



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

**anno 2024**

*Gestione dell'ansia del paziente nel percorso pre-operatorio*

***Candidata***

*Martina De Lise*

***Relatore***

*dott. Paolo Granone*

## **Indice**

**Premessa..... p .3**

**Introduzione.....p.4**

### **Capitolo 1**

**L'ansia ..... p. 6**

**L'ansia peri-operatoria .....p.7**

**L'ansia pre-operatoria ..... p.8**

### **Capitolo 2 :**

**Ipnosi di Granone : La Comunicazione Ipnotica.....p.10**

**Casi clinici : la mia esperienza .....p.20**

**Conclusioni..... p. 23**

**Bibliografia ..... p. 24**

## **PREMESSA**

Il mio interesse per l'ipnosi nasce dal recente incarico lavorativo in qualità infermiera ortopedica ospedaliera. Il confronto quotidiano con la sofferenza, il dolore e le difficoltà delle persone che vivono le fatiche dell'accettazione di dover affrontare un intervento chirurgico od un percorso di cure della gestione dell'ansia e del dolore ha determinato in me la volontà di scoprire e la decisione di impadronirmi di uno strumento terapeutico potente quale appunto l'ipnosi clinica.

Il primo periodo del corso è stato per me un momento di prima conoscenza, comprensione della fenomenologia ipnotica e delle tecniche induttive. Solo in un secondo momento, che corrisponde alla prima sessione esperienziale, mi sono sentita pronta per iniziare a sperimentarlo con i miei pazienti e da allora ad oggi mi rendo conto che c'è tanto da imparare e che gran parte di questa competenza proviene dall'esperienza osservata e restituita da tutte le persone alle quali l'ho proposta e che la sperimentano.

Il mio elaborato vuole essere un'introduzione all'applicazione dell'ipnosi su pazienti con frattura di femore.

Nel percorso da me definito, l'Ipnosi clinica mi permette di aiutare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, facilitando i cambiamenti percettivi, emozionali, cognitivi e comportamentali, promuovendo lo sviluppo e il potenziamento di risorse interne utili ad affrontare i compiti connessi alla gestione dell'ansia per il percorso chirurgico, alla prevenzione delle complicanze e al miglioramento della qualità della vita.

## INTRODUZIONE

L'infermiere è una delle figure professionali che è più a contatto con il paziente.

Dall'ingresso in unità operativa, il paziente viene affidato subito agli infermieri, che lo prendono in carico sia dal punto di vista terapeutico che relazionale.

Lavorando presso una degenza ortopedica, afferiscono tantissimi pazienti provenienti da pronto soccorso con diverse fratture, quasi sempre che necessitano di un intervento chirurgico.

Mi è capitato spesso, durante i miei turni in ospedale, di assistere pazienti prima dell'entrata in sala operatoria e di rendermi conto quanto quel momento fosse per loro pieno di ansia, preoccupazione e paura.

Personalmente credo che la presa in carico emotiva del paziente sia un compito essenziale del nostro lavoro e che quindi sia importante essere in grado di riconoscere questo problema ed essere a conoscenza di tecniche e strategie per poter assistere al meglio il nostro paziente.

Ogni intervento chirurgico, indipendentemente dal tipo di operazione tende ad aumentare il livello di ansia.

Ma perché un intervento chirurgico può essere considerato un evento stressante?

Secondo i ricercatori quasi la totalità degli eventi stressanti è accomunata da fattori comuni come la controllabilità, la predicibilità, la minaccia e la perdita.

Ciò che è considerato una minaccia e quindi diventa stressante.

Il punto essenziale è il controllo della situazione, se non possiamo più controllarla il nostro livello di stress aumenta .

Un intervento chirurgico quindi è stressante perché il paziente non ha il reale controllo della situazione. Esso pone la propria vita nelle mani altrui senza aver la possibilità di gestire la situazione.

## Capitolo 1

### L'ANSIA

Con il termine ansia ci si riferisce ad un meccanismo fisiologico e psicologico, strettamente connotato con la paura, di previsione probabilistica di un pericolo o di una minaccia plausibilmente verosimile. Tale minaccia può essere di natura diversa e interessare varie aree come la salute, la qualità di vita, i valori, l'ambiente, i ruoli, il soddisfacimento di bisogni, il raggiungimento di obiettivi, le relazioni personali e il senso di sicurezza. Quando tale meccanismo rimane in un ambito adeguato, si vive una condizione di allarme fisiologico e adattivo che permette alle persone di affrontare i problemi di tutti i giorni con energia finalizzata alla loro risoluzione. .

Quando l'ansia cessa di essere adattiva, invece, si configura come una marcata inquietudine e attesa affannosa di un pericolo imminente e, spesso, indefinibile che si associa a stati d'animo d'incertezza e a vissuti di impotenza.

Se questa condizione si cronicizza e la sintomatologia diviene ingestibile e invalidante in almeno tre sfere della propria vita sociale, allora viene diagnosticata come patologia: ad esempio il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da eccessiva angoscia e preoccupazione in diversi settori come il lavoro, le prestazioni scolastiche fino ad invadere la vita di tutti i giorni.

L'individuo in questo caso trova difficoltà a controllare queste situazioni e potrebbe manifestare un numero variabile di questi sintomi: irrequietezza, facile affaticabilità, tensioni muscolari, astenia, pensieri intrusivi (non di ordine psicotico) o preoccupazioni sovrastimate e disturbi del sonno che nel disturbo d'ansia generalizzato, per definirsi tale, deve manifestarsi per più giorni per almeno sei mesi.

L'intensità dell'ansia è variabile a seconda del rapporto tra la gravità della minaccia percepita e il successo o fallimento degli sforzi sostenuti per far fronte a questi sentimenti.

In campo psicodiagnostico, si distingue fra ansia di tratto e ansia di stato:

-la prima si identifica come una caratteristica non variabile della personalità del soggetto in quanto è stabile nel tempo,

- la seconda è una condizione emotiva variabile, transitoria, particolare di una certa situazione o di un dato momento che può cambiare d'intensità e nel tempo in funzione del modo in cui l'individuo percepisce uno stimolo.

Da ciò ne deriverebbe che i soggetti con elevati livelli di ansia di tratto tenderebbero a rispondere agli stimoli, percepiti come pericolosi, con un aumento maggiore dell'intensità dell'ansia di stato.

## **1.1 L'ansia peri-operatoria**

Il periodo peri-operatorio, connotato per diversificare l'assistenza, rappresenta per il paziente una serie di eventi caratterizzati da reazioni di massima emotività, sia per i rischi che possono manifestarsi con l'intervento chirurgico sia per altri fattori come il tipo di organo che viene interessato e il tipo di anestesia.

L'anestesia può essere parziale o generale;

Le preoccupazioni provate dall'utente si differenziano a seconda della fase in cui si trova il soggetto;

nella fase **pre-operatoria** l'ansia riguarda tematiche legate all'ignoto, alla morte, all'anestesia, alla perdita di giorni di lavoro e del ruolo sociale,

mentre la fase **intraoperatoria** è caratterizzata da sentimenti di paura rivolti verso la perdita di controllo, l'inconsapevolezza di ciò che accadrà, il dolore, la possibilità di non risvegliarsi e verso le alterazioni dell'immagine di sé.

Le preoccupazioni nel **post-operatorio** sono frequentemente legate alla paura di perdere il controllo dei propri pensieri e delle proprie idee in seguito all'anestesia e alla possibilità di avere complicanze nella guarigione.

In seguito viene approfondita l'ansia pre-operatoria essendo questo l'argomento della tesi.

## **1.2 L'ansia pre-operatoria**

L'ansia pre-operatoria è una condizione che accomuna tutti i pazienti operandi. Essa viene descritta come uno stato di disagio o di tensione dovuto alla paura verso la malattia, verso il ricovero in ospedale, verso l'anestesia, verso l'attesa dell'operazione e verso l'intervento chirurgico in sé .

L'ansia pre-operatoria è spesso il frutto di una sensazione di impotenza del paziente di fronte all'esperienza chirurgica e all'ospedalizzazione considerando che queste situazioni portano l'utente a doversi adattare ad un ambiente e a situazioni nuove, sconosciute, diverse dalle abitudini di vita quotidiana.

E' accertato che alti livelli di ansia in questo periodo rappresentano un rischio per la salute dell'utente in quanto stimolano il Sistema Nervoso Ortosimpatico ed Endocrino, portando ad un aumento della frequenza cardiaca, delle frequenza respiratoria e della pressione sanguigna.

Questo stato di agitazione può inoltre interferire con la capacità di apprendimento ed adattamento del paziente oltre a inibire la risposta immunologica e farmacologica.

Infine comporta a un aumento di distress e dolore post-operatorio portando gli utenti a richiedere dosi maggiori di anestetici e farmaci analgesici'.

Alcune ricerche sostengono quindi che una diminuzione dell'ansia pre-operatoria contribuisce a diminuire le complicanze che si possono manifestare nella fase post-operatoria

Per ridurre l'ansia pre-operatoria molte volte si ricorre alla somministrazione di sedativi e farmaci ansiolitici, questi però possono avere effetti collaterali prolungando il recupero post-intervento.

Per questo motivo attualmente si cerca di rivolgere maggiore attenzione ai possibili interventi non farmacologici. In particolare, l'interesse oggi è volto alla riduzione dell'ansia tramite l'ipnosi.

## Capitolo 2

### IPNOSI DI GRANONE

#### LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

L'ipnosi è stata precedentemente definita come uno stato di coscienza modificato caratterizzato da una ridotta consapevolezza di sé associata a una maggiore capacità di risposta alla suggestione. (1)

Granone la definiva come **uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore-soggetti**. Per **monoideismo plastico** intendiamo la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie. (2)

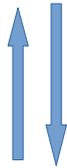
si possono ottenere quei cambiamenti psico-fisici evidenti che modificano il vissuto e l'esperienza per il paziente.

Questo stato psicofisico è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immaginativo-emotive rispetto a quelle critico-intellettive, dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici, in particolare ai livelli più profondi.

Di fatto il soggetto vive un'esperienza di maggior interazione mente/corpo, grazie alla quale è possibile realizzare le suggestioni. In questo modello, l'ipnosi implica un transfert e controtransfert positivo, uno stato empatico e una sincronia interattiva fra ipnologo e soggetto. Viene quindi enfatizzato il ruolo della relazione tra l'ipnotista e

l'ipnotizzato, dal quale non può prescindere il fenomeno ipnotico. Tale rapporto si instaura attraverso una comunicazione, verbale e non verbale, in modo da riuscire ad essere "modificante" nel soggetto che la riceve, fino al verificarsi della trance ipnotica, uno stato dinamico via via modificabile con metafore in grado di attivare un monoideismo plastico. (3)

L'ipnosi è: Stato di coscienza fisiologica



Rapporto (Relazione Medico-Paziente)

L'ipnositerapia, per definizione, implica un intervento preciso, da parte del terapeuta o per opera del paziente stesso. In quest'ultimo caso si parla di autoipnosi.

L'ipnositerapia, che rappresenta l'utilizzo a scopo medico delle potenzialità intrinseche del soggetto che si rendono disponibili pienamente in questo stato psicosomatico, è una scienza basata sulle correlazioni dimostrate fra mente e corpo.

(2)

In seguito ad indagini sperimentali svolte in centri universitari ed ospedalieri, si sa ormai che tutte le funzioni del nostro organismo, sia interne che esterne, possono essere influenzate dalla psiche. L'ipnosi è potenzialità dell'immaginazione o "monoideismo plastico", è un modo di funzionare dell'organismo, ovviamente il più delle volte non gestito consapevolmente.

Obiettivo delle tecniche impiegate è quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata: ciò può essere ottenuto sia con l'aiuto del terapeuta che autonomamente con l'autoipnosi

Fondamentali gli studi, le sperimentazioni e la lunga esperienza clinica del neuropsichiatra Franco Granone per determinare l'attuale orientamento nell'intendere l'ipnosi come fenomeno al tempo stesso psicologico e biologico per cui oggi, con questo termine, si intende una dinamica psicosomatica caratterizzata dal monoideismo plastico.

L'ipnosi non è uno stato rigido da ricercare su cui inserire suggestioni, ma è una condizione di coscienza particolare dinamica caratterizzata da un uso potente della componente creativa della mente. La partecipazione coscienza-corpo non è una dimensione da "indurre" o da ricercare o costruire, è una realtà.

L'ipnosi avviene quando una rappresentazione mentale si manifesta plasticamente dopo essere stata suggerita da un operatore, oppure essere stata determinata da un atto volontario senza l'intervento di altri (autoipnosi).

Essendo la coscienza ipnotica una modalità fisiologica esperita da ognuno di noi, potenzialmente tutti abbiamo la facoltà di padroneggiarla. Come suggerisce Granone, il concetto di refrattarietà è superabile: difatti sostiene che qualora la procedura dovesse fallire, sarebbe più opportuno ricercarne l'impedimento nella costruzione del *rapport*.

Viviamo e costruiamo la nostra realtà grazie alle rappresentazioni mentali. Tutte le rappresentazioni mentali possono, se opportunamente costruite e suggerite, manifestarsi plasticamente.

Con il monodeismo plastico il soggetto diventa capace di gestire le potenzialità della sua mente nelle componenti più creative e fantasiose, in modo da orientare l'attenzione sull'obiettivo da raggiungere. A tal fine l'ipnologo deve attivare delle procedure che orientino l'attenzione della persona sull'obiettivo scelto, che sono le "tecniche di induzione". Nel soggetto devono essere presenti specifiche condizioni quali attesa, aspettative, motivazioni e potenzialità di apprendimento. (4)

Per INDUZIONE intendiamo una sequenza di "MANOVRE" eseguite dall'ipnotista per aiutare il soggetto a realizzare il monodeismo plastico. Queste manovre rendono progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente esterno, avviano e sostengono un dinamismo psicosomatico che attiva il monodeismo plastico. Il risultato è il riassunto dell'acronimo "AFFARE" cioè Aumento della Fiducia, Fissazione dell'Attenzione affinché si Realizzi il monodeismo che Evidenzi un cambiamento.

Alla base di ogni strategia di induzione c'è la riduzione volontaria della critica da parte del paziente. A questo scopo l'ipnotista necessita di instaurare e costruire un buon rapporto (RAPPORT) di conoscenza, di fiducia, di empatia, di ammirazione e di curiosità con il paziente al fine di poterlo indurre in trance ipnotica nella maniera più corretta e più consona alle sue esigenze. L'ipnotista deve saper focalizzare la sua attenzione in maniera sempre più intensa, rendendo così i legami con l'ambiente esterno sempre più deboli. Infine vi è una destabilizzazione progressiva che libera dalla tensione attentiva di lavoro e permette al soggetto di abbandonarsi e di rilassarsi.(5)

La COMUNICAZIONE IPNOTICA non si avvale solo della parola: il 65% del messaggio viene trasmesso non verbalmente, intendendo come non verbale tutta quella comunicazione emozionale che fa capo al cosiddetto carisma ed in definitiva alla mimica, alla prossemica, alla cinesica (ossia i movimenti spaziali del corpo, delle braccia e delle gambe durante l'atto di parlare ed ascoltare), alla paralinguistica (costituita dalle tonalità comunicazionali della musicalità del parlato).(6)

Ogni individuo interpreta un'esperienza realizzando una sua lettura personale che nella maggior parte delle situazioni non coincide con quella dell'altro. Questa interpretazione dei fatti è influenzata non solo dalle parole dette (contenuto - comunicazione verbale), ma anche dal non detto (insieme di espressioni, mimica, inflessioni verbali, atteggiamenti fisici, più o meno concordi con le parole espresse comunicazione non verbale).

Per quello che riguarda il controllo della nostra comunicazione non verbale l'impegno sarà notevole perché alla prima disattenzione rischiamo di risultare incoerenti ed i messaggi non verbali possono invalidare completamente il messaggio contenuto dalle parole.

Nell'ambito di una comunicazione efficace dobbiamo valutare quali siano le chiavi di lettura inerenti la comunicazione verbale e non verbale dell'interlocutore, con cui decodificare il suo set esperienziale nonché le sue modalità di rappresentazione e di soggettiva elaborazione degli stimoli sensoriali esterni, che consentono di "incidere" e "fare accettare" agevolmente eventuali prescrizioni e suggerimenti, nonché valide interazioni, nell'ambito di tutti i rapporti interumani in genere.

Grazie alla “fuga d’informazioni” non verbali che avviene inconsciamente, l’operatore allenato, attento e preparato, può ricavare dati importanti sulla personalità e le emozioni del soggetto.

Le varie manovre di induzione possono talvolta fallire quando non è stato concordato l’obiettivo che si vuol raggiungere, il paziente non è in grado di trasformare l’idea in azione, l’obiettivo viene consciamente o inconsciamente rifiutato, la risposta plastica richiesta non è possibile momentaneamente per l’organismo del paziente o perché non è avvenuta la rappresentazione mentale per mancanza di stimoli adeguati. E’ necessario capire a questo proposito, osservando e ascoltando il soggetto, che tipo di sensorialità prevale in esso, per sfruttare al meglio questo canale sensoriale e scegliere la tecnica più idonea per l’induzione.

Nella fase di **PREINDUZIONE** è pertanto necessario individuare i bisogni ed i canali comunicativi del paziente. Questa fase sta alla base della struttura della comunicazione ipnotica, senza la quale nulla può realizzarsi.

Gli esseri umani esperiscono se stessi ed il mondo attraverso i cinque sensi.

I “sistemi rappresentazionali” si riferiscono al modo in cui le persone rappresentano la realtà a loro stesse. Le tre tipologie sono **visivo**, **cenestesico** (che comprende le sensazioni tattili, il gusto e l’olfatto) e **uditivo**. Nella realtà i tre sistemi di rappresentazione lavorano in sinergia ma ogni essere umano si specializza in uno di questi, venendone influenzato profondamente nel modo di pensare, nelle forme linguistiche e nel comportamento.

**Il soggetto visivo** nel raccontarsi guarda verso l’alto e usa verbi ed espressioni che riportano a questo canale sensoriale . (Es.” Mi piace guardare il tramonto in riva al mare”).

**Il soggetto cenestesico** ha lo sguardo diretto verso il basso e usa verbi ed espressioni di tipo sensoriale/ tattile. (Es.” Mi piace sentire il calore del sole sulla pelle quando sono al mare”).

**Il soggetto uditivo** ha gli occhi che oscillano da un lato all’altro lato del capo e usa verbi ed espressioni di tipo sensoriale/uditivo. (Es. “Mi piace ascoltare il rumore delle cascate o le onde del mare sulla spiaggia”).

Questo non significa che se una persona è visiva elaborerà solo con questo canale ma se vogliamo entrare in sintonia con lei sarà più semplice utilizzare tutto quello che è collegato al mondo delle immagini. Comprendere il sistema rappresentazionale del paziente significa comprendere il paziente ed avvalersi pertanto di uno strumento ulteriore che ci permetterà di entrare in comunicazione con lui. In questo modo il soggetto si sentirà ascoltato e compreso e sarà più disponibile a collaborare, migliorando la compliance terapeutica. La relazione, con il monoideismo plastico, rappresentano le colonne portanti dell’ipnosi

Il **MIRRORING** -con la riproduzione di posture, gesti, espressioni del paziente- è una strategia che possiamo usare per creare un rapporto con il paziente. Rispecchiare il paziente –non scimmiettandolo- lo farà sentire accettato, facilitando la creazione di una sintonia inconscia essenziale per il buon esito della nostra comunicazione. Alla base di questo meccanismo c’è un particolare tipo di cellule, i neuroni specchio, dotate della particolarità di attivarsi sia quando osserviamo un’azione, sia quando la compiamo noi stessi. Con il **RICALCO** possiamo rimandare al soggetto per retroazione, con il nostro stesso comportamento, il comportamento e le strategie che abbiamo osservato in lui. In altre parole ricalcare un paziente significa andargli

incontro, riproducendo parzialmente i suoi schemi di comunicazione, le sue convinzioni, i suoi valori, la sua esperienza. Più profondo ed efficace sarà il ricalco ed il rapporto con il nostro paziente, più semplice sarà la GUIDA, cioè portare il nostro interlocutore a capire il nostro punto di vista.

Attraverso tutti questi strumenti posso ottenere l'induzione dello stato ipnotico.

Nella fase dell'**INDUZIONE** si realizza il primo monoideismo plastico, attraverso un uso appropriato di parole e/o passi, ottenendo un cambiamento evidente sul piano psicosomatico.

I **PASSI** sono dei toccamenti evidenti e non ambigui, previamente comunicati al paziente, eseguiti con la mano sugli arti o sul viso del paziente per attirarne l'attenzione così da poter realizzare particolari suggestioni: ad esempio possono permettere al paziente di focalizzarsi sulla zona dove si vuole realizzare l'analgesia, la catalessi o altri fenomeni ipnotici.

Nella fase di induzione si generano esperienze particolarmente intense in grado di determinare una modificazione della regolazione del sistema neurovegetativo e di influire sulla percezione del proprio corpo, arrivando ad inibire o modificare la dinamica dei movimenti volontari e, in alcuni casi, anche la soglia del dolore. Questo stato è inoltre caratterizzato da distorsione temporale.

I segnali o sintomi obiettivi che indicano che il paziente è in ipnosi sono:

- l'inerzia psicomotoria

- il volto atono ed inespressivo oppure rosso e caldo per vasodilatazione
- il flutter palpebrale
- lo sguardo fisso e vuoto
- l'iperemia congiuntivale
  - i movimenti oculari, se gli occhi sono chiusi, tipo fase REM
- la lacrimazione
  - il movimento di deglutizione
- se parla, la voce è monotona e sommessa
- la tachicardia iniziale e poi la bradicardia
- i muscoli rilassati
  - il respiro lento e regolare
- con l'approfondimento della trance il soggetto tende a flettere la testa in avanti, si abbassano le spalle e può comparire la tendenza a rannicchiarsi su se stesso.

Dopo aver verificato lo stato di trance e averne **ratificato le manifestazioni**, **possiamo verificare** la risposta di almeno uno dei monoideismi plastici evidenziati da Granone nell'acronimo LECAMOIASCO: LEvitazione, CAtalessi, MOvimenti automatici rotatori, Inibizione di movimenti volontari, Analgesia, Sanguinamento, Condizionamento. Superata questa fase, si entra nel corpo della seduta ipnotica.

Il **CORPO** è la fase in cui è possibile far leva su immagini liberamente scelte dal paziente per svolgere il lavoro stabilito nel contratto terapeutico e allontanare o modificare la condizione ansiogena, o dolorosa, nella quale verte in quel momento. L'ipnotista guida il soggetto nel percorso psichico che si vuole compiere. Le metafore, i simboli, le immagini mentali possono inoltre favorire il superamento della critica razionale che potrebbe impedire l'accesso ad alcune risorse, ivi inclusa quella creativa della mente.

La metafora è un procedimento di trasposizione simbolica di immagini in cui il rapporto tra due cose o idee è stabilito direttamente senza la mediazione del come. Attraverso la metafora l'accostamento simbolico di due elementi ci permette di capire meglio il primo attraverso le caratteristiche del secondo.(7)

Attraverso la metafora ci si può avvicinare all'esperienza reale in modo generico e non invasivo, "attirando" le capacità e le risorse degli individui. La metafora, creando risonanze emotive, permette di lavorare sui vissuti degli individui, diventando un punto da cui partire o ritornare per comprendere e spiegare eventi personali.

Al termine del corpo della seduta ipnotica con l'**ANCORAGGIO** possiamo dare al paziente l'opportunità di acquisire in autonomia la possibilità di rivivere la stessa esperienza in autoipnosi, tutte le volte che vorrà e lo riterrà opportuno.

Infine si ha la **DEINDUZIONE**, con un progressivo ripristino della coscienza ordinaria e una **CODA**, che è un periodo di maggior suscettibilità ad una eventuale nuova induzione

## **Casi clinici :**

### **la mia esperienza**

Ho deciso di descrivere uno dei casi delle mie prime ipnosi perché credo, e spero, che possano essere utili ai nuovi ipnologi.

Nel mio percorso fallire e sperimentarsi è stato fondamentale e ancora mi sento molto lontana dall'essere soddisfatta delle mie induzioni. All'inizio del corso mi sembrava che mi si parlasse in arabo, tanto alcuni concetti erano distanti dalla mia realtà lavorativa e dalle mie capacità comunicative. Devo ammettere che non è stato facile. All'inizio mi mancavano uno "schema" e le parole da dire. Avevo più chiare in testa le parole da NON dire e da NON usare e mi bloccavo quando inevitabilmente "sbagliavo" e dicevo cose inadatte alla comunicazione ipnotica ("NON proverà dolore!", tanto per fare un esempio). Per me un'altra grande difficoltà è stata quella di imparare a non "partecipare" emotivamente ai problemi dei pazienti e cercare di indurre l'ipnosi in un paziente creando un rapporto con lui ma mantenendo anche il sufficiente distacco per poter compiere il mio lavoro. All'inizio inoltre ero preoccupata che l'induzione avesse un buon esito e quindi soffrivo un po' di ansia da prestazione.

Le mie prime esperienze sono state tutte negative: ho provato dapprima con dei familiari e non sono riuscita ad indurre alcuna trance, provocando prevalentemente risate o sbadigli.

In seguito, mi sono fatta coraggio ed insieme ad una mia collega abbiamo iniziato a provare sui nostri pazienti.

Come ho già detto nella parte introduttiva, lavoro in UO di ortopedia. E' una realtà abbastanza grande, afferiscono pazienti di tutti i tipi e di tutte le età, ma ho voluto per scelta e per empatia, concentrarmi su pazienti anziani, soprattutto con fratture di femore.

Il comune denominatore di tutti questi pazienti era la loro vulnerabilità, forse l'età, la paura di non farcela contribuivano in tutti ad aumentare l'ansia e l'agitazione e quindi il percorso percorso post operatorio diventava un tunnel lunghissimo dal quale non riuscivano ad uscire più anche psicologicamente.

Nei pazienti ovviamente lucidi, soprattutto nella fase pre operatoria, mi sono avvicinata ed ho proposto un approccio diverso, speciale, tranquillo, sempre con l'aiuto di antidolorifici soprattutto nelle fasi acute, molti di loro hanno acconsentito, dandomi modo di riportare la mia esperienza.

### **R.C. 82 anni**

Raffaella, 82 anni, ricoverata da un giorno, entra in Uo per frattura di femore.

Durante il mio solito giro di preparazione pazienti per la S.O. mi dirigo da lei e la trovo in un mare di lacrime. Aveva il respiro accelerato i battiti accelerati.

Mi avvicino, mi siedo accanto a Lei e le prendo la mano.

Le chiedo cosa la facesse piangere. Raffaella mi risponde che ha un marito, dei figli, dei nipotini e ha paura che l'intervento vada male e di non poterli più riabbracciare.

Le dico che è normale avere paura, ma che lei è fortunata ad aver incontrato me in questo percorso perché la aiuterò a tranquillizzarsi e la accompagnerò in questo percorso cercandole di trasmettere tranquillità, perché solo avendo pazienza e positività tutto andrà bene.

Le chiedo dove abita per smorzare un po' la tensione e mi risponde che abita in una casina in campagna, in quel momento i suoi occhi sorridono, capisco che la sua casa è la zona di comfort. Mi ripete che nella sua casina di campagna ha un orticello che cura con dedizione, e tutti i suoi frutti li distribuisce poi ai suoi familiari.

Allora approfittando del suo piccolo racconto inizio a dirle, di rilassarsi e di chiudere gli occhi e di iniziare a respirare profondamente.

Le chiedo di stringermi la mano e di farmi un cenno con gli occhi se dopo le mie parole si fosse sentita più tranquilla. Mi fa un cenno con gli occhi, quindi continuo. Il respiro e la frequenza si abbassano, Raffaella è più tranquilla, quindi continuo il mio racconto: la riporto lì nella sua casina tra i rumori delle foglie, degli alberi e il cinguettio degli uccellini, la riporto nelle giornate a mangiare frutta con i suoi nipotini, la sua frutta pulita e senza nessun tipo di contaminazione.

Raffaella è in ipnosi e io sono *super contenta*.

Una delle mie prime ipnosi stava andando bene!

Durante l'ipnosi le dico che può ritornare quando vuole in questa condizione di tranquillità e serenità, le basterà semplicemente avvicinare due dita e da sola sarà in grado quando si sente sola o impaurita di ritornare lì dove è stata tanto tranquilla.

Le chiedo di tornare quando vuole da me.

Raffaella si prende il suo tempo e dopo qualche minuto apre gli occhi sorridendomi e ringraziandomi.

**Questo grazie non lo dimenticherò più!**

Al momento dell'ingresso dei parenti Raffaella ha raccontato ai suoi figli dell'esperienza, i quali mi hanno ringraziata.

## Conclusioni

Al termine del mio percorso di studi, posso affermare che quest'anno è stato sicuramente faticoso ma assolutamente stimolante.

Insieme alla mia collega che ha partecipato con me al corso ho sperimentato quanto questa tipologia di approccio possa essere di grande aiuto nella gestione dell'ansia e del dolore post operatorio.

All'inizio ero un po' scettica, ma quando ho iniziato a praticare e ottenendo riscontro, finalmente ho capito quanto è grande la mente umana e cosa siamo in grado di fare per aiutare il prossimo. Ho rivalutato la figura dell'infermiere e cercato di incentivare i colleghi ad aiutarmi in questa attività.

La UO di ortopedia è un UO abbastanza complessa, non sempre è così facile agire con l'ipnosi, ci sono davvero tantissimi anziani che molto spesso per i farmaci o per l'ospedalizzazione di disorientano.

Però per quello che sono riuscita mettere in pratica sono davvero contenta e soddisfatta.

La difficoltà maggiore che ho riscontrato in questo lavoro è stato cercare di personalizzare l'intervento ipnotico in modo tale che calzasse il più possibile con la storia personale e il problema riportato da ogni singolo paziente. A questo proposito mi ricollego alle parole scritte da Milton H. Erickson che servono da monito per tutti noi neofiti della pratica ipnotica: *“Vedrete, potete parlare quanto vi pare dei vostri libri di testo. Oggi imparate questo pezzo. Domani imparate quell'altro. Vi dicono fate così e così. Ma in realtà quello che dovrete fare è guardare il vostro paziente, e capire che tipo d'uomo e di donna è; e poi trattarlo in un modo che risponda al suo problema, al suo problema che è qualcosa di unico.”*

## BIBLIOGRAFIA

1. Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R., Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 63, 1–9
2. F. Granone Trattato di ipnosi UTET 1989
3. A. M. Lapenta, M. Somma, G. Tirone et al Ipnosi sperimentale e clinica Ed. Artistica Bassano 2006
4. R. Bandler, J. Grinder Ipnosi e trasformazione. La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi. Casa Editrice Astrolabio
5. Jacobson E (1938) Progressive relaxation Chicago IL University of Chicago
6. Mastronardi V 2002 Le strategie della comunicazione umana, Milano, Franco Angeli
7. Milton H Erickson 1983 La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici Casa editrice Astrolabio