narcosi avvenuta.

- VISITA ORL per otalgia: S. è arrivata accompagnata come sempre dalla mamma. Due cose mi hanno colpito subito: le spalle della mamma che si sono abbassate, decontratte, appena mi ha visto, e la ragazza che avvicinandosi mi ha chiesto a gesti i già noti "grattini" dicendo contemporaneamente "orecchio". Lo specialista ci ha avvisato che sarebbe stato necessario eseguire un'otoscopia, chiedendo se la ragazza sarebbe stata in grado di rimanere ferma per il tempo necessario. Come nelle esperienze precedenti ho ottenuto gradualmente la fiducia della ragazza, con la sperimentata metodica ho cercato il contatto visivo e subito dopo il contatto fisico ed iniziato con gli stimoli dx-sin sulle ma-

ni ed i passi sulle braccia, fino alla netta riduzione della reattività. L'otoscopia è stata eseguita senza alcuna resistenza, evidenziando la presenza di tappi di cerume da rimuovere con pinzette ed aspiratore con utilizzo di microscopio. Senza interrompere passi e stimolazioni alternate, ho fatto sdraiare la ragazza sul lettino, dove è rimasta perfettamente immobile quando necessario, nonostante il rumore dell'aspiratore e la visione dello strumentario, e collaborando attivamente quando richiesto. Anche in questa occasione, non c'è stata alcuna necessità di contenzione fisica o farmacologica, e i tempi di esecuzione della procedura sono stati molto brevi. La mamma ed il medico hanno espresso soddisfazione per l'inaspettata compliance.

-

D.P.

Situazione simile con un ragazzo clinicamente definito "oligofrenico eteroaggressivo". Un precedente tentativo di eseguire un prelievo ematico si era rivelato impossibile in quanto la situazione di estrema reattività ed aggressività non aveva permesso all'infermiere di eseguire la procedura in condizioni

di sicurezza reciproca. Per il secondo tentativo il ragazzo è giunto accompagnato dal fratello e da un educatore che avrebbero provveduto a contenere fisicamente il ragazzo per il tempo necessario. Il mio primo approccio è stato verbale, l'ho chiamato prima per nome e poi con il vezzeggiativo cui era abituato. Successivamente ho potuto prendere le sue mani iniziando immediatamente con stimolazioni tattili dx-sin. Si è seduto senza reazioni aggressive, non ho mai interrotto le stimolazioni ed il contatto visivo. Un infermiere ha eseguito il prelievo non appena gli ho detto che non avvertivo più tensione muscolare nelle braccia. Il paziente nel frattempo guardava alternativamente me e l'ago nel braccio con espressione di stupore. La procedura è stata portata a termine senza problemi, e così pure la consulenza neurologica prevista a seguire.

C.F.

F. ha una disabilità mentale. Doveva essere sottoposta a RMN del massiccio facciale, a bocca aperta e chiusa, in narcosi. In precedenza non era stato possibile eseguire l'indagine perché appena giunta in radiologia aveva iniziato a

dare in escandescenze, impedendo agli operatori di avvicinarla e di eseguire qualunque procedura, compreso il posizionamento di un accesso venoso.

Nonostante la prevista narcosi, la madre della ragazza aveva richiesto come supporto l'utilizzo di tecniche di comunicazione ipnotica perché la ragazza affrontasse in modo più sereno l'esame.

Il giorno dell'indagine diagnostica la ragazza si è presentata nel nostro servizio ed ha accettato senza problemi di sdraiarsi sulla barella. Ho iniziato chiedendole di fissare un punto fra i suoi indici (dita magnetiche) a braccia tese, suggerendo man mano l'abbandono delle braccia e la pesantezza delle palpebre. Quando ho notato i segni di trance (che sono stati nel suo caso sguardo fisso e minore reattività) le ho suggerito di concentrarsi sul respiro e sul suo braccio sinistro che diventava sempre più rigido e pesante così da portarla a sviluppare uno stato di catalessi che ha permesso il posizionamento di una cannula venosa. Ho anche utilizzato come suggestione l'immagine di se stessa grande ed immobile come la Statua della Libertà, che dall'alto osservava una mandria di cavalli che galoppava ai suoi piedi (per darle una diversa percezione del rumore dell'apparecchio, cosa da cui era spaventata).

Arrivati in radiologia, l'anestesista le disse che non avrebbe sentito niente perché stava per farle l'iniezione di tranquillante. Questa frase e la presenza

di un gran numero di operatori hanno purtroppo ottenuto l'effetto di spaventarla. Le ho ripetuto che lei era alta e forte e nulla avrebbe potuto darle fastidio. Dopo la somministrazione del midazolam si è sviluppata una reazione paradossa... F. ha iniziato ad agitarsi, voleva scappare, piangeva in modo convulso. Ho cercato il suo sguardo, le ho detto di chiudere gli occhi e di usare l'ancoraggio (che consisteva nello stringere il cavallino di peluche regalato da un amico).

Sistemata sul lettino della RMN le è stato applicato il sensore del saturimetro ad una mano e nell'altra le hanno messo la pompetta dell'allarme. L'impossibilità di usare l'ancoraggio come previsto le stava provocando agitazione, così le ho suggerito di immaginarlo con la stessa intensità con cui avrebbe stretto il pupazzo.

A quel punto, però, era comunque difficile pensare di portare a termine l'indagine. Ho chiesto allora di poter parlare solo io con la ragazza tramite l'interfono durante tutte le pause fra le scansioni, tenendola così agganciata alla mia voce. Ogni volta le ho ripetuto che lei era la grande statua e che i rumori ritmici erano gli zoccoli dei cavalli che galoppavano.

F. è stata ferma per oltre 45 minuti e così pure durante l'esecuzione delle scansioni a bocca aperta.

Al termine ha raccontato che, per tutta la durata della RMN, lei era stata a cavalcare nel maneggio che abitualmente frequenta.

Dal CODICE DEONTOLOGICO degli Infermieri (2009)

ARTICOLO 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

ARTICOLO 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

F.D.

F.D. è una paziente che da molti giorni era sottoposta a terapia infusione marziale. Quasi ogni volta, nel corso della terapia, comparivano sintomi non chiari (sempre presenti la sonnolenza e la dichiarata impossibilità a muovere gli arti inferiori) che avevano portato a sospensioni e sostituzioni di farmaci, a monitoraggio dei parametri vitali, risultanti sempre nella norma. Un giorno un'altra paziente ha chiamato per dire che F.D. aveva smesso di ri-

sponderle. Le prime cose che notai avvicinandomi sono state il rilassamento muscolare ed un intenso flutter palpebrale, il polso radiale era ritmico e pieno. Ritenendo di essere di fronte ad un episodio di ipnosi spontanea, la prima cosa che ho fatto è stata quella di accettare il sintomo, dicendo alla ragazza che era normale disconnettersi dalla realtà in una condizione di tale monotonia come quella di una lenta terapia. Le ho detto che preferivo che si sdraiasse su un letto e ho deciso di approfondire lo stato ipnotico con passi e dx-sin sulle mani, chiedendole nel contempo di alzarsi e seguirmi. Tenendola per le mani l'ho guidata fino ad un letto su cui si è sdraiata autonomamente. Le ho poi detto di continuare a rimanere in quello stato ancora per qualche minuto, e che nel frattempo un'altra infermiera si sarebbe occupata di lei. Quando la collega si è avvicinata per rilevare la PAO, affermando a voce bassa che poteva rimanere così, lei ha detto: "Ma io qui non ci voglio più stare!". La collega mi ha chiamato immediatamente, sono andata dalla paziente e le ho detto che se non voleva più stare lì era sufficiente che facesse un bel respiro e riaprisse gli occhi, e mentre le parlavo utilizzavo i passi "risalendo" lungo le braccia.

F.D. ha aperto gli occhi, ha sorriso e risposto in modo coerente.

Poco dopo arriva il pasto, e l'OSS che le ha portato il cibo mi ha chiamato dicendo che la ragazza nuovamente non rispondeva più. L'ho trovata di nuovo stuporosa, e con flutter palpebrale.

Ho inizio a parlarle dopo nuovo approfondimento con passi, dicendole che era ora di mangiare. Lei mi ha risposto "Non posso mangiare perché è buio". Le ho detto: "Se apri gli occhi vedi che c'è la luce". La sua risposta è stata: "Quaggiù è buio!"

Ho chiesto: "Quaggiù dove?" e lei "Nel pozzo". Allora le ho detto che sarebbe bastato che uscisse dal pozzo, aprisse gli occhi, e avrebbe potuto iniziare a mangiare... Ma lei di rimando: "C'è il muro, è alto, non posso uscire!"

A questo punto le ho detto: "Scusa, hai ragione, è vero che il pozzo ha la parete alta e liscia, ma se tu ti guardi bene intorno o tocchi con le mani, puoi notare che ci sono dei pezzi di legno incassati nella parete, e tu puoi usare quel legno come fossero scalini per salire su. Li saliamo insieme? Io li conto man mano che sali, sono 10" Lei ha detto "Sì!"

Così ho iniziato a contare, al 5 le ho chiesto se stavo andando troppo velocemente, ma lei ha risposto che andava bene. Arrivati a zero, ha aperto gli occhi e mi ha detto: "Ciao donna magica dai super-poteri!"

In seguito ha raccontato di rifugiarsi spesso in quel pozzo, soprattutto in corso di terapia, per sfuggire alla sensazione di miglioramento dello stato di salute. Ha ammesso inoltre tentativi anticonservativi, non dichiarati in precedenza. Le è stato consigliato di essere seguita da uno psichiatra. Ha accettato di buon grado. A distanza di mesi, ha raccontato di non aver più avuto episodi di “pozzo”.

CONCLUSIONI

Nello studio effettuato l'ipnosi pare essere un utile strumento per il controllo di intensità, durata e frequenza con cui dolore e ansia si presentano. Seppur su una piccola casistica, trovano conferma i dati della letteratura sia in caso di dolore cronico, sia di dolore acuto dovuto a traumi o a procedure mediche, sia per condizioni minori che riguardano la vita di ogni giorno.

La comunicazione ipnotica è in grado di contenere stati di ansia, di depressione o di stress. Migliora l'esperienza psicologica del dolore e, grazie ad un breve addestramento, può aiutare chi soffre di stati ansiosi o di dolore di diversa natura a gestire in modo efficace il proprio benessere, in autonomia.

Al di là del dato matematico, i veri risultati di questo lavoro sono:

- Aver trovato un metodo di lavoro e di analisi che mi ha portato a cogliere con maggior facilità le situazioni critiche affrontabili con la tecnica della comunicazione ipnotica, con vantaggi sia dal punto di vista clinico che organizzativo.
- La maggior consapevolezza del valore della comunicazione ipnotica, che si traduce nel fare meglio il mio lavoro, dall'accoglienza del pazien-

te in poi, fornendo un valido strumento d'aiuto nell'iter diagnostico/terapeutico.

- La possibilità di coinvolgere man mano i colleghi, soprattutto quelli più scettici, ottenendo di non essere ostacolata nell'utilizzo della tecnica (come spesso succedeva in precedenza), a volte collaborazione, e spesso curiosità attiva che ha portato molti a voler conoscere meglio questa nuova modalità di "prendersi cura" della persona.

Allegato A

SCHEDA RILEVAZIONE DATI

Data: _____

Codice _____

Anno di nascita: _____

Giunto/a per
.....

Prima

1) Si era già trovato in questa situazione in passato? **SI** **NO**

2) Indichi quali emozioni / sintomi sono prevalenti e con quale intensità (da 0 a 10)?

a) ANSIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="text" value="Non presente"/>										<input type="text" value="Massimamente presente"/>
b) PAURA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="text" value="Non presente"/>										<input type="text" value="Massimamente presente"/>
c) DOLORE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="text" value="Non presente"/>										<input type="text" value="Massimamente presente"/>
d) AGITAZIONE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="text" value="Non presente"/>										<input type="text" value="Massimamente presente"/>

Tipo d' induzione _____

Tempo d'induzione _____

Note _____

Dopo

1) Ripensando alla situazione appena sperimentata, indichi quali emozioni / sintomi ha provato e con quale intensità con l'uso di questa tecnica

a) ANSIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Non presente										Massimamente presente
b) PAURA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Non presente										Massimamente presente
c) DOLORE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Non presente										Massimamente presente
d) AGITAZIONE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Non presente										Massimamente presente

2) L'utilizzo di questa tecnica l'ha aiutata? **SI** **NO**

3) Qual è il suo giudizio relativamente all'efficacia di questa tecnica, usando una scala da 0 a 10?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessuna efficacia										Massima efficacia

4) La utilizzerebbe nuovamente se dovesse ripresentarsi un problema simile?

Si **No** Non necessariamente

5) La consiglierebbe? **Si** **No**

6) Tempo percepito (in caso di procedura) _____

7) È riuscito/a a distaccarsi dalla situazione e ad immaginare una situazione piacevole in cui rifugiarsi?

Si **No** Se sì dove? (facoltativo) _____

Note / Commenti

Biblio-sitografia

Ehde DM, Jensen MP, Engel JM, Turner JA, Hoffman AJ, Cardenas DD. *Chronic pain secondary to disability: A review*. Clinical journal of pain. 2003;19:3-17

Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J, Pinget C, Maravic P, Koch N, Raffoul W, Chiolero RL. *Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns*. Burns. 2010;36:639-646

Kohen DP. *Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: What the Children Say*. International journal of clinical and experimental hypnosis. 2010;58(4):417-432

Evidence-Based Nursing, 2001 *Self hypnotic relaxation combined with structured attention reduced the discomfort of invasive medical procedures*

Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al.. *Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial*. Lancet 355, 1486.

Patterson, David R.; Jensen, Mark P. *Hypnosis and clinical pain*. Psychological Bulletin, Vol 129(4), Jul 2003, 495-521. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.495

Simona Caprilli *Le tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore nel bambino* Pubblicato sul n° 2 di GISIP di giugno 2010

Erickson M.H. *"Guarire con l'ipnosi"*. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1984

Del Castello E., Casilli C. *"L'induzione ipnotica"* Franco Angeli Editore, Milano, 2007

Erickson M.H., *La mia voce ti accompagnerà. Racconti didattici di Milton H. Erickson*, Astrolabio, Roma 1983

Bandler e Grinder *I modelli della tecnica ipnotica di M. Erickson – Ubaldini 1984*

Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. Torino: UTET

ASSOCIAZIONE per la RICERCA in EUROPA sull'AUTISMO – AREA GCA – ONLUS
www.genitoricontraautismo.org

Ringraziamenti

Vorrei innanzitutto esprimere la mia gratitudine alla D.ssa F. Muro, relatore della mia tesi, per l'aiuto e il sostegno fornitomi durante la stesura del lavoro.

Ringrazio i docenti del C.I.I.C.S. per gli insegnamenti ricavati dalle loro lezioni.

Inoltre, vorrei esprimere la mia gratitudine al Dr. I. Vitale per i numerosi consigli e l'ironia.

Infine, voglio ricordare e ringraziare con affetto i miei genitori e Marcello che, per tutta la loro vita, mi hanno insegnato ad avere una mente aperta ed a mettermi sempre in gioco.