

ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA**

Anno 2015

**La Comunicazione Ipnotica in RSA:
il caso di Piera.**

Candidato

Todaro Lorena

Relatore

Muro Milena

Indice:

Ringraziamenti	Pag. 4
Premessa	Pag. 5
Introduzione	Pag. 7
L'ipnosi come strategia terapeutica	Pag. 8
Struttura dell'ipnosi	Pag. 17
Il caso di Piera	Pag. 18
Conclusioni	Pag. 24
Bibliografia	Pag. 25

Ringraziamenti:

Ringrazio innanzitutto la Dott.sa, nonché collega, Milena Muro per aver accettato di essere mia relatrice e per gli insegnamenti che ha trasmesso durante il corso C.I.I.C.S. Spero di diventare un'infermiera esperta in comunicazione ipnotica brava e capace come lei.

Ringrazio il mio relatore della tesi di laurea triennale, per avermi avvicinata per la prima volta al mondo dell'ipnosi, insieme alla mitica Laura Rizzi ed Erica Taboga.

Ringrazio tutti coloro che hanno permesso la creazione del C.I.I.C.S., perché mi hanno aperto "un mondo", che spero di poter donare ai miei pazienti, aiutandoli ad essere consapevoli delle loro infinite ed uniche capacità!

Infine ringrazio Piera, grandissima donna, che si è prestata come "caso clinico" per permettermi di scrivere questa tesi.

Premessa:

Durante il mio percorso formativo universitario, mi sono spesso soffermata a pensare a quanto la sofferenza e i vissuti emotivi siano parte integrante, e spesso predominante, dei percorsi di cura a cui ogni persona assistita deve sottoporsi. A tal proposito, ho iniziato a chiedermi se esistessero metodi che potessero aiutare le persone a gestire le proprie emozioni negative ed i propri sentimenti di ansia, in modo da non farsi sovrastare e schiacciare sotto il loro peso.

Durante lo svolgimento di una ricerca bibliografica, riguardante metodi alternativi per il controllo del dolore, mi sono imbattuta in un articolo riguardante la comunicazione ipnotica. Sono rimasta subito molto affascinata da questa tecnica, così ho iniziato a cercare informazioni a riguardo. Da quel momento è nata in me l'idea di approfondire la conoscenza della pratica ipnotica e, perché no, utilizzarla per la mia tesi di Laurea.

Ho iniziato così un percorso nell'Unità trapianti renali del presidio ospedaliero Molinette di Torino, che utilizzava la Comunicazione Ipnotica per il trattamento di ansia e dolore associati alla procedura bioptica su rene trapiantato.

Completato il mio percorso di studi, ho iniziato a lavorare presso una RSA in Torino e contemporaneamente mi sono iscritta al Centro Italiano Di Ipnosi Clinico-Sperimentale (C.I.I.C.S.) che mi ha permesso di conoscere l'ipnosi, i suoi molteplici utilizzi e campi di applicazione.

Ho deciso di applicarla nel mio campo professionale, con non poche difficoltà, legate in parte all'età anagrafica dei pazienti, in parte al basso livello di istruzione e alle patologie con degenerazione cognitiva degli ospiti che vivono in questa struttura.

Nonostante ciò attuo le conoscenze acquisite per applicare consapevolmente Comunicazione Ipnotica nella relazione con i pazienti migliorando il rapporto, in particolare una donna aveva problemi legati alla claustrofobia e agli effetti collaterali della chemioterapia: la signora Piera. A lei ho proposto di sperimentare nuove possibilità per migliorare la gestione dei sintomi e permetterle una migliore qualità di assistenza. Piera è stata entusiasta e si è subito resa disponibile. Con lei ho potuto sperimentare quanto potevo essere d'aiuto con questa tecnica nel dare assistenza al paziente.

Introduzione:

Per la persona assistita l'ospedalizzazione, nonostante abbia come obiettivo la cura della patologia che la affligge, genera spesso sentimenti di disagio e stress.^[1,2,3] Questo è dovuto ai cambiamenti che la malattia e il percorso di cura generano nella vita fisica e psicologica del paziente: il confronto con un nuovo ambiente fisico e sociale, con il personale sanitario, l'insorgenza di possibili complicanze, indagini diagnostiche invasive, diagnosi infauste o l'evidenza di trovarsi davanti a malattie di tipo cronico, che non permetteranno mai una vera e propria ripresa delle precedenti condizioni di salute.^[4]

L'utilizzo della tecnica di comunicazione ipnotica^[5] ha avuto un importante impatto per il trattamento dell'ansia che accompagna il momento dell'ospedalizzazione e quindi l'esecuzione di esami diagnostici,^[6,7] oltre che per il contenimento della sintomatologia dolorosa associata agli interventi.

È ormai possibile, nei diversi contesti ospedalieri, riscontrare l'utilizzo dell'ipnosi nelle pratiche medico/chirurgiche e diagnostiche,^[8,9] con grandi evidenze di efficacia specialmente in ambito oncologico: emerge infatti un dimostrato successo dell'ipnosi nel contenimento di nausea ed emesi^[2] e della fatigue^[6] tipici delle fasi in trattamento chemioterapico.

Si può quindi considerare come un ulteriore strumento disponibile di ricerca ed applicazione in campo medico-sanitario.^[1,5,6,9]

L'ipnosi come strategia terapeutica

Per ipnosi, secondo la definizione fornita da F. Granone, si intende: “uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente”.^[10]

Attraverso questa tecnica è possibile indurre una trance ipnotica vigile, ossia uno stato di rilassamento e abbassamento delle difese razionali che sono tipiche dello stato di pre-addormentamento, simile a quello che si sente quando si è così immersi in un libro o in un film da provare lo stesso stato emotivo dei protagonisti.^[10] L'ipnosi è quindi uno stato di coscienza modificato “naturale”, tale da rendere l'organismo capace di accedere alla totalità delle sue risorse, sia somatiche che mentali: si tratta in sostanza di una condizione biologicamente adattativa, che permette di creare uno stato di attenzione selettiva nei confronti di uno specifico stimolo. È necessario quindi dimenticare l'antica credenza che considerava gli ipnotisti come i possessori di un potere magico.^[11]

La comunicazione ipnotica, di maggior competenza infermieristica, è una capacità comunicativa particolare attraverso la quale è possibile, mediante il rapporto empatico, comprendere meglio i bisogni del paziente così da poterlo aiutare in modo efficace. Grazie ad essa è anche possibile applicare tecniche particolari, come quelle utilizzate dall'ipnosi terapeutica, per ottenere ad esempio stati di rilassamento e distacco da interventi particolarmente stressogeni.

La comunicazione ipnotica permette quindi di imparare a comunicare in qualsiasi momento e in qualsiasi contesto in maniera efficace e utile a rendere una realtà difficile più accettabile. ^[12] Si può dunque constatare quanto la comunicazione ipnotica abbia infiniti ambiti di applicazione.

Durante la seduta d'ipnosi, la persona è coinvolta in uno stretto rapporto con l'infermiere che lo accompagna nell'induzione di questo stato; questo consente di farsi guidare in un percorso di progressivo rilassamento in modo da creare una particolare interazione mente corpo che permette la realizzazione delle rappresentazioni mentali (monoideismi plastici) basate sulle suggestioni suggerite dall'operatore, mantenendo su di esse la propria concentrazione invece che sugli stimoli esterni. Infatti, durante la trance ipnotica, si crea uno stato di dissociazione indotta, temporanea e reversibile, in cui si attua l'accoglienza, da parte del soggetto ipnotizzato, della suggestione attraverso la realizzazione plastica del monoideismo, ossia la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea ricca di contenuto emozionale; questa idea è dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerale e comportamentali.^[10]

La capacità del paziente di realizzare l'ipnosi è mediata da variabili favorenti (rapporto di fiducia con l'ipnotista, motivazioni cosce ed inconsce, aspettative, intelligenza, età) e variabili ostacolanti (rapporto negativo con l'operatore, pregiudizi, paure).^[11,12,13]

La particolare modificazione della coscienza che si verifica durante l'ipnosi presenta sia analogie sia differenze (evidenziabili dal punto di vista

elettroencefalografico) con il sonno vero e proprio: neurofisiologicamente gli usuali metodi induttivi di sonno o di ipnosi provocano in ambedue i casi rilassamento muscolare e la chiusura degli occhi e facilitano una deafferentazione funzionale, che riduce al minimo lo stato di eccitazione della sostanza reticolare per riduzione degli impulsi afferenti, attivando così la creazione di monoideismi plastici.^[10,14]

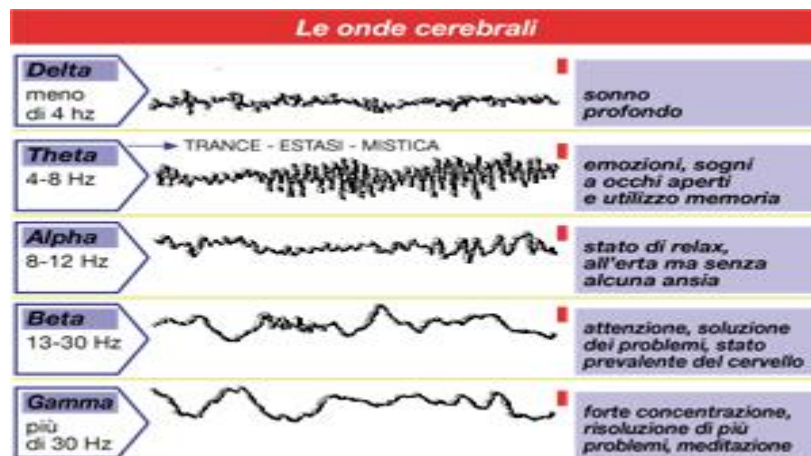
Durante la trance l'attività dell'emisfero destro prevale su quella del sinistro (che in genere è il dominante). Al sopirsi dell'emisfero sinistro (quello del pensiero razionale logico-analitico, astratto, lineare, temporo-spaziale) corrisponde un potenziamento percentuale di quello destro (più sviluppato invece sul pensiero immaginativo, circolare, musicale ed emozionale) grazie al quale è possibile dialogare direttamente con l'inconscio corporeo.

Rispetto alla veglia si ha una riduzione delle onde beta ed un incremento delle onde lente delta e theta, mentre ancora non è chiara la correlazione delle onde alfa con lo stato ipnotico.

Studi effettuati con la PET (tomografia ad emissione di positroni), che evidenzia la irrorazione cerebrale, mostrano, durante lo stato di trance, un aumento della eccitazione corticale a livello dei lobi prefrontali, che spiegherebbe l'ampliamento dell'autocoscienza, una riduzione dell'eccitazione corticale, particolarmente nella zona posteriore del cervello, che è quella preposta all'orientamento spazio-temporale (e questo spiegherebbe perché il tempo e lo spazio sembrano annullarsi e dilatarsi). Viene invece attivato il "sistema esecutivo", cioè si enfatizzano

funzionalmente le strutture cerebrali inferiori e si ha una maggior irrorazione a livello del talamo, zona ponto-encefalica e midollare.

È possibile così modificare il vissuto sensoriale e dello schema corporeo e si viene a creare un feed-back “svincolato”, capace di interferire sulle caratteristiche del sistema neurovegetativo normalmente al di fuori dal controllo volontario come il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura cutanea ed in grado di influenzare anche il sistema neuroendocrino ed immunitario.



A livello neurologico è possibile ipotizzare che le tecniche ipnotiche rilassanti, proprio perché deprimono l'attività cosciente di veglia, e quindi, riducono l'attivazione reticolare, mettono in moto i meccanismi tronco-encefalici che presiedono ai sogni, senza peraltro bloccare l'attività muscolare: questo spiegherebbe il rallentamento e la tipica stereotipia motoria del soggetto in ipnosi. In questa fase si verifica spesso un fenomeno estremamente interessante e ricorrente durante la trance ipnotica: i rapidi movimenti oculari

che si verificano durante la fase REM (Flutter delle palpebre utile per la riarmonizzazione dei due emisferi) del soggetto ipnotizzato, senza esecuzione di movimenti fisici.

Va inoltre sottolineato che l'ipnotizzabilità di un soggetto, sia pure allenato e con lo stesso operatore, non è sempre egualmente rapida e/o espressione di tutte le abilità potenziali del paziente. In sostanza, è come se anche la trance ipnotica (almeno quella relativa all'impiego di tecniche induttive di tipo rilassante) subisse le oscillazioni tipiche di tutti i ritmi biologici.^[11]

Per comprendere come la comunicazione ipnotica agisca a livello neurofisiologico, è necessario conoscere il funzionamento del sistema limbico, in quanto interessato durante il processo di "trance". A livello comportamentale il sistema limbico dà espressione ai bisogni viscerali del corpo, interpretando le esperienze in termini "affettivi" piuttosto che razionali, modalità quest'ultima che sembra prerogativa delle attività neocorticali superiori. L'influenza modulatrice del sistema limbico, però, non si limita soltanto alla mediazione delle espressioni emozionali soggettive, ma entra in gioco ogni volta che vengono attivati i più primitivi processi emotivo-motivazionali, basilari per la sopravvivenza dell'individuo.^[15]

Studi elettrofisiologici hanno identificato due aree appartenenti al sistema limbico che sono implicate nei fenomeni ipnotici: l'ippocampo, che sembra responsabile del mantenimento della condizione ipnotica, e l'amigdala, che sembra svolgere un ruolo primario nei meccanismi di risveglio dall'ipnosi. Lo stato ipnotico sarebbe mediato dall'attività combinata di queste due strutture attraverso una inibizione funzionale dell'amigdala, responsabile del senso di

calma, dell'ipoattività e dell'insensibilità all'ambiente e una attivazione funzionale delle strutture ippocampali. [16]



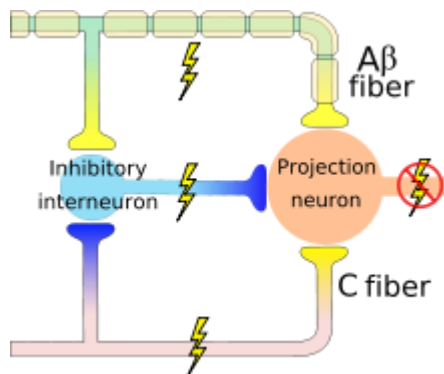
Si può quindi dedurre che attraverso questa tecnica si favorisca una riorganizzazione selettiva di una certa quantità di stimoli-risposta, in modo da ristrutturare il complesso comportamentale del soggetto al fine di eliminare tutte quelle reazioni automatiche indesiderate (ansia) o non adattive (dolore). [16]

L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva. In soggetti altamente ipnotizzabili è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa. [16] E' probabile che, nello stato di coscienza ipnotico, specie se finalizzato alla desensibilizzazione dal dolore, si realizzi un aumento della produzione di endorfine che spiegherebbe la "disattivazione" delle vie dolorifiche. [15]

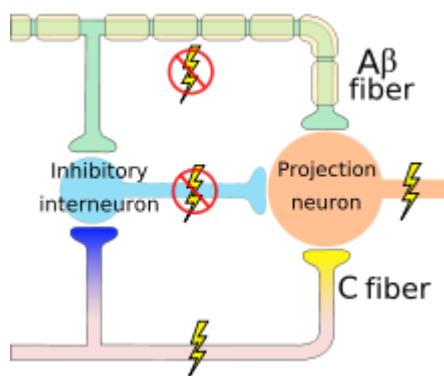
Il dolore viene captato a livello periferico dai nocicettori, che trasmettono poi il segnale attraverso due generi di fibre nervose:

- le A δ (A-delta), mielinizzate ed a trasmissione "veloce";
- le C, amielinizzate ed a trasmissione "lenta".

Gate Control e neurofisiologia molecolare del neurone:



Cancello chiuso: la fibra A β stimola l'interneurone inibitorio, che va a bloccare la trasmissione dell'impulso dolorifico al cervello.



Cancello aperto: la fibra C blocca l'azione inibitoria dell'interneurone, per cui il segnale doloroso è libero di passare.

Il concetto fondamentale della GCT si basa sull'interazione e sulla modulazione reciproca tra le fibre nervose nocicettive e quelle non-nocicettive.

L'interazione che è stata teorizzata da Melzack e Wall per spiegare la GCT riguarda in particolare le fibre dolorifiche di tipo A δ e C e le fibre non dolorifiche di tipo A β , di maggior calibro delle precedenti e responsabili della

percezione degli stimoli tattili e pressori. In sintesi, la teoria stabilisce che se prevale l'attività lungo le fibre di grosso calibro (cioè le A β), la percezione del dolore sarà smorzata, mentre se a prevalere sono le scariche delle fibre di piccolo calibro (cioè le A δ e le C), il dolore verrà percepito in maniera più acuta.

Per attuare questo meccanismo, l'organismo si avvale degli interneuroni: questi utilizzano come neurotrasmettitore un oppioide endogeno, detto encefalina, che viene veicolato tramite il cortissimo assone dell'interneurone fino al neurone midollare. Tutte le fibre che prendono contatto con il neurone midollare (cioè sia le A β che le A δ e le C) rilasciano, prima della sinapsi con il neurone stesso, un collaterale assonico che prende sinapsi con l'interneurone encefalinergico, con effetti diversi: le fibre A β infatti ne stimolano l'attività, mentre le fibre di piccolo calibro lo inibiscono. In questo modo, si possono configurare due situazioni diverse:

1. Se la fibra A β è attivata per uno stimolo non dolorifico, essa andrà ad attivare l'interneurone inibitorio, che quindi bloccherà la trasmissione di eventuali segnali dolorifici fino al cervello. In questa configurazione, il cancello è chiuso e non si percepisce dolore;
2. Se la fibra A δ o C trasmette uno stimolo dolorifico, essa va contemporaneamente ad inibire l'azione dell'interneurone encefalinergico, per cui quest'ultimo non potrà inibire a sua volta la trasmissione dell'impulso doloroso al cervello. In questa configurazione, il cancello è aperto e il dolore viene percepito.

Ciò comporta che, se uno stimolo dolorifico e uno stimolo meccanico vengono trasmessi simultaneamente, la trasmissione dello stimolo dolorifico sarà attenuata per via dell'azione eccitatoria svolta dalla fibra A β sull'interneurone encefalinergico.

I recettori che agiscono mediante questo tipo di meccanismo, detto "a cancello", sono quelli che in particolare controllano le sinapsi più veloci del sistema nervoso (nell'ordine di 1-2 millisecondi), quali quelli delle fibre nervose deputate alla trasmissione degli stimoli tattili, termici, dolorifici, etc., dalla periferia al sistema nervoso centrale. ^[8]

Va però sottolineato che il vero e totale controllo del dolore, l'analgesia ipnotica, è ottenibile soltanto in uno stato di ipnosi sonnambulica che caratterizza solo il 12-14% delle persone. ^[17]

Struttura dell'ipnosi:

- Pre-induzione: (Rapport) ^[18], realizzazione di un rapporto di fiducia e confidenza, nel quale vengono identificati i canali comunicativi maggiormente sviluppati della persona (cinestesico, visivo, olfattivo e acustico) che permetteranno di individuare la migliore metodologia di induzione; la creazione di un "Rapport" efficace, consente un abbassamento della critica da parte del paziente nei confronti dell'operatore e favorisce l'accettazione delle suggestioni fornitogli, oltre ad essere utile nel convincere la persona a sottoporsi alla pratica ipnotica e stabilire un obiettivo terapeutico;
- Induzione: manovre atte a realizzare un percorso di rilassamento (attraverso "l'attenzione focalizzata"), al fine di attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici, secondo le suggestioni fornite dall'operatore; le affermazioni fatte dall'operatore devono essere prontamente verificabili dal paziente e aperte, attraverso elaborazione verbale e descrittiva di quanto accade al soggetto in trance, mai come ordini, ma come possibilità. Vanno quindi forniti degli "ordini motivati";
- Terapia: la realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia induttore-soggetto;
- De-induzione: progressivo allontanamento dalla realizzazione dei monoideismi plastici, con ripristino dello stato di coscienza ordinario;
- Coda: periodo di maggiore suscettibilità ad una nuova destabilizzazione.

Il caso di Piera:

Piera è una donna di 72 anni, affetta da Ca mammario bilaterale. Nel 2010 viene ritrovata riversa sul pavimento di casa sua, in stato di incoscienza, dai carabinieri. Il marito affetto dai postumi di un ictus, immobilizzato nel letto, incapace di chiedere aiuto. A seguito di un periodo di ricovero in ospedale, nel quale si scoprirà la sua patologia ormai in stadio avanzato, i due coniugi vengono presi in carico dagli assistenti sociali che decidono di ricoverarli presso una casa di cura, in quanto non capaci di provvedere ai propri bisogni fondamentali.

Piera e Giuseppe entrano all'RSA Le Terrazze alla fine del 2010. Nel corso degli anni Piera si sottopone a mastectomia bilaterale, diversi cicli di chemioterapia e radioterapia, con scarsi risultati: la malattia progredisce a tal punto da procurarle lesioni ulcerate su tutto il torace, che non rispondono più ai farmaci.

Nel Marzo 2015 Giuseppe muore a causa di una polmonite, e Piera cade in un tunnel di sconforto e depressione. Decide così, di interrompere ogni trattamento finalizzato alla cura del suo tumore e questo fa sì che la sua malattia progredisca ulteriormente, provocandole ulteriori metastasi in tutto il corpo.

Nel corso della mia permanenza in Rsa ho instaurato con Piera un ottimo rapporto di fiducia, tanto che lei ha sempre aspettato me per l'esecuzione delle sue quotidiane medicazioni, e per confrontarsi circa le sue paure o dubbi.

Grazie al supporto della psicologa della struttura e ai nostri frequenti colloqui, Piera ha deciso nel mese di Luglio di ricominciare il suo iter terapeutico, sottoponendosi a una TAC Total Body.

Avendomi raccontato di provare estrema ansia in vista dell'esame, correlata sia all'esito della Tac, sia alla sua storica paura per i luoghi chiusi, le ho proposto con la Comunicazione Ipnotica di provare a sperimentare le sue abilità per migliorare il controllo proponendo la possibilità di sperimentare l'ipnosi come strumento per raggiungere quest'obiettivo , spiegandole che l'avrebbe aiutata a gestire i suoi sentimenti di ansia e il senso di claustrofobia.

La prima seduta di ipnosi è stata effettuata una settimana prima dell'esecuzione dell'esame; dopo aver ricreato un setting tranquillo e lontano da fonti di distrazione o disturbo, ho spiegato a Piera in che cosa consiste l'ipnosi, illustrandogliela come una tecnica che favorisce il rilassamento e che permette la creazione di un'attenzione selettiva nei confronti di alcuni stimoli, invece che sui fattori che creano disagio. Durante il nostro colloquio ho cercato di capire in cosa consistevano le paure legate all'esecuzione dell'esame, per facilitare il mio percorso di guida attraverso le suggestioni che le avrei dovuto dare. In tal modo ho anche potuto individuare i suoi canali comunicativi maggiormente sviluppati (scoprendola per lo più visiva e in seconda preferenza cinestesica).

Quindi, le ho fatto assumere una posizione comoda nel letto e l'ho invitata a chiudere gli occhi per potersi meglio concentrare su quanto le avessi suggerito da lì in avanti. A quel punto ho eseguito una serie di manovre che

le permettessero di rilassarsi in maniera sempre più profonda: concentrazione sul respiro, sulla percezione di sé nello spazio, del contatto del proprio corpo con il letto e di come questo possa abbandonarsi in maniera sempre più profonda.

Già dopo pochi minuti è stato possibile notare il flutter delle palpebre, il rilassamento della mimica facciale, un totale abbandono muscolare, e inizialmente una deglutizione frequente. Ho quindi contribuito all'approfondimento dello stato ipnotico, dando un ricalco dei segni appena notati e complimentandomi con Piera per la semplicità con cui stava realizzando questo stato di rilassamento.

A quel punto ho chiesto a Piera di immaginare di poter volare in un cielo aperto pieno di colori, in uno spazio sconfinato, libera di andare via dalle situazioni dalle quali si sentiva oppressa, di poter respirare a pieni polmoni l'aria profumata. Le ho suggerito che la sua capacità di librarsi nello spazio sconfinato poteva sentirla dalla leggerezza che le avrebbe trasmesso il suo braccio (che ho appena sollevato dal letto), che pian piano si è sollevato leggero, leggermente scosso come dal vento (ha sviluppato efficacemente la levitazione).

Avendo quindi appurato che Piera era stata in grado di sviluppare molto bene il monoideismo plastico, le ho dato l'ancoraggio, spiegandole che ogni qualvolta avesse chiuso l'indice e il pollice della sua mano destra, sarebbe potuta tornare in questo stato di estremo rilassamento e serenità.

A seguito della de-induzione dallo stato ipnotico, ho svolto un colloquio con Piera per farle esprimere le sue sensazioni in merito all'esperienza appena vissuta:

“...è stata un'esperienza strana, non pensavo si potesse provare qualcosa di simile solo chiudendo gli occhi... A tratti pensavo di sognare! Era come se sotto di me ci fosse Giuseppe, la sua malattia, la mia malattia e soprattutto quella maledetta TAC, così chiusa, così soffocante.. E poi mi sono ritrovata a volare, era strano... lo guardavo giù e tutto diventava piccolo, lontano.. E più salivo, più stavo bene! E poi alzo gli occhi e vedo che sono nel cielo, e volo sulle nuvole! Era il mio sogno da quando ero bambina volare! E sembrava che le preoccupazioni non fossero poi così importanti, perché io ero lontana e leggera e respiravo aria buona, fresca, profumata. E quanto era bello sentire il vento sulla pelle! È stata un'esperienza che vorrei rifare altre mille volte.” .

Ho quindi voluto verificare la capacità di effettuare l'autoinduzione, e successivamente l'ho invitata ad eseguire la tecnica ogni sera prima di addormentarsi come allenamento. Nei giorni successivi ho avuto modo di verificare l'efficacia dell'autoipnosi, convincendola che sarebbe riuscita ad effettuarla in modo efficace anche il giorno dell'esame.

Il giorno dell'esecuzione della TAC Piera ha effettuato l'autoipnosi con estremo successo, riuscendo ad affrontare tutta la durata dell'esame con estrema calma. Ritornata in struttura abbiamo svolto un altro colloquio:

“ Ho fatto esattamente come mi hai detto. Ho chiuso gli occhi e fatto il mio segno, ho respirato come mi hai insegnato e piano piano il cuore ha smesso di battere forte, si è calmato e ho immaginato di volare via dalla macchina della TAC. È stato incredibile, non ci ero mai riuscita! Ho anche rifiutato le gocce di Lexotan, tanto sapevo che sarei andata a farmi il mio volo nel cielo.”

Purtroppo la TAC non ha dato buoni esiti e attualmente Piera sta effettuando una serie di cicli di chemioterapia intramuscolo con farmaci di quarta linea. Le sue lesioni toraciche sono diventate molto estese, e da una di esse è nata una formazione cutanea che si infetta di continuo, provocandole disagio a causa delle secrezioni purulente. Questo purtroppo le provoca spesso sentimenti di sconforto.

Di sua spontanea volontà mi ha chiesto se potessi insegnarle un metodo che la potesse aiutarla con gli effetti collaterali della chemioterapia, come la fatigue e la nausea; mi sono quindi informata attraverso una ricerca sulle banche dati e ho trovato articoli sul trattamento di questi sintomi con l'ipnosi cercando spunti per poterla aiutare in modo efficace. ^[19,20]

Ho ricercato quali suggestioni potessero aiutarla a superare la sensazione legata alla fatigue e alla nausea. Quindi, dopo aver chiesto alla paziente di utilizzare l'autoipnosi, ho suggerito a Piera di immaginare di trovarsi in un posto particolarmente piacevole, a lei caro, che la facesse sentire bene, in cui potersi ogni volta ricaricare di energie per poter ricominciare piacevolmente la giornata anche quando le sembra di non avere più forze. E da quelle nuove forze avrebbe potuto attingere ogni qualvolta si fosse sentita sul punto di cedere.

Per quanto riguarda il problema della nausea, ricordando che ai pazienti oncologici si consiglia spesso di assumere alimenti freschi per superare il senso di nausea, le ho suggerito di provare ad immaginare alla sensazione di freschezza e benessere che si prova mangiando un ghiacciolo al limone (sapendo essere il suo preferito), guidandola nel percorso secondo la componente visiva, cinestesica, e olfattiva dell'esperienza.

Al termine di questa seduta ipnotica abbiamo svolto quindi il nostro terzo colloquio di confronto:

"...sembrerà strano, ma la nausea sembra passare se immagino di mangiare il ghiacciolo... sento il fresco quando lo appoggio alle labbra e il sapore del limone mi aiuta a combattere quella sgradevole sensazione di voler vomitare!"

"... mentre devo dire che andare a ricaricare le energie è davvero utile; vado al ristorante di mia nonna, lì ho passato tutta l'infanzia. Mi sembra ancora di sentire il rumore dei coltelli sui taglieri, e il profumo delle sue pietanze... Ero la bambina più felice del mondo quando stavo con la nonna al ristorante, mi sembrava di poter assorbire tutto ciò che vedevo attraverso gli occhi, mi sentivo felice, davvero felice. Ero piena di speranze e tornare in quel posto mi aiuta... Mi piace questa Ipnosi! "

Attualmente Piera mi conferma di utilizzare spesso l'autoipnosi, per andare nel "suo posto" come lo chiama lei. Dice che lì nessuno la può disturbare e che la fa sentire bene, come non succedeva più da tempo ormai.

Conclusioni

Non è stato affatto semplice trovare, nella realtà in cui lavoro, una persona che avesse i requisiti per esser un buon candidato all'Ipnosi (età molto avanzata, sordità, difficoltà dell'attenzione, patologie psichiatriche).

Con Piera, ammetto che non sia stato facile riuscire a realizzarla con i dovuti tempi e con l'importanza che merita, specialmente perché i tempi sono stati stretti e ritagliare dei momenti per effettuare le sedute e i colloqui con tutta la tranquillità necessaria, in un'RSA piena di gente e con solo due infermieri in turno per 120 ospiti, è pressoché un'impresa idilliaca.

Nonostante ciò mi è piaciuto moltissimo lavorare con Piera, che si è dimostrata molto fiduciosa nei miei confronti e desiderosa di sperimentare questa tecnica meravigliosa.

Io sono riuscita nel mio piccolo a darle uno strumento che potesse aiutarla a superare dei momenti critici della sua storia, e lei mi ha dato la possibilità di acquisire una grande fiducia nelle mie capacità per quanto concerne l'attuazione della comunicazione ipnotica, facendomi scoprire una fantasia, un'inventiva e una capacità di improvvisazione che non immaginavo di possedere!

Questa tesi è stato il frutto di mesi di lavoro, spesso sacrificato e sofferto, che però mi ha aiutata a completare un percorso che mi appassiona moltissimo e che spero mi aiuti a diventare un professionista sanitario migliore.

Bibliografia:

[1]Eitner AS, Sokol AB, Wichmann AM, et al. Clinical use of a novel audio pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiolysis during dental implant surgery: a prospective study. *International journal of clinical and experimental hypnosis*; 59:2, 180-197.

[2]Néron S, Stephenson R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *Intl journal of clinical and experimental hypnosis* 2007; 55(3): 336-354.

[3]Litke J, Pikulska A, Wegner T. Management of perioperative stress in children and parents. Part I--the preoperative period. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2012 Jul-Sep;44(3):165-9.

[4] De Isabella G, Bisanti R, Mazzola A. Il paziente nefrologico: il contributo della psicologia. *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2003; 15: 5-9.

[5]Rogovik AL, Goldman RD. Hypnosis for treatment of pain in children. *Can Fam Physician.* 2007 May;53(5):823-5.

[6]Montgomery GH, . Bovbjerg DH, Schnur JB, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer inst* 2007; 99: 1304-12.

[7]Elkins G, Sliwinski J, Bowers J, et all. Feasibility of clinical hypnosis for the treatment of parkinson's disease: a case-study. *Int J Clin Exp Hypn*, Apr 2013; 61(2): 172–182.

[8]Usberti M, Grutta d'auria C, Borghi M, et al. Usefulness of hypnosis for renal needle biopsy in children. *Kidney international* v.1. 26 (1984); pp. 351-352.

[9]Elvira V, Lang A, Kevin S. et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 126 (2006); 155-164.

[10]Franco Granone. *Trattato di ipnosi*. Utet 1989

[11]Cavallaro E. L'ipnosi: una introduzione psicofisiologica. Collana caleidoscopio- ed italiana. Medical systems spa, issn 0394 3291.

[12]Eslinger R. Nursing and Hypnosis - A perfect combination. The Tennessee Nurse, 2007; Vol 70, number 1.

[13]Yeh V M, Schnur J B, Montgomery G H. Disseminating Hypnosis to Health Care Settings: Applying the RE-AIM Framework. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* 2014; Vol. 1, No. 2, 213-228.

[14]Facco E, Pasquali S, Zanette G. Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia* 2013; 68, 961-965.

[15]Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP. Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *TBM* 2012;2:65–72.

[16]Antonelli C. Ruolo dell'ipnosi nel controllo del dolore: definizione ed evidenze. *Acta Anaesth. Italica* 2005; 56: 95-112.

[17]Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessel, T.M. (2000). *Principles of Neural Science*. McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0838577011

[18]Milton H E. *Healing in Hypnosis, the seminars, workshops and lectures*. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma 1984; volume 1.

[19] Stephen R. Lankton (2015) Hypnosis and Therapy for a Case of Vomiting, Nausea, and Pain, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58:1, 63-80, DOI: 10.1080/00029157.2015.1040298

[20] Joseph A. Roscoe, PhD, Michael O'Neill, MD, Pascal Jean-Pierre, et all. *An Exploratory Study on the Effects of an Expectancy Manipulation on Chemotherapy-Related Nausea* University of Rochester James P. Wilmot Cancer Center (J.A.R., M.O., P.J.-P., C.E.H., M.S., A.H., R.Q., B.S.), Rochester, New York; Harvard Medical School (T.J.K.), Boston, Massachusetts; and Rochester General Hospital Cancer Center (P.B.), Rochester, New York, USA.