



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA  
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2024**

**La comunicazione ipnotica nell'Hospice "Villa Agnesina" di Faenza**

**Candidato**

**SARA DONIGAGLIA**

**Relatore**

**MILENA MURO**

**Corelatore**

**MARIA MARINA TORRESAN**



# Indice

Indice .....	3
PREMESSA .....	5
INTRODUZIONE .....	7
ANALISI ORGANIZZATIVA DELL'HOSPICE "VILLA AGNESINA" .....	9
LE CURE PALLIATIVE E L'IPNOSI .....	13
CASI .....	18
GIACOMO .....	18
ELIDE .....	20
GIOVANNA .....	22
GIUSEPPE .....	24
FLORA .....	26
IPNOSI COME STRUMENTO E SUOI BENEFICI .....	28
CONCLUSIONI .....	33
BIBLIOGRAFIA .....	36



## **PREMESSA**

Inizio questo percorso, con tanta curiosità ma anche moltissime insicurezze e perplessità: il corso del CIICS (CENTRO ITALIANO IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE), oltre a formare, crea un cambiamento profondo nelle persone che lo frequentano aiutandole a crescere e a migliorarsi, e di conseguenza coinvolgono in questo processo tutte le persone al loro fianco. Questo cambiamento è stato per me, consapevole delle potenzialità di miglioramento personale, inaspettato, anche se da sempre sono convinta che i cambiamenti devono avvenire prima su se stessi per essere una persona più utile agli altri, pur di poco...quel poco può cambiare la vita propria e degli altri.

Sono un'infermiera, formata e cresciuta nell'ambito pediatrico, e dopo 12 anni di Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale approdo alle cure palliative e dal 2012 lavoro in Hospice. Fino a qualche mese fa, a 46 anni dopo un master in cure palliative e molti anni di lavoro, pensavo di essere una professionista completa, empatica, formata e con una buona abilità comunicativa accompagnata dall'innata capacità di capire entrando in una stanza di cosa il paziente e la famiglia potessero avere bisogno in quel momento.

Tutte queste sicurezze frequentando il CIICS hanno vacillato: si è aperto per me un nuovo mondo, pieno di esperienze e conoscenze inaspettate, in cui ricominciare a studiare e rivedere tutte le mie certezze per essere incanalate in un'ottica diversa. OGNI PAROLA HA UN

SIGNIFICATO E UNA PROFONDITA' CHE NON PUO' PIU'  
ESSER LASCIATA ALLA CASUALITA'.

## INTRODUZIONE

“Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a un danno tissutale attuale o potenziale.” (IASP, 2020)<sup>1</sup>, tuttavia il dolore non può essere descritto come un fenomeno puramente fisico e sensoriale, ma come l’insieme di una parte percettiva e di una parte psico-esperienziale (quindi del tutto personale).

Nel 2012 l’OMS<sup>2</sup>, sancisce a livello internazionale l’importanza delle cure palliative, e in Italia la legge 38 del 2010<sup>3</sup> stabilisce il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore. E’ una vera e propria conquista, perché finalmente assicura al malato e alla sua famiglia alcuni principi fondamentali: il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona malata, un’adeguata risposta al bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza alle specifiche esigenze individuali e un sostegno adeguato sanitario e socio assistenziale.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative assicurano una presa in carico globale della persona malata, nelle componenti fisiche, sociali, psicologiche ed esistenziali con un programma individuale per il malato e per la sua famiglia. Esse sono erogate da un’equipe multidisciplinare.

---

<sup>1</sup> IASP (International Association for the Study of Pain) 2020

<sup>2</sup> Rapporto dell’OMS sulla salute in Europa 2012 - Tracciare la via verso il benessere

<sup>3</sup> LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056)

In questo scenario è fondamentale includere tra i propri strumenti terapeutici, anche approcci integrativi/complementari, come ad esempio l'ipnosi, che si focalizza sul rapporto mente-corpo e sulla relazione empatica tra paziente e terapeuta.

Accompagnare un malato con patologia inguaribile nel percorso della terminalità è un compito estremamente complesso.

Per un infermiere la parola ed il contesto relazionale rappresentano una delle risorse fondamentali nella presa in carico e assistenza del malato.

La finalità è quella di migliorare le competenze sull'approccio multidimensionale al malato e alla famiglia per un miglior controllo dell'ansia, del dolore e una percezione il più ottimale possibile dell'esperienza di cura.

Fornire uno strumento di autocontrollo del dolore, facendo sperimentare alla persona la capacità di gestire il sintomo attraverso uno stato di coscienza modificato ( autoipnosi ), permette al malato di migliorare il senso di autoefficacia anche sulla gestione del percorso terapeutico.

La comunicazione ipnotica e l'ipnosi sono pertanto uno strumento privilegiato di relazione, in cui l'infermiere può dedicare tempo al paziente e ai suoi familiari e migliorare la qualità di vita residua del paziente.

## **ANALISI ORGANIZZATIVA DELL'HOSPICE "VILLA AGNESINA"**

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in un ambito territoriale definito a livello regionale dell'Emilia Romagna, che coincide normalmente con il territorio dell'azienda sanitaria o agenzia per la tutela della salute. I "Nodi" (luoghi di cura) della Rete Locale di Cure Palliative in AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale) della Romagna sono costituiti da quattro setting assistenziali: Ambulatori di Cure Palliative, Assistenza Domiciliare di Cure Palliative base e specialistica, Ospedale (è garantita anche l'attività consulenziale ospedaliera) e Hospice.

La RLCP è garante dell'equità dell'accesso alle cure palliative e persegue i suoi obiettivi anche con il coinvolgimento delle organizzazioni di Volontariato e, ove possibile, dei nuclei familiari. Promuove l'identificazione precoce di persone con necessità di cure palliative e, attraverso la definizione di percorsi di cura, modulati sui bisogni del paziente e della sua famiglia/caregiver, in relazione allo sviluppo della malattia, garantisce l'assistenza nel setting assistenziale più appropriato e la continuità della cura tra ambiti assistenziali e livelli di intensità assistenziale differenti.

L'Hospice "Villa Agnesina" di Faenza è parte integrante della RLCP dell'AUSL Romagna – ambito Ravenna: afferisce al Dipartimento Oncoematologico e si trova in una sede

distaccata dal Presidio Ospedaliero e ha 9 stanze di degenza per un totale di 9 posti letto.

L'equipe dell'UO (Unità Operativa) Hospice è composta da: un direttore di struttura e cinque medici, nove infermieri di cui un case manager, otto operatori di supporto, un fisioterapista, uno psicologo e un professionista esperto in musicoterapia, inoltre un servizio di pet-therapy, con 2 cani (un pomeriggio ogni 15 giorni).

Con l'attuazione della legge 38/2010 si è resa necessaria una rimodulazione organizzativa attraverso: implementazione di Reti Locali di Cure Palliative capaci di integrare i nodi e i professionisti coinvolti nel percorso di cure; differenziazione di setting e ambiti di erogazione dell'assistenza, verso il livello di intensità di cure palliative più adeguato ai bisogni del paziente e della famiglia.

Solitamente la complessità assistenziale e l'intensità di cura aumentano con il progredire della malattia e ciò comporta la necessità di periodiche rivalutazioni globali a cui corrisponde un adeguamento del setting di cura e delle professionalità coinvolte.

Il modello organizzativo/assistenziale dell'UO è orientato al Primary Nursing di secondo livello. L'infermiere turnista esegue la terapia al piano terra mentre il diurnista si occupa della terapia ai pazienti al secondo piano e fa da supporto agli OSS, infine esegue le medicazioni. Ciò permette all'infermiere, di conoscere i bisogni di ciascuno e di pianificare l'assistenza ad essi più appropriata (avvalendosi

della pianificazione assistenziale compilata all'ingresso del paziente e con rivalutazione periodica), con l'aiuto del personale di supporto. L'infermiere case manager (ICM) si occupa di seguire il processo assistenziale tarato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi, dall'ammissione alla dimissione. La finalità è quella di garantire un'assistenza globale, con una corretta strutturazione di percorsi clinico-assistenziali garantendo l'interdisciplinarietà e una continuità assistenziale attraverso anche il coinvolgimento dei familiari.

Lo strumento in attuale uso per la pianificazione assistenziale è l'IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale)<sup>4</sup>, strumento che permette di indagare non solo i bisogni fisici della persona ma anche quelli relazionali, psicologici e sociali, attraverso questa scala si rilevano i bisogni e le preoccupazioni del malato. L'IPOS aiuta i professionisti nella compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) del paziente, oltre ad evidenziare i bisogni facilita la rivalutazione nel tempo.

Infine, l'ICM due volte a settimana si reca in ospedale per eseguire, in collaborazione con il Medico palliativista, le valutazioni per eventuale trasferimento in Hospice.

L'Hospice ha come mission la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare attraverso l'integrazione di un'equipe multiprofessionale -

---

<sup>4</sup> Rivista Italiana di Cure Palliative <https://www.ripc.it>

multidisciplinare, formata da: medico palliativista, psicologo, infermiere, fisioterapista, operatore socio-sanitario, assistente sociale, assistente spirituale, volontari delle associazioni che operano in convenzione secondo le reali necessità dell'assistito e del suo nucleo familiare. Esegue infine un'accoglienza, cura personalizzata e rispetto della volontà, desideri e specificità culturali e religiose.

## LE CURE PALLIATIVE E L'IPNOSI

Il paziente che entra in un percorso di cure palliative, nel 50 % dei casi presenta sintomi quali dolore, affaticamento, anoressia, dispnea e ansia (Teunissen, 2007)<sup>5</sup>, la sofferenza di questi pazienti è determinata in larga misura dalla presenza e intensità dei sintomi, che fluttuano nel tempo, in fase di remissione, recidiva o fase di terminalità. I trattamenti convenzionali non forniscono sollievo sempre in modo soddisfacente a questi sintomi, e alcuni pazienti tollerano male gli effetti collaterali dei farmaci assunti.

Combinando un approccio complementare come l'ipnosi con terapie convenzionali, si può avere una sinergia di interventi (Deng 2005)<sup>6</sup> e quindi offrire una strategia più adeguata per dare sollievo ai pazienti.

L'ipnosi può essere descritta come uno stato di coscienza particolare che presenta, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico, modificazioni di natura psichica che riguardano la coscienza e la volontà a cui seguono modificazioni di ordine somatico, viscerale e umorale (F. Granone "Trattato di ipnosi" Istituto Franco Granone CIICS)<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer : a systematic review. J Pain Symptom Manage ; 2007 ; 34(1) : 94-104.

<sup>6</sup> Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology : complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. CA Cancer J Clin ; 2005 ; 55(2) : 109-16.

<sup>7</sup> Granone F. Trattato di ipnosi. pp 3,4,5 UTET. Torino, 2009

Questa percezione trasformata della realtà può essere utilizzata per ridurre la sensibilità a tutte le aggressioni interne o esterne attraverso suggerimenti terapeutici.

Numerosi studi dimostrano che lo stato ipnotico è diverso da quello di veglia o di sonno ed evidenziano, utilizzando la risonanza magnetica funzionale (MRI), la stimolazione di diverse aree corticali (Rainville, 1999)<sup>8</sup>. La letteratura nel campo dell'ipnosi medica è in aumento. Il numero di pubblicazioni su Medline<sup>9</sup> (MESH: ipnosi, ipnosi dentale, ipnosi anestesiological) è passato da circa 200 negli anni ottanta a più di 600 negli ultimi dieci anni (2000-2010). In oncologia, l'ipnosi può essere utilizzata come trattamento complementare per alleviare il dolore, l'ansia e gli effetti collaterali della chemioterapia (Deng, 2005)- (Dupuis, 2003)<sup>10</sup>-(Marchioro, 2000)<sup>11</sup>. Nel campo delle cure palliative, pochi studi clinici hanno esplorato l'utilità dell'ipnosi (Jensen, 2006)<sup>12</sup>. In uno studio prospettico randomizzato, i pazienti con carcinoma mammario metastatico avevano meno dolore e sofferenza totale quando erano in condizione di ipnosi o autoipnosi durante la chemioterapia, rispetto a quelli del gruppo di controllo che non attuavano tale tecnica (Spiegel & Bloom, 1983)<sup>13</sup>. Una significativa riduzione del dolore e dell'ansia durante le procedure

---

<sup>8</sup> Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* ; 1999 ; 82(2) : 159-71

<sup>9</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

<sup>10</sup> Duhamel F, Dupuis F. Families in palliative care : exploring family and health-care professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing* ; 2003 ; 9(3) : 113-9.

<sup>11</sup> Marchioro G, Azzarello G, Viviani F, Barbato F, Pavanetto M, Rosetti F, et al. Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology* ; 2000 ; 59(2) : 100-4.

<sup>12</sup> Jensen M, Patterson DR . Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* ; 2006 ; 29(1) : 95-124.

<sup>13</sup> Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* ; 1983 ; 45(4) : 333-9.

mediche invasive può essere osservata anche dopo l'autoipnosi in uno studio randomizzato (Lang, 2000)<sup>14</sup>. Si ritiene inoltre che l'ipnosi migliori le strategie di adeguamento terapeutico nei pazienti che la utilizzano (Finlay, 1996)<sup>15</sup>. Bioy osserva nella sua pratica che, sebbene l'ipnosi sia ben nota per la sua azione analgesica, può anche aiutare nella gestione di molti altri sintomi, anche durante la fine della vita. Permette anche al terapeuta di fornire supporto al paziente a un livello più esistenziale (Bioy, 2006)<sup>16</sup>.

Nella loro pratica quotidiana gli autori del seguente articolo francese “L’ipnosi: una risorsa nelle cure palliative? Studio qualitativo sul contributo dell’ipnosi nei pazienti oncologici.”<sup>17</sup> hanno osservato i numerosi effetti positivi di questo approccio su vari sintomi fisici come il dolore (nocicettivo, neuropatico o fantasma), la nausea, l'insonnia e la dispnea. Specializzati in cure palliative e formati in ipnosi ericksoniana, questi ricercatori evidenziano anche che l'ipnosi consente ai pazienti di considerare la loro malattia in modo diverso, di sviluppare strategie di coping più efficaci e di esplorare la prospettiva della morte in un altro modo, aumentando il loro senso di tranquillità.

Questa ricerca qualitativa rappresenta un'opportunità per comprendere meglio come l'ipnosi viene vissuta dai pazienti che ne beneficiano. In particolare, questo studio esplora come i pazienti in cure palliative con dolore o ansia

---

<sup>14</sup>Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS , et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial. *Lancet* ; 2000 ; 355(9214) : 1486-90.

<sup>15</sup> Finlay IG, Jones OL. Hypnotherapy in palliative care. *J R Soc Med* ; 1996 ; 89(9) : 493-6.

<sup>16</sup> Bioy A, Wood C. L’hypnose : les principes d’utilisation etavantages en soins palliatifs. *Journal Européen de SoinsPalliatifs*. 2006 ; 13(3) : 117-20.

<sup>17</sup> Fabienne Teike Luethi, Thierry Currat, Brenda Spencer, Nicolas Jayet, Boris Cantin “L’hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Étude qualitative sur l’apport de l’hypnose chez des patients oncologiques” Dans *Recherche en soins infirmiers* 2012/3 (N° 110), pages 78 à 89 Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers

sperimentano l'ipnosi attraverso, una valutazione immediata con interviste condotte direttamente dopo le sessioni e un'esplorazione approfondita di questa esperienza nel suo complesso, attraverso un'intervista finale condotta a distanza.

Ogni paziente poteva beneficiare di tre o cinque sessioni di ipnosi a seconda delle proprie esigenze e manteneva lo stesso ipnositerapeuta da una sessione all'altra. Le sedute sono durate dai 20 ai 50 minuti e si sono svolte nella sala di consultazione ambulatoriale del reparto di cure palliative. I pazienti potevano scegliere di sedersi o sdraiarsi. Anche se la richiesta iniziale era di sollievo dal dolore o dall'ansia, il paziente è stato intervistato all'inizio di ogni sessione per valutare le sue esigenze attuali (ad esempio, sollievo dai sintomi, esplorazione di un problema, sviluppo di una risorsa). La seduta "su misura" e non prestabilita è stata fatta al ritmo del paziente con un cambiamento nell'aspetto fisico e nel comportamento e almeno un fenomeno ipnotico genuino (spontaneo e involontario).

Il terapeuta ha quindi adattato le sue tecniche e suggerimenti in base a ciò che è stato condiviso verbalmente o non verbalmente, nonché in base all'obiettivo iniziale. I pazienti affermano di acquisire, già dopo una sessione, strumenti che pensano di poter utilizzare entro la sessione successiva per praticare l'autoipnosi. Sottolineano la forza dell'uso delle metafore. Riferiscono che l'ipnosi li aiuta ad andare fuori dalla loro realtà gravosa per un po'. Apprezzano l'influenza delle

(auto)suggestioni, che li aiutano a far fronte agli eventi stressanti. In diverse occasioni, testimoniano una sensazione di autonomia e controllo riconquistata grazie alla loro capacità immaginaria sviluppata nell'ambito della pratica dell'ipnosi.

I pazienti descrivono il beneficio di "entrare nelle emozioni" e poter così esplorare i loro sentimenti e le loro paure, come quella della morte, con le loro risorse in un contesto in cui si sentono al sicuro. Tutti riferiscono che queste sessioni portano loro un senso di benessere usando parole come "leggerezza", "calma", "lasciarsi andare" e "pace interiore". Grazie a queste sessioni ipnotiche, dicono di riscoprire il gusto di prendersi cura di sé e, inoltre, di cambiare la percezione del loro ambiente.

La maggior parte dei pazienti apprezza l'importanza della sincronizzazione sviluppata tra loro e l'ipnotizzatore durante la trance ipnotica. I pazienti descrivono la relazione come qualcosa di essenziale e armonioso. Dicono che la fiducia tra loro e l'ipnositerapeuta li faccia sentire al sicuro. Diversi pazienti hanno espresso la loro sensazione di essere compresi.

Ho scelto di dilungare la mia analisi sugli articoli trovati proprio su quest'ultima ricerca, perché molti risultati evidenziati dagli autori e le affermazioni dei pazienti, sono analoghi nell'analisi dei vissuti e delle testimonianze dei pazienti da me trattati.

## CASI

### GIACOMO

Giacomo, di anni 88, vedovo da tanti anni, ha 3 figli, e una recente diagnosi di neoplasia gastrica, entra in Hospice per difficoltà da parte dei figli nel gestire l'assistenza e la perdita progressiva delle autonomie. Giacomo il primo giorno di ricovero è molto arrabbiato, non ascolta il personale e si fida solo dei suoi figli, la mattina seguente al ricovero è in programma un prelievo ematico di routine. La mattina del prelievo mi presento in camera di Giacomo, è contrariato, mi racconta di aver spiegato ai figli che avrebbe accettato il ricovero, di venir via da casa sua, ma che in cambio non sarebbe stato costretto a nessun prelievo o terapia endovenosa (il paziente non è consapevole della diagnosi, i figli non hanno voluto informarlo vista l'età, e il motivo del ricovero per Giacomo è di "rimettersi in forza" ).

Giacomo mi racconta che negli ultimi mesi gli esami ai quali è stato sottoposto sono stati tanti, invasivi, e dolorosi, soprattutto perché dice "di non avere più vene". Durante il colloquio viene fuori tutta la sua preoccupazione, di trovarsi in un ambiente sconosciuto, senza i suoi cari e esprime diffidenza nei confronti degli operatori. Accolgo le paure e le preoccupazioni, gli prometto che per quel giorno non avrei fatto il prelievo, ma che era importante organizzarlo per la mattina seguente, con l'utilizzo di una tecnica nuova. Giacomo accetta, capisco che si sta fidando.

La mattina del prelievo, sveglio Giacomo con estrema dolcezza e delicatezza, gli ricordo e lo informo che avremmo fatto il prelievo con una tecnica diversa, mai provata da lui. Per indurlo, gli chiedo di mettersi comodo nel letto, di chiudere gli occhi così da poter seguire meglio le mie parole e concentrarsi sul respiro, li chiude immediatamente, e il respiro è lento, il viso rilassato, lo gratifico e descrivo. Porto l'attenzione di Giacomo a quanto è bello e piacevole fare un bagno caldo, il suo corpo rilassato nell'acqua calda e fumante, e di quanto è piacevole il calore che scioglie la tensione.

Per rendere Giacomo consapevole delle sue capacità, gli chiedo di verificare l'abbandono del suo braccio, che non riesce ad alzare, mi lascia mettere il laccio emostatico, il braccio è rilassato. Eseguo il prelievo, e Giacomo non fa nessun movimento, gli chiedo di continuare a percepire la sensazione di benessere raggiunta e che potrà risentire la stessa sensazione tutte le volte che lo vorrà, unendo il pollice e l'indice della mano. Dopo il riorientamento, Giacomo apre gli occhi e non pensa di aver eseguito il prelievo, non ci crede, sorride ed è contento, mi dice di non aver sentito nulla. Mi racconta che era nella vasca di casa sua e che faceva il bagno vestito, ed era contento. Giacomo in seguito si è affidato alle cure dell'equipe, fidandosi.

## *ELIDE*

Elide di anni 91, vedova da qualche anno, diagnosi di neoplasia del pancreas, ha 2 figli, molto presenti che nelle ultime settimane si sono alternati a casa con lei per aiutarla. La paziente è consapevole della diagnosi, e appare pronta ad accettare il fine vita. Durante i primi giorni di ricovero, Elide parla tranquillamente della morte, ne parla come di un percorso naturale che sta accogliendo, ma non vuole né soffrire e né avere dolore. Elide ha occhi azzurri e profondi, le chiedo di poter vedere delle sue foto da giovane. La figlia porta delle foto di Elide in bicicletta con un cane vicino, in una corte di campagna, e mi racconta di aver fatto sempre tanti chilometri, fino a pochi anni prima è sempre andata in bicicletta.

Elide ha eseguito prima del ricovero, una paracentesi, mi dice che non vorrebbe più ripeterla, per lei è stato difficile rimanere ferma per tante ore in posizione scomoda. Il medico concorda con la paziente, la necessita di programmare tale procedura invasiva in Hospice, spiego a Elide che questa volta sarà possibile eseguirla in un modo diverso e per lei più piacevole.

Chiedo la collaborazione del medico, nell'aspettare i tempi della paziente e di condividere il momento giusto. Chiedo a Elide di posizionarsi nel letto in decubito laterale, cercando la posizione più comoda con aiuto di cuscini, si gira verso la finestra e il sole attraverso le tende la illumina, dice che le piace, le chiedo di chiudere gli occhi così da seguire meglio il

suo respiro e il rilassamento del suo corpo, dopo pochi respiri Elide deglutisce, e il respiro è calmo e profondo, le dico che i suoi occhi sono piacevolmente chiusi così piacevolmente che se volesse provare ad aprirli non ci riuscirebbe: le palpebre restano abbassate.

Le dico di immaginare la sua bicicletta che la portava lontano, e di cogliere il sole che la illumina, che farà una piacevole passeggiata forse uguale a quella che fece da Ravenna a Bertinoro (quasi 40 km), nel modo più piacevole e adatto a lei.

Nel frattempo, viene allestito il campo sterile ed eseguita la paracentesi. Elide rimane immobile per tutto il tempo della procedura (circa 3 ore ), il figlio è presente in stanza, vicino alla mamma, rimane stupito e incredulo. Dopo aver dato a Elide l'ancoraggio, la rioriento e lei mi dice di esser stata benissimo, di non aver percepito il tempo e che ripeterà l'esperienza tutte le volte che dovrà fare qualcosa che non gradisce.

## GIOVANNA

Giovanna, di anni 61, neoplasia mammaria con metastasi, in trattamento chemioterapico, entra in Hospice per inappetenza, vomito e calo ponderale. Dopo consulenza nutrizionale viene iniziata una nutrizione parenterale. Giovanna è divorziata, non ha parenti, la sua care giver è una amica\collega che la aiuta anche a casa. All'ingresso Giovanna, che è consapevole di diagnosi e apparentemente di prognosi, è distaccata e chiusa, parla solo dei sintomi fisici, rifiuta lo psicologo e non vuole parlare della sua sfera personale ed emotiva, dice che "il resto va tutto bene", minimizza la dispnea al minimo sforzo e la lieve agitazione che presenta quando un operatore entra in stanza per parlare con lei. La paziente durante il ricovero ha dovuto sospendere il trattamento, perché gli esami ematici segnalavano una grave leucopenia con febbricola. Giovanna non accetta di sospendere anche solo temporaneamente la terapia oncologica, perché per lei è l'unica possibilità per rimanere ancora in vita. Ci vogliono giorni per poter capire chi è Giovanna, una donna, bellissima e forte che ama ancora lavorare come organizzatrice di vacanze in un centro termale di Riolo Terme dove abita, dopo diversi incontri di accoglienza e ascolto, la paziente si lascia andare con pianto e apertura nell'esprimere la paura di perdere la sue autonomie, di non esser più in grado di lavorare, lavarsi, camminare e dover dipendere in tutto da altri.

La paziente durante il ricovero, accetta la nutrizione parenterale con modifica di terapia per il controllo dei sintomi fisici, esegue 2 incontri con lo psicologo, ed esegue 2 sedute di comunicazione ipnotica.

Giovanna, preferisce rimanere seduta durante la pratica, e chiude gli occhi velocemente quando le chiedo di farlo per concentrarsi sul suo respiro, aria che entra e che esce, valorizzando le spalle che si alzano e si abbassano, il viso è rilassato, e il respiro non si presenta più diaframmatico.

Sfido la paziente ad aprire gli occhi dicendole che lei sta così bene che non riuscirà ad aprirli alla mia richiesta.

Le chiedo di immaginare un posto per lei sicuro e piacevole, dove può ricaricarsi, trovare la sua forza, Giovanna accenna un sorriso, rinforzo e incoraggio. Eseguo con la paziente l'ancoraggio, e le chiedo con un respiro profondo di riaprire gli occhi, potendo percepire quanto le sarà facile ogni volta che lo desidera tornare nel suo luogo attraverso un semplice gesto.

Giovanna è emozionata, con le lacrime agli occhi, comprende di avere grandi capacità, che la malattia non le potrà portare via questa autodeterminazione. La paziente racconta con entusiasmo l'esperienza vissuta e si prodiga in ringraziamenti per l'assistenza ricevuta, l'accoglienza e l'umanità.

## *GIUSEPPE*

Giuseppe, di anni 73, siciliano di origine ma si è trasferito a Milano da giovane, prima della pensione era infermiere generico. Vedovo da poco, negli ultimi mesi ha presentato aggravamento della patologia, fibrosi polmonare idiopatica e BPCO (bronco pneumopatia cronica ostruttiva) enfisematosa in stadio avanzato, a causa della malattia, si è trasferito a casa del figlio che vive in Romagna. Giuseppe entra in Hospice per sollievo familiare, è autonomo, e vuole gestire l'ossigeno e il controllo della saturazione da solo.

Spesso Giuseppe presenta dispnea al minimo sforzo, e per ogni minima attività necessita di tempo per recuperare il fiato; inoltre ogni volta che il valore della saturazione è sotto i parametri normali, Giuseppe va in allarme e presenta agitazione e ansia.

Durante il ricovero, Giuseppe cerca di sforzarsi nel fare passeggiate fino al limite delle sue risorse, con conseguente senso di frustrazione e demoralizzazione. Inizio gli incontri di ipnosi quando Giuseppe un pomeriggio chiama lamentando dispnea intensa; è seduto con il saturimetro personale già acceso e sotto controllo. Gli spiego che possiamo gestire questi momenti con una tecnica nuova, chiudendo gli occhi, Giuseppe potrà percepire meglio l'aria pulita che entra e dà sollievo. Mi accorgo che il respiro si fa meno affannoso, e che il paziente riprende piano piano un colorito roseo. Ratifico a Giuseppe che ora il torace si espande di più, che le sue spalle si sono abbassate in una

posizione rilassata. Rinforzo le sue capacità, sottolineando che le sue palpebre sono piacevolmente chiuse e che desidera mantenerle tali.

Condivido con Giuseppe che sono più importanti le sue sensazioni, emozioni, percezioni che un semplice numero che illumina il display del saturimetro. Rafforzo la sua capacità di capire se stesso e di uscire più velocemente e facilmente dalla crisi dispnoica. Essendo così bravo a migliorare la dinamica respiratoria, è stato facile per Giuseppe immaginare una condizione bellissima per lui dove tutto andava bene.

Per Giuseppe la dispnea a volte era accompagnata dall'ansia e desiderava assumere immediatamente la terapia al bisogno per lieve agitazione impostata dal medico. Durante il ricovero il paziente ha imparato a gestire le crisi di affanno respiratorio e angosciarsi di meno, concentrandosi attraverso l'autoipnosi sul respiro diminuendo così notevolmente il senso di angoscia che accompagnava la dispnea. Negli ultimi giorni di ricovero prima della dimissione Giuseppe, riusciva a non guardare continuamente il saturimetro.

## *FLORA*

Flora è una signora di 60 anni, con recente diagnosi di neoplasia polmonare, ha un compagno molto presente e una figlia.

Flora è una rappresentante di prodotti naturali, che gradisce usare anche durante il ricovero. La paziente necessita di ossigeno e presenta grave dispnea, tale da non permetterle di stendersi a letto, e poter dormire.

Durante il ricovero, la paziente presenta rapido peggioramento delle condizioni, Flora è spaventata, impaurita e chiede spesso aiuto agli operatori, tenendo strette le loro mani, e chiedendo di non esser lasciata da sola. Il compagno è sempre presente giorno e notte, e con difficoltà accetta le condizioni della paziente, la sprona a camminare, mangiare e minimizza la dispnea, quando si cerca di instaurare un rapporto con Flora, spesso è lui che risponde per lei.

Servono diversi giorni, ma Flora inizia a fidarsi e percepisce la relazione d'aiuto instaurata. Chiedo a Flora di sperimentare qualcosa di nuovo per controllare meglio la situazione. Le chiedo di fissare, rimanendo seduta nella sua sedia, un punto in alto sul soffitto, e che in quella condizione lo sguardo solitamente sarebbe andato fuori fuoco, Flora inizia a sbattere le palpebre, la invito a chiudere gli occhi, che sarà piacevole e starà davvero bene, così bene tanto da non volerle riaprire.

Invito la paziente a lasciare che la sua mente la conduca in un posto tanto gradito, dove tutto è giusto e perfetto per lei. La paziente riesce a ridurre la polipnea, e il rilassamento è tale che desidera stendersi a letto, il beneficio è temporaneo, Flora necessita di un aumento della terapia farmacologica per gestire la dispnea, ma la comunicazione ipnotica riesce a darle sollievo in parte sull'ansia.

Ho deciso di parlare di Flora lasciandola per ultima, insieme a Giuseppe, perché spesso in cure palliative sintomi come il dolore e la dispnea sono associate all'ansia, alla preoccupazione che vivono ogni giorno. Un compito arduo: comprendere e gestire più sintomi nel fine vita proprio per accompagnare nel modo più adeguato il malato e la famiglia.

## **IPNOSI COME STRUMENTO E SUOI BENEFICI**

Analizzando i casi, gli elementi principali emersi sono i temi dell'ansia, del dolore totale, della partnership e dell'empowerment, e delle relazioni tra operatori-paziente-familiari.

Come principale motivo che lega tutti i casi trattati, il dolore potrebbe essere emerso come tema centrale della casistica. Tuttavia, i pazienti non ne hanno parlato molto durante le sedute e durante i colloqui, lasciando spesso spazio alla dimensione emotiva della dispnea e dell'ansia. Questa osservazione dà origine a varie ipotesi. Prima di tutto, posso immaginare che sia più facile parlare di dolore che di ansia sia per i pazienti che per noi operatori sanitari. Nel corso degli anni, la gestione del dolore è infatti diventata un tema prioritario in molte istituzioni sanitarie, promuovendo la diagnosi e la valutazione. L'ansia, d'altra parte, è probabilmente più nella sfera intima dei pazienti e si scontra con alcune convinzioni restrittive che rischiano di limitarne la verbalizzazione. Allo stesso modo, i caregiver possono sentirsi impotenti nel sostenere il paziente ansioso, non aprendo così la porta alla sua esplorazione più approfondita. Vivendo l'esperienza della trance ipnotica, che permette loro di essere il più vicino possibile ai propri sentimenti, i pazienti sono stati in grado di far emergere il problema più importante per loro in quel momento e, di conseguenza, di affrontare chi di più chi meno, questi

sentimenti ed emozioni che erano stati poco o per nulla verbalizzati.

Forse una possibile banalizzazione dello stretto legame tra dolore e ansia, e una probabile scarsa conoscenza del concetto di dolore totale da parte dei professionisti della salute hanno portato a non dare l'importanza dovuta alla sfera psicologica della persona. Questo concetto, che scaturisce dal lavoro di Cicely Saunders (Saunders, 1993)<sup>18</sup> evidenzia le ripercussioni del dolore sulla dimensione psico-sociale e spirituale della persona, e viceversa. L'ansia può quindi influenzare negativamente la percezione del dolore. Se entrambi sono presenti, allora il sollievo di uno non può essere raggiunto senza prendersi cura anche dell'altro. Ciò richiede ai caregiver di ampliare la loro valutazione del dolore alle sue dimensioni affettive per poter poi offrire al paziente un supporto più specifico. Le sedute di ipnosi possono offrire tutti gli elementi fondanti delle cure palliative: sollievo dai sintomi, supporto, interventi centrati sul paziente adattati alle loro esigenze in continua evoluzione, cura della persona nelle sue diverse dimensioni. Questo approccio permette al paziente di "deporre il suo fardello", condividendo le sue ansie e scoprendo strategie di coping. Ciò include una diminuzione dell'ansia e, allo stesso tempo, l'uso di ansiolitici o sedativi.

In generale, da tutto questo processo emerge la capacità del paziente di diventare un partner attivo nella sua esperienza

---

<sup>18</sup> Cicely Saunders. L'assistenza ai malati «incurabili»

della malattia. L'ipnosi promuove l'empowerment del paziente, cioè la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni. La sensazione dei pazienti di poter trovare strumenti che permettano loro di agire da soli, di riconquistare una forma di potere sulla propria vita e ridurre così la sensazione di impotenza che questo periodo della vita può generare in loro, fa parte di questa dinamica di empowerment.

L'OMS nel 2006 considera l'empowerment come una strategia importante per lo sviluppo e il mantenimento della salute. Difende questo concetto attraverso lo sviluppo di strategie di empowerment individuale e collettivo in risposta alla complessità del mondo di oggi.

Dall'analisi sono emerse, pertanto, due categorie principali: l'ipnosi come strumento e i benefici dell'ipnosi.

Alcuni pazienti da me trattati hanno detto di essere stati sorpresi di scoprire, o riscoprire, risorse interne nascoste e diventare il proprio "caregiver". Dicono di essere in grado di usare la loro immaginazione per guarire se stessi. (FLORA)

Altri pazienti descrivono queste risorse come un modo per prendere le distanze dai loro problemi, sia fisici che emotivi. "Sì, sì, trovo di poter gestire meglio questa ansia. Prima dicevo che non so come andrà a finire, sono andata nel panico di fronte a diversi eventi e ora mi parlo e mi calmo." (GIOVANNA)

Quando i pazienti hanno riflettuto sulle loro esperienze ipnotiche, tutti hanno riconosciuto che con l'autoipnosi,

possono utilizzare "facilmente" e "consapevolmente" questa risorsa in qualsiasi momento della giornata con un senso di controllo e fiducia in se stessi. Ad esempio, alcuni hanno detto di sfuggire a situazioni stressanti semplicemente rievocando un ricordo come un "sogno piacevole", usando semplicemente la loro immaginazione.

“Quello che ho apprezzato è stata questa libertà di poter cercare le cose dentro di me. La possibilità di usare l'immaginazione (...). Questa immaginazione corrisponde sempre alle cose che ho vissuto. Da questa libertà di immaginazione sono riuscita ad arrivare a cose molto profonde.” (ELIDE)

I pazienti esprimono di aver riacquisito competenze sepolte dentro di loro, il che ha permesso loro di "andare avanti". Alcuni pazienti dicono di aver acquisito una "nuova arma" che permette loro di "rassicurarsi" e mobilitare la "fiducia" che trovano in se stessi.

La gestione dell'ansia si è distinta come l'area in cui le sessioni di ipnosi hanno prodotto i maggiori benefici.

L'ansia può avere origini diverse. Per alcuni, era legata alle conseguenze della malattia e alla perdita di controllo che provoca. Hanno affermato di essere "invasi", "in preda al panico", persino "disperati" di fronte a questo tipo di ansia e hanno apprezzato trovare strumenti per sviluppare le loro strategie di adattamento.

"Mi ha dato gli strumenti per non rimanere bloccato nella paura quando non riuscivo a respirare". (GIUSEPPE)

Riguardo alla paura della morte, i pazienti hanno descritto la loro paura della rottura del legame coi propri cari, dell'assenza di un futuro, della sensazione di "affondare".

Grazie a questa tecnica, alcuni pazienti hanno riportato di aver giovato di una riduzione delle loro paure riuscendo a gestirle meglio per andare avanti, "passo dopo passo" (GIOVANNA) e ad alcuni ha permesso di ritrovare un sonno migliore e limitare l'uso del trattamento ansiolitico (FLORA).

I pazienti hanno anche evidenziato di soffrire per la "mancanza di referenze" e "umanità" del mondo ospedaliero e sono stati piacevolmente sorpresi che un ospedale offrisse un tale aiuto centrato sulla persona e non sulla malattia.

« (...) Trovo incredibile poter vivere questa esperienza in un reparto d'ospedale » (GIACOMO).

Ho avuto modo durante questo studio di constatare quanto sia preziosa la relazione tra il paziente e l'ipnositerapeuta.

Questa qualità della relazione è stata definita da loro come una "sensazione di essere allo stesso livello", di beneficiare di un "ascolto vero", che permette di sentirsi "fiduciosi" e "sicuri". La sensazione di "essere accompagnati", "il desiderio di andare oltre, di continuare", sono stati fattori positivi che hanno permesso di "deporre un peso", almeno per un po' di tempo.

“Ho avuto l'impressione che ci fosse un filo(...) Andavamo nella stessa direzione, è il fatto che stavamo viaggiando

entrambi quasi nello stesso momento sulla stessa strada.”  
(GIOVANNA)

Le sedute di ipnosi sono vissute anche come "momenti preziosi" che hanno permesso un nuovo accesso al "benessere", alla "pace interiore".

"Durante e poi anche dopo (...) è stato perfetto. Certo, sei ben rilassata, con una voce molto dolce che ti parla, è difficile renderlo più piacevole. (...) Voglio dire, sono momenti di pace straordinari. (...) questa immaginazione infantile che mi veniva all'improvviso (...) era come su una nuvola”(ELIDE).

Gli aggettivi usati per descrivere questo stato sono stati "rilassamento", "calma", "rilassato", trovare una "sferzata di energia" e "conforto dentro di sé". Questa sensazione di pacificazione si è riflessa naturalmente anche nel corpo con un sollievo dei sintomi fisici provati.

## **CONCLUSIONI**

Attraverso l'esperienza personale posso asserire che le esperienze dei pazienti con malattia oncologica e che beneficiano dell'ipnosi per gestire il loro dolore e/o ansia ha fatto emergere i seguenti temi:

-L'ipnosi è riconosciuta come uno strumento efficace che può essere facilmente acquisito e che consente ai pazienti di trovare risorse che promuovano l'empowerment nella loro traiettoria di malattia, e più in particolare nella fase palliativa di essa.

-I pazienti imparano a gestire la loro ansia in modo diverso e possono, in un ambiente sicuro, esplorare aspetti difficili della loro malattia, in particolare la separazione e la morte.

-I pazienti notano anche l'importanza del legame che si crea tra loro e il terapeuta e il supporto che questo rappresenta.

-Alcune criticità che ho riscontrato sono state: la difficoltà di intervenire su pazienti in fase avanzata di malattia e non sempre consapevoli della prognosi infausta a breve termine.

Durante la pratica di comunicazione ipnotica c'è stato un buon coinvolgimento dei colleghi infermieri e del personale di supporto. Sono rimasti colpiti, incuriositi dei benefici, e delle esternazioni fatte dai pazienti. Hanno percepito quanto in alcuni casi fosse più facile gestire i sintomi come la dispnea, tanto da voler partecipare insieme a me, ad un corso di formazione organizzato da alcuni docenti del CIICS. Una collega sta valutando se iscriversi al corso CIICS di Rimini. L'interesse e la formazione di più operatori, offrirà

all'interno dell'unità operativa dell'hospice Villa Agnesina, competenze in grado di migliorare la qualità dei servizi erogati.

Purtroppo lo stesso entusiasmo non è stato percepito dalla componente medica, che probabilmente per l'organizzazione del reparto (presente solo la mattina) non ha potuto cogliere completamente l'utilità della comunicazione ipnotica.

Il coinvolgimento dei miei colleghi mi sprona a impegnarmi nel diffondere le conoscenze acquisite, ciò porterà nella nostra realtà operativa un cambiamento che non potrà che valorizzare e aumentare la qualità assistenziale erogata.

## BIBLIOGRAFIA

1. IASP (International Association for the Study of Pain) 2020
2. Rapporto dell'OMS sulla salute in Europa 2012 - Tracciare la via verso il benessere
3. LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
4. Rivista Italiana di Cure Palliative <https://www.ricp.it>
5. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer : a systematic review. J Pain Symptom Manage ; 2007 ; 34(1) : 94-104.
6. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology : complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. CA Cancer J Clin ; 2005 ; 55(2) : 109-16.
7. Granone F. Trattato di ipnosi. pp 3,4,5 UTET. Torino, 2009
8. Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. Pain ; 1999 ; 82(2) : 159-71
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

10. Duhamel F, Dupuis F. Families in palliative care : exploring family and health-care professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing* ; 2003 ; 9(3) : 113-9.
11. Marchioro G, Azzarello G, Viviani F, Barbato F, Pavanetto M, Rosetti F, et al. Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology* ; 2000 ; 59(2) : 100-4.
12. Jensen M, Patterson DR . Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* ; 2006 ; 29(1) : 95-124.
13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
14. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* ; 1983 ;45(4) : 333-9.
15. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS , et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial. *Lancet* ; 2000 ; 355(9214) : 1486-90.
16. Finlay IG, Jones OL. Hypnotherapy in palliative care. *J R Soc Med* ; 1996 ; 89(9) : 493-6
17. Bioy A, Wood C. L'hypnose : les principes d'utilisation etavantages en soins palliatifs. *Journal Européen de SoinsPalliatifs*. 2006 ; 13(3) : 117-20.
18. Cicely Saunders. L'assistenza ai malati «incurabili»

