



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2024

**SUPPORTO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELL'ACCOGLIENZA E
NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE: ESPERIENZA PRESSO
L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DISTRETTUALE DI TRIESTE**

Candidato

Dott.ssa Daidi Sancin

Relatore

Dott.ssa Milena Muro

Co-relatore

Dott.ssa Marina Torresan

A Gabriel e a Paolo.
Per tutto l'aiuto e il sostegno.
Grazie di cuore.

“Sii il cambiamento che vorresti vedere avvenire nel mondo.”

Mahatma Gandhi

Un sentito grazie alla dott.ssa Marina Torresan,
per il suo supporto ed gli ottimi consigli.

INDICE

Premessa	pag. 4
Specifico professionale	pag. 5
La comunicazione	pag. 7
L'ascolto e l'empatia	pag. 25
L'accoglienza	pag. 29
La relazione d'aiuto nella professione infermieristica	pag. 32
L'ipnosi e la comunicazione ipnotica	pag. 34
Esperienze di cambiamento	pag. 36
Conclusioni	pag. 43
Bibliografia e Sitografia	pag. 44

“Un lungo viaggio di mille miglia si comincia col muovere un piede.”

Lao Tse

Premessa

Mi presento in breve: mi chiamo Daidi Sancin, mi sono diplomata nel 1994 presso la Scuola per Infermieri professionali Giulio Ascoli di Trieste e nel 2012 ho conseguito il Master di 1° livello nella “Gestione infermieristica del paziente con ferite difficili” presso l'Università degli Studi di Trieste.

Dopo molteplici esperienze lavorative, dall'inizio del 2012 sono la referente esperta del servizio dell'Ambulatorio Infermieristico Distrettuale (AID) della sede di Via Puccini del Distretto Trieste 2, dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) e faccio parte della “Commissione delle ulcere arti inferiori interaziendale” dal 2012.

Lo scorso ottobre ho avuto la possibilità di partecipare al 17° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC), dove ho seguito la sessione sull'ipnosi, presentata dalla dott.ssa Muro e dalla collega dott.ssa D'Onise, che mi ha molto interessato e fatto pensare alle potenzialità benefiche di questo strumento da poter utilizzare con i miei assistiti.

Così ho deciso e mi sono iscritta al Corso di Formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica 2024, iniziando un percorso formativo che sta portando un cambiamento graduale nella mia modalità di approccio e relazione verso il paziente, ma anche con i familiari e colleghi.

*“L’infermiere orienta il suo agire al bene della persona,
della famiglia e della collettività.”*

Art.2- Codice Deontologico

Specifico professionale

L'Ambulatorio infermieristico dove presto servizio, è gestito in piena autonomia da infermieri e nel corso degli anni abbiamo creato una stretta collaborazione con vari medici specialisti e colleghi. Gli assistiti che accedono presso il nostro ambulatorio sono inviati dal medico di medicina generale, dagli specialisti sia territoriali che ospedalieri e, per continuità assistenziale, dalle varie strutture ospedaliere, anche da fuori regione.

Una parte preponderante della nostra attività quotidiana sta nella presa in carico dell'assistito portatore di lesioni cutanee sia acute che croniche e nel trattamento delle stesse. Seguiamo inoltre pazienti oncologici, per la gestione dei cateteri venosi centrali, pazienti portatori di cateteri vescicali, utenti diabetici, ortopedici, chirurgici, e utenti che necessitano di terapia sia iniettiva che endovenosa.

Inoltre un giorno a settimana eseguiamo elettrocardiogrammi e quando necessario applichiamo terapie e pressione negativa.

A volte, nonostante l'uso di pomate anestetiche, queste pratiche possono provocare sensazioni di dolore, e vari stadi di ansia e paura.

L'aspetto relazionale e comunicativo è parte essenziale nella pratica infermieristica ed è fondamentale nel creare un'alleanza terapeutica.

Uno degli obiettivi principali dell'assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nell'assistito dell'autodeterminazione, dell'autoefficacia e della stima di sé, permettendogli di far emergere le sue capacità residue.

Infatti il Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, approvato dal Consiglio Nazionale a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019 specifica nell'art. 3 che:

*“L’infermiere **cura** e si prende cura della persona assistita, nel **rispetto** della **dignità**, della **libertà**...”*

e segue nel successivo art.4:

*“ Nell’agire professionale l’infermiere stabilisce **una relazione di cura**, utilizzando anche **l’ascolto e il dialogo**. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell’interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali.*

*“ **Il tempo di relazione è tempo di cura.***

Il rapporto con la persona assistita viene trattato nell’art. 17 e cita:

*“Nel percorso di cura l’infermiere valorizza e **accoglie** il contributo della persona, il suo **punto di vista** e le sue **emozioni** e facilita l’espressione della sofferenza.*

***L’infermiere informa**, coinvolge, educa e **supporta** l’interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.”*

E dedica l’art.21 alle strategie e modalità comunicative come segue:

*“**L’infermiere sostiene la relazione** con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l’espressione, **attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.**”. (1)*

*“Non ci sono modi giusti o sbagliati di comunicare con un paziente,
ci sono solo modi più efficaci e modi meno efficaci.”*

Dott. Giorgio Del Mare

La comunicazione

L'essere umano non è nato per vivere da solo, ma è comune a tutte le persone una tendenza innata allo stare insieme e a fare gruppo.

Questo naturale modo di comportarsi, col mutare delle condizioni ambientali, si è modificato in continuazione nel corso dei millenni.

La modalità dello stare assieme, come ad esempio per affrontare una calamità naturale, ha contribuito a realizzare nuovi sistemi di relazione-comunicazione, come la collaborazione, lo scambio, l'aggregazione e l'aiuto reciproco.

Meccanismo, dunque, quello della comunicazione, che nasce nella notte dei tempi e giunge fino ai nostri giorni sofisticato e complesso.

Comunicare è uscire da sé, riconoscere ed essere riconosciuti, **incontrarsi** e incontrare.

Comunicare significa: **rendere comune, partecipare, condividere** e si differenzia dall'informazione, perché si basa su obiettivi da raggiungere.

Le funzioni fondamentali del processo di comunicazione si basa sulla presenza di - **l' emittente** (chi ha un messaggio da inviare);

- **il ricevente** (il destinatario del messaggio trasmesso);
- **il messaggio** (l'insieme di informazioni, sotto forma di parole, immagini, suoni);
- **il codice** (la modalità di espressione del messaggio);

- **il canale** (il mezzo usato per la comunicazione: verbale, paraverbale, non verbale). (2)

Entrambi i soggetti del processo di comunicazione sono **parti attive**, infatti se l'emittente non si attiva, non succede nulla e viceversa la mancanza del ricevente preclude ogni possibilità di ricezione del messaggio.

Il codice rappresenta il modello secondo il quale viene tradotto il messaggio, affinché possa essere recepito dal ricevente: esempi di codici possono essere un certo tipo di **lingua** o un **gesto** particolare.

Parlare la stessa lingua significa usare gli stessi codici e quindi comprendersi.

Spesso i segnali non verbali parlano più forte delle parole. I messaggi del corpo vengono dal profondo, non sono mediati dalla razionalità e quando tenuti in considerazione, apportano delle osservazioni importanti, come ad esempio sullo stato d'animo della persona che ci sta di fronte.

Come ricorda lo psicologo Paul Watzlawick è impossibile non comunicare: appena siamo visti e uditi, stiamo comunicando, inviando messaggi con il nostro corpo, il nostro aspetto, il nostro comportamento. Possiamo dire molto agli altri tramite ciò che non facciamo o non esprimiamo.

Nel 1967 lo psicologo statunitense Albert Mehrabian definì i **3 livelli di comunicazione**:

-**non verbale**: tutto ciò che riguarda il movimento del corpo, la gestualità e la postura, dunque il linguaggio del corpo;

-**paraverbale**: tutto ciò che riguarda il tono della voce, la velocità, il ritmo, dunque la prosodia;

-**verbale**: tutto ciò che riguarda il contenuto e l'informazione trasmessa.

Secondo la teoria di Mehrabian, in una comunicazione gli aspetti dominanti sono quelli non verbali (55%) e paraverbali (38%), rispetto ai verbali (7%).

Con la pubblicazione del suo libro "Nonverbal Communication", la teoria delle percentuali divenne di dominio pubblico, e passò il messaggio "*non conta cosa dici, ma come lo dici.*"

Di seguito venne presa e riproposta da molti consulenti, i quali però si scostarono dalla vera essenza della legge.

Ciò che è venuto a mancare è stata la contestualizzazione della teoria. Questa legge è valida quando si comunicano sentimenti e atteggiamenti.

In altre parole: a meno che il comunicatore non stia parlando dei propri sentimenti e atteggiamenti, questa legge è poco applicabile.

Il grande errore non sta perciò nella legge stessa, bensì nella sua interpretazione. (a)

In definitiva in un processo di comunicazione è importante “**cosa**” dici tanto quanto “**come**” lo dici.

La rappresentazione interna, i sistemi rappresentazionali e il linguaggio corrispondente

Gli esseri umani hanno accesso alle **informazioni** che arrivano dall'**esterno** mediante la **vista**, l'**udito**, il **tatto**, l'**olfatto** e il **gusto**. Tali informazioni passano attraverso **filtri interni** e vengono elaborate e rappresentate internamente. Questa esperienza sensoriale precede la rappresentazione linguistica.

Successivamente, le persone usano il linguaggio verbale per descrivere quella rappresentazione interna delle proprie sensazioni corporee, delle immagini e dei suoni percepiti. (3)

Dunque si può pensare alle parole e al linguaggio come ad un sistema di rappresentazione della realtà, che si aggiunge alla modalità sensoriale.

Come già detto, gli esseri umani hanno esperienza di se stessi e del mondo attraverso i cinque sensi o modalità sensoriali, (la vista, l'udito, il tatto, l'olfatto e il gusto).

Se immaginassimo di fare esperienza della realtà a partire da una condizione di privazione o di scarso funzionamento di uno o più dei 5 sensi, molto probabilmente l'esperienza vissuta risulterebbe profondamente modificata.

Ad esempio : se sono miope e senza occhiali vedo la realtà sfuocata, un forte raffreddore può alterare la percezione degli odori...

Per questo, attraverso i 5 sensi tutti noi decodifichiamo, organizziamo e immagazziniamo i dati e gli impulsi che arrivano dalla realtà esterna, e attribuiamo ad essi un significato. Le modalità sensoriali vengono infatti definite in Programmazione Neuro-Linguistica anche **sistemi rappresentazionali**, perché si riferiscono al modo in cui le persone rappresentano la realtà a loro stesse.

“La mappa non è il territorio”

È un principio teorizzato dal ricercatore semantico Alfred Korzybski, secondo il quale, in quanto esseri umani, è impossibile conoscere davvero la realtà, dal momento che l'esperienza che si fa di essa viene filtrata dai sensi e ognuno di noi la percepisce in modo diverso. (3)

In un contesto sanitario si può dire che ogni paziente vede, sente, percepisce e quindi organizza, decodifica la realtà in modo differente da come fa un altro assistito, o da come fa l'infermiere che lo assiste; ognuno utilizza una sua mappa per muoversi nella realtà esterna, anche se tale mappa non è la realtà.

Dalla stessa realtà, dunque, pazienti diversi ricavano mappe diverse, recependo le informazioni attraverso i sensi e connettendo alla propria storia personale.

Ogni essere umano crea una propria mappa, ovvero ha la propria prospettiva sulla situazione che vive o alla quale assiste, e l'idea che se ne fa si basa su mappe neurolinguistiche, derivanti da filtri percettivi ed esperienze individuali.

Per l'infermiere diventa molto funzionale individuare il **sistema rappresentazionale** che il paziente utilizza **maggiormente**, in modo da adattare di conseguenza la propria comunicazione e riuscire a “**connettersi**” con lui: per fargli sentire che viene ascoltato, compreso, seguito, affiancato e quindi per renderlo più disponibile a collaborare attivamente al percorso di cura.

Come si raggiunge tutto ciò?

1. rivolgendo grande attenzione alle parole utilizzate dal paziente, per identificare quale canale predilige, se visivo, uditivo o cinestesico;
2. rispecchiando, con la propria comunicazione verbale, le scelte linguistiche dell'assistito.

Ad esempio: espressioni come “*dal mio punto di vista*”, “*voglio vederci chiaro*”, “*mi sto focalizzando su questo dolore*” segnalano che il paziente sta utilizzando un sistema rappresentazionale visivo.

Mentre se il paziente utilizza frasi come “*siamo in sintonia*”, “*a dire il vero*”, “*sono tutto orecchi*” il canale preferenziale è quello uditivo.

Espressioni che indicano una modalità di rappresentazione cinestesica sono “*voglio toccare con mano*”, “*ha le mani di velluto*”, “*ho l'amaro in bocca*”, “*mi ha tirato su*”. (3)

Il paziente con **sistema rappresentazionale visivo** può utilizzare tra i seguenti predicati visivi:

- *guardare, osservare, ammirare, visualizzare, focalizzare, esaminare, mostrare, illustrare, apparire, focalizzarsi, etc.*
- *scena, immagine, ombra, luce, visione, illusione, chiaro, scuro, buio, annessato, brillante, vivido, illuminante, etc.*

Il paziente con **sistema rappresentazionale uditivo** può utilizzare tra i seguenti predicati uditivi:

- *annunciare, dire, affermare, articolare, menzionare, discutere, dibattere, ascoltare, sentire, chiamare, spiegare, tradurre, interrogarsi, etc.*
- *volume, rumore, suono, silenzio, voce, grido, eco, melodioso, forte, intonato, assordante, sordo, armonioso, etc.*

Il paziente con **sistema rappresentazionale cinestesico** può utilizzare tra i seguenti predicati cinestetici che rappresentano il :

1. tatto e le sensazioni corporee:

- *toccare, afferrare, scorrere, piegare, rompere, colpire, spingere, accarezzare, abbracciare, scivolare, etc.*
- *movimento, peso, supporto, concreto, sensibile, caldo, leggero, comodo, emozionante, stressante, appiccicoso, liscio, piacevole, etc.*

2. olfatto:

- *odorare, puzzare, profumare, aroma, essenza, odore, bouquet, fragranza, fumoso, rancido, sgradevole, piacevole, pungente, evocativo, etc.*

3. gusto:

- *assaporare, gustare, sputare, gusto, amaro, salato, dolce, acido, saporito, insipido, gustoso, piacevole, etc.*

La comunicazione non verbale

Attraverso la **postura corporea**, la **respirazione**, e anche osservando la **gestualità** del paziente che indichi con maggiore frequenza una parte del corpo piuttosto che un'altra (gli occhi, le orecchie o nel caso della modalità cinestesica la pancia), l'operatore sanitario può intuire quale sia il sistema rappresentazionale dominante.

Comportamenti ricorrenti del paziente in **modalità visiva**:

Parla ad alta voce e rapidamente, riferendosi a immagini, suoni, colori, affidandosi soprattutto al ricordo di ciò che ha visto e rappresentando le sue idee sotto forma di immagini. Tiene in corpo eretto e fa movimenti ampi.

La respirazione è spesso toracica, con respiri brevi e rapidi.

Ha bisogno di mantenere il suo campo visivo libero, dunque evitare di stare fisicamente troppo vicini alla persona là dove possibile.

Comportamenti ricorrenti del paziente in **modalità uditiva**:

Tende a muovere gli occhi da un lato all'altro.

Respira in modo piuttosto regolare e ritmato, dalla parte centrale del petto.

Spesso emette suoni, sospiri e ricorre ad un linguaggio musicale. Di frequente con i suoi gesti indica le orecchie e mentre parla si piega in avanti ruotando il capo per offrire il suo "orecchio preferito".

Comportamenti ricorrenti del paziente in **modalità cinestesica**:

Ha un forte senso delle emozioni, delle intuizioni e percepisce la realtà in modo molto "fisico" e viscerale.

Ha spesso gli occhi rivolti verso il basso a destra e la sua respirazione, generalmente molto profonda, cambia con il cambiare del suo stato e dei suoi sentimenti. Il suo tono di voce è spesso basso, profondo e vellutato. Di solito parla lentamente e fa lunghe pause. Spesso tiene le spalle indietro ed è curvo su se stesso. La maggior parte dei pazienti cinestesici si muove lentamente.

Il linguaggio del corpo, la postura, i gesti, i movimenti oculari e le qualità della voce meritano un'attenzione particolare, perché anche attraverso di essi il paziente esprime i propri **pensieri, emozioni, preoccupazioni, valori e preferenze.**

Altrettanto importante è la comunicazione **non verbale** che l'**operatore sanitario** mette in campo durante la relazione con il paziente e deve tener presente soprattutto l'immagine che fornisce di sé .

Ad esempio alcune componenti:

- **cinestesica:** mimica facciale, che non si può modificare sempre con la volontà. L'infermiere deve porre attenzione a gestire al meglio l'espressività, soprattutto in contesti dove presenti anche parenti ;

- **prossemica:** spazio invisibile da rispettare sempre.

L'infermiere a volte per il proprio operato invade lo spazio personale del paziente quindi deve chiedere gentilmente il permesso;

- **aptica:** comunicazione espansiva-contatto fisico. L'infermiere, per necessità lavorative, deve toccare il paziente, che potrebbe gradire o no, perciò è importante avvisare e tener conto di come reagisce al tocco l'assistito;

- **vestemica:** identifica la persona e il suo ruolo. In ambito sanitario è rappresentata dalla divisa, che deve essere in ordine e pulita. (b)

Quando i livelli di comunicazione verbale, paraverbale e non verbale appaiono in conflitto tra loro, in genere è il messaggio non verbale ad essere il più attendibile.

Un parametro che fa da ponte a tutta la comunicazione non verbale ed è importantissimo per catturare l'attenzione di chi ascolta, è la capacità di **trasmettere emozioni.** È fondamentale per un paziente percepire che chi lo sta aiutando, lo fa ponendo la sua massima attenzione su di lui ed è sicuro delle azioni che sta compiendo. Così si crea il rapporto di fiducia che è alla base di una relazione di aiuto.

La comunicazione paraverbale

La comunicazione paraverbale fa riferimento all'insieme dei **suoni emessi** e al **modo** in cui qualcosa viene detto, non al contenuto in sé.

Include parametri come il tono della voce, il ritmo, il volume, il timbro.

Il tono della voce: è uno dei fattori più importanti ai quali si risponde.

È talmente **potente** che a volte a prescindere dal contenuto verbale, può far assumere a quello che viene detto un significato oppure un altro, anche di tipo opposto a quello che in senso letterale le parole dovrebbero trasmettere.

Il tono della voce è quindi determinante nel definire l'**impatto emotivo** che si trasmette all'assistito. Se si vuole essere ascoltati con maggiore attenzione è bene assicurarsi di variare il tono della voce a seconda dell'emozione da trasmettere.

Ad esempio in una situazione ansiogena a volte è meglio utilizzare un tono di voce autorevole, rispetto a un tono incerto.

Il ritmo della voce: si intende la velocità della comunicazione che molto spesso è influenzata dallo **stato emotivo**. Dal ritmo si può intuire se il paziente è agitato o rilassato. Un ritmo veloce di solito suscita tensione, ma se usato in modo appropriato anche motivazione. Un ritmo lento invece, può trasmettere calma e tranquillità.

Anche le **pause** sono molto potenti e determinano il sottile desiderio di scoprire cosa verrà detto dopo. Danno il tempo al paziente di riflettere e di assimilare il contenuto detto. Quando utilizzate correttamente, possono essere uno potente strumento nella comunicazione.

Il volume della voce: indica una variazione nell'intensità di quello che viene detto e aiuta ad **enfaticizzare** alcune parole o concetti.

Il paziente che parla con un volume basso, accompagnato da una postura chiusa è spesso percepito come timido, insicuro con una bassa autostima. Mentre un assistito che si esprime con un volume di voce alto, al contrario, può trasmettere sicurezza in se stesso, ma a volte anche aggressività,

magari dettata da un senso di paura; oppure, semplicemente, il paziente è ipoacusico.

Quindi è importante variare anche il volume della voce per enfatizzare e/o dare maggiore rilievo a determinate parole o contenuti.

Il timbro della voce: riguarda il registro vocale tipico della persona, chiamato anche **colore vocale**, ed è l'aspetto più legato alla personalità. Il timbro vocale dipende anche dalla parte del corpo che fa da cassa di risonanza: voce di testa, di petto o di diaframma. (c)

“Le parole hanno una grande forza, sono come pietre.

*Le parole feriscono, oppure leniscono,
dovremmo tutti imparare ad usarle meglio.”*

Paolo Crepet

La comunicazione verbale

Contrariamente a tutti quelli che screditano la comunicazione verbale, le parole sono **fondamentali**.

Paolo Borzacchiello, uno tra i massimi esperti di intelligenza linguistica, interazione umana e programmazione neuro-linguistica, qualifica le **parole** come **lo strumento con cui definiamo la realtà circostante**.

La Programmazione Neuro-Linguistica, (PNL) è stata definita come disciplina da Richard Bandler, matematico e John Grinder, professore di linguistica presso la University in California negli anni Settanta, ed ha acquisito sempre maggiore popolarità fino a divenire ciò che è attualmente, un campo molto vasto con una moltitudine di applicazioni.

La PNL indica un approccio che si dà come obiettivo il cambiamento dei pensieri e dei comportamenti, attraverso una comunicazione efficace e un cambiamento dello schema mentale ed emotivo. (4)

In definitiva, in un processo di comunicazione è importante “cosa” dici, quali parole usi, tanto quanto “come” lo dici.

Se poi la comunicazione verbale è **in sintonia** con la comunicazione non verbale e paraverbale, il potere suggestivo della parola diventa clamoroso. Ogni parola accende lampadine nel cervello, che producono reazioni neurofisiologiche specifiche: è perciò fondamentale scegliere con cura le parole per ogni specifico contesto.

La consapevolezza di **come** utilizzare le parole è importante, in quanto queste agiscono creando **immagini** nella mente della persona che si riverberano nel corpo, apportando dei cambiamenti.

Di seguito alcuni esempi di parole che vengono usate di frequente, l'**effetto** che producono sulla persona ovvero sul **paziente** che le ascolta e come, quando correttamente usate, creano una **comunicazione ipnotica efficace**. (5)

MA: piccola congiunzione avversativa che distoglie l'attenzione dall'affermazione che la precede e pone l'accento sulla frase successiva.

Esempio: A. *“Signora M. è una ferita molto profonda, ma è nell’ambulatorio giusto per curarla”.*

B. *“Signora M. è nell’ambulatorio giusto, ma è una ferita molto profonda”.*

Nel primo esempio la frase A. pone l'attenzione sull'aspetto che la signora Maria si trova nel posto giusto per guarire, mentre nella B. si accentua la profondità della ferita e rimane il dubbio, come e se la ferita guarirà.

SI/NO: il **SI** va utilizzato il più spesso possibile, in quanto crea accordo e complicità tra il paziente e l'infermiere. Il **NO** invece, crea una sensazione spiacevole in chi l'ascolta, specie se viene utilizzato moltissimo.

E/MENTRE: congiunzioni che si usano per legare le varie suggestioni fornite al paziente, soprattutto in fase di induzione ipnotica.

NUOVO/ DIVERSO/ PARTICOLARE: aggettivi con una carica positiva che permettono di accogliere un'esperienza o vissuto in modo propositivo e che aiutano a diminuire o rimodulare una sensazione potenzialmente fastidiosa o negativa.

PERCHÉ: si può usare sia come domanda che come affermazione, in quanto stimola all'azione: le persone sono più predisposte a compiere un'azione, se hanno chiara la motivazione per cui farla.

Esempio: *“chiuda gli occhi perché così sarà più facile rilassarsi”*, una persona eseguirà più volentieri un suggerimento motivato.

È una delle parole più usate in ipnosi, in quanto esercita un effetto stranamente ipnotico: spesso, infatti, accettiamo ciò che segue alla parola "perché" senza fermarci realmente ad analizzare.

DOVERE: crea una determinazione molto forte, ma limitante: da usare con cautela.

POTERE: crea maggiori opportunità, molto usata nella comunicazione ipnotica per potenziare le capacità del paziente.

Esempio: Iniziare una relazione con *“Ciao, tu puoi...”* si potenzia la capacità del paziente e si dà inizio al cambiamento, dove si potrà già notare un cambiamento nel respiro e una maggiore calma.

VOLERE: determina un senso di libertà, ad andare oltre.

CERCARE / PROVARE: creano dubbi sull'efficacia dell'azione e sulle capacità del paziente. (5)

TROVARE: genera la sensazione di essere in grado di affrontare la situazione in modo autonomo e aumenta di molto l'autostima del paziente.
Esempio: *“Trova una cosa bella, per stare tranquillo”*.

Che può collegarsi:

1. al canale cinestesico; percepisco il sole sulla pelle, la brezza marina, il sole,
2. al canale uditivo: sento il ritmo delle parole, la musica, il fruscio delle foglie.
3. al canale visivo: vedo i colori, le immagini.

NON: questa proposizione è da evitare, in quanto è impossibile rappresentarla con un'immagine e rappresenta uno spreco energetico.
Esempio: *“Non pensare a un vaso”* porta il cervello a immaginare un vaso per poi cancellarlo. Ciò che rimane dopo l'uso della parola “non” è esattamente ciò che si voleva evitare.

Esempi in ambito sanitario: *“ Non si preoccupi”* è meglio utilizzare una frase con connotazione positiva *“Stia sereno”*.

POSITIVE: porre l'**accento** su frasi positive. Il nostro cervello lavora a risparmio energetico, sono più efficaci affermazioni : *“Rimanga ferma”* che *“Non si muova”*, nella seconda, è necessario prima immaginarsi di muoversi, per poi bloccarsi: dunque due azioni.

Si può a volte anche dire *“ancora non è capace di rimanere fermo”* si presuppone che in seguito ne sarà capace; l'immagine che si crea è “rimanere fermo”, perché la negazione “non” è cancellata.

Esempi di parole positive, quasi **magiche** che vanno utilizzate nella comunicazione sono: *nuovo, diverso, nascita, dono ,crescita, opportunità, sviluppo, certamente, sicuramente, fantastico, bravissimo* etc. (5)

POSSIBILITÀ:

SE... possibilità di fare o non fare una determinata azione.

QUANDO... prima o poi l'azione/ la sensazione si avvererà.

SICCOME... ALLORA... siccome è vero questo, sarà vero anche quest'altro. Molto utile per aumentare la fiducia.

IMMAGINARE/ IMMAGINA: parola magica e versatile, perchè permette ad ognuno di attivare il proprio canale preferenziale. (5)

La comunicazione terapeutica

Una comunicazione terapeutica efficace, porta all'instaurarsi di un valido **rapporto** tra l'infermiere e il paziente, con l'**obiettivo** di facilitare la **guarigione** là dove possibile, o il **miglioramento** delle condizioni del paziente.

Riassumendo alcune delle tecniche di comunicazione efficaci sono:

1. ascoltare: risulta essere un processo attivo che richiede un'attenzione vigile ed un notevole impegno.

Il paziente deve trovare un ambiente accogliente, deve potersi esprimere con calma. Il messaggio inviato dall'infermiere capace di ascoltare è importante, poiché valorizza la centralità della persona che gli sta di fronte, del suo problema e la disponibilità nei suoi confronti;

2. riaffermare: consiste nel ripetere al paziente ciò che si ritiene sia il pensiero principale da lui espresso, con questa tecnica l'infermiere comunica che lo sta ascoltando, mentre il paziente ha la possibilità di ripetere il suo messaggio ed eventualmente chiarirlo; si utilizzano le stesse parole usate dall'assistito;

3. rispecchiare: valori, atteggiamenti e credenze con lo scopo di aiutare il paziente ad analizzare meglio i propri pensieri e le proprie emozioni rispetto ad un problema;

4. chiarificazione e verifica consensuale: attraverso un feedback si chiede conferma del messaggio inviato;

5. focalizzare: consiste nel riportare il discorso su un argomento che si valuta importante per l'assistito;

6. riassumere: alla fine dell'incontro è utile riepilogare e puntualizzare gli aspetti più importanti emersi dal colloquio. (c)

La comunicazione sintonica

La comunicazione sintonica è molto utile nei contesti sanitari, dove è richiesta un' elevata capacità relazionale in un tempo limitato.

È un modello di comunicazione basato **sull'entrata in sintonia** con l'altro e consente agli operatori sanitari di stringere un'alleanza terapeutica con i propri pazienti.

Sintonia vuol dire riuscire a comunicare sulla stessa frequenza, e garantire la corretta ricezione del messaggio trasmesso. (d)

Attraverso la riproduzione del linguaggio paraverbale e non verbale, come l'intonazione della voce, i movimenti posturali, è possibile creare un rapporto di similarità con l'assistito, generando in quest'ultimo fiducia e tranquillità in breve tempo .

In breve gli elementi costruttivi della comunicazione sintonica sono le tecniche di "Mirroring", "Ricalco" e "Guida" e sono state modellate dalla programmazione neuro-linguistica:

1. **Mirroring** o **rispecchiare**: riproduzione delle posture, dei gesti, l'intonazione della voce, la respirazione etc. dell'assistito, con cui è possibile creare un rapporto di similarità.
2. **Ricalco** o **sincronizzazione**: riprodurre gli schemi di comunicazione del paziente, le sue convinzioni e i suoi valori.
3. **Guida**: significa cercare di portare il nostro interlocutore a capire il nostro punto di vista, una volta che abbiamo capito il suo.

Si riesce così a penetrare nel mondo dell'altro, facendogli capire che è compreso e si va a creare un forte legame comune.

Si intende anche la capacità di passare dalla propria alla sua mappa del mondo ed è questa l'essenza della comunicazione riuscita.

La creazione di un rapporto sintonico e dell'empatia è essenziale per l'instaurazione di un'atmosfera di fiducia reciproca, di un clima confidenziale e partecipativo, in cui ognuno può sentirsi a proprio agio. Si capisce da sé quanto ciò sia un presupposto indispensabile nella professione infermieristica per creare una relazione d'aiuto.

“Ascoltare vuol dire capire ciò che l’altro non dice”

Carl Rogers

L’ascolto

Un comunicatore è efficace non solo perché sa presentare bene la sua comunicazione, ma anche perché sa decodificare e interpretare le comunicazioni di ritorno: perché **sa ascoltare**. (6)

Saper ascoltare significa porsi in **modo attivo** nei confronti dell’altro, ovvero elevare il proprio livello di consapevolezza rispetto alle reazioni altrui.

“La vera comunicazione ha luogo quando ascoltiamo con comprensione ed evitiamo la tendenza a valutare”.

L’operatore sanitario impegnato in un buon ascolto:

1. evita di **interrompere** il paziente prima che abbia esaurito tutto ciò che ha da dire, a meno che l’interruzione serva ad orientare meglio il flusso delle informazioni;
2. evita di **suggerire** all’assistito i termini da usare o eventuali risposte a questioni dubbie.

L’ascolto del paziente è più efficace quando l’operatore sanitario **focalizza la sua attenzione**, non solo sui propri pensieri ma, soprattutto, sul modo in cui si stanno svolgendo quelli del paziente. (7)

Come raggiungere tale ascolto?

Ripetendo mentalmente le parole del paziente, mentre questi parla.

Si aumenta così il livello di attenzione e si riducono al minimo le distrazioni interne. Questo aiuta a percepire la condizione emotiva dell'assistito e quindi a migliorare la qualità del rapporto.

Quest'abitudine ha una conseguenza spesso spontanea: durante l'ascolto l'infermiere si **adegua** al ritmo e al tono di voce del paziente, oltre che alla postura, creando così una sintonia corporea e verbale che faciliterà la relazione terapeutica.

È utile distinguere almeno tre livelli di ascolto, dal meno efficace al più efficace:

1. Ascolto intermittente: l'infermiere si lascia catturare da altri pensieri, distrazioni e dalla propria immaginazione. Quindi riconosce soltanto parte dei concetti o informazioni fornite dall'assistito ed è portato ad interromperlo per esporre il proprio pensiero.

2. Ascolto logico: l'attenzione è concentrata sul contenuto di ciò che sta esprimendo il paziente, soffermandosi sul significato logico del raccontato.

3. Ascolto attivo: ascoltare attivamente il paziente significa imparare a vedere, udire e sentire allo suo stesso modo. (3)

Ascolto attivo

L'espressione "ascolto attivo" è sorta dalla pratica e dalla ricerca psicologica degli anni '50, del dott. Carl Rogers. Una delle migliori formulazioni della tecnica apparve nel suo articolo del 1952, intitolato "*Ostacoli e vie di accesso alla comunicazione*". In questo articolo Rogers identificava come maggiore ostacolo per una comunicazione efficace la tendenza delle persone a valutare o giudicare le idee degli altri. (3)

L'ascolto attivo dunque consiste nel **mettersi nei panni dell'altro**, provando a sentire, a vedere e a percepire le cose e le sensazioni come l'interlocutore le sente, le vede e le percepisce.

Questa modalità di ascolto consente di avere una maggiore comprensione della situazione che sta vivendo il paziente.

Un ascolto attivo rende molto più **semplice** ed **efficace** il **rapporto** tra l'infermiere e l'assistito, perchè quest'ultimo percepisce interesse e partecipazione alla propria condizione e quindi promuove una comunicazione terapeutica e una relazione di aiuto efficace.

“Non limitarti a fare qualcosa. Sii presente.”

Proverbio buddista

L'empatia

L'empatia è una **rispettosa comprensione** di ciò che gli altri provano.

Il filosofo cinese Chuang - Tzu sosteneva che la vera empatia richiede di ascoltare con tutto il nostro essere:

“ Una cosa è quell’ascolto che sta nelle orecchie. Un’altra è l’ascolto della comprensione. Ma l’ascolto dello spirito non è limitato ad alcuna facoltà, alle orecchie o alla mente. Esso esige dunque che tutte le facoltà siano vuote. E quando le facoltà sono vuote, l’intero essere è in ascolto. Si coglie allora direttamente ciò che è proprio davanti a noi, che non potrà mai essere udito con le orecchie né capito con la mente.” (8)

Per relazionarsi con empatia è necessario **liberarsi** di tutte le **idee preconcepite** e di tutti i **giudizi**. La presenza che l'empatia vuole non è facile da mantenere; questo perché è necessario concentrare tutta la propria attenzione sul messaggio dell'altra persona, dando all'altro il tempo e lo spazio di cui ha bisogno per esprimersi completamente e per sentirsi compreso.

Il dott. Marshall dice nel suo libro sulla comunicazione non violenta...” *che fui colpito dal ruolo cruciale del linguaggio e del modo in cui usiamo le parole. Ho individuato da allora uno specifico approccio alla comunicazione - alla parola e all’ascolto - che ci porta a dare dal cuore, connettendosi con noi stessi e con gli altri in modo che permette alla nostra naturale empatia di sbocciare.” (8)*

*“L'accoglienza è una forma di assistenza,
di cura e di trattamento.”*

L'accoglienza

Dal vocabolario Treccani la definizione di accogliere: viene da colligere, cioè “cogliere, raccogliere, qualcuno o qualcosa” dunque accettare, dare ospitalità, ricevere, ma anche ascoltare, esaudire, soddisfare.

L'accoglienza è di per sé cordiale, ospitale, poichè accogliere vuol dire approvare, **accettare**, dare ospitalità, includere. (e)

Quando siamo accettati da qualcuno siamo anche disposti a cambiare, se il cambiamento porta a un miglioramento della nostra vita.

L'accoglienza è una delle funzioni dell' infermiere, un'attività necessaria per costruire un **rapporto di fiducia** e di collaborazione tra la persona assistita e l'infermiere che assiste, all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'assistito e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che lo riguardano.

Il momento dedicato all'accoglienza del paziente assume un valore determinante sia per l'importanza in sé sia per la complessità del rapporto relazionale ed **empatico**, ancor prima che clinico, che l'infermiere instaura con la persona.

Durante un incontro con la persona assistita l'infermiere si trova ad instaurare sia una valenza **informativa** che **relazionale**. È durante la relazione assistenziale che l'infermiere incontra una persona che vive un problema di salute, ed è durante questo incontro che i termini di accoglienza e **accompagnamento** si fondono insieme, al fine di garantire un'assistenza di qualità.

La costruzione di una buona relazione infermiere-assistito conosce una **fase iniziale**, precedente alle pratiche assistenziali vere e proprie, che ha un carattere più interpersonale; è meno tecnica e influenza l'andamento della prima visita, di tutte le successive e i comportamenti futuri del paziente.

In questa fase iniziale è molto utile che l'operatore sanitario presti attenzione al proprio comportamento non verbale e a quello del paziente.

In seguito alcuni atteggiamenti e azioni che possono risultare sgradevoli al paziente e quindi da evitare :

- rimanere costantemente appoggiati allo schienale della sedia, quasi a indicare una volontà di allontanamento e distacco dalla condizione del paziente,
- incrociare le braccia, a meno che non sia il paziente ad averle già incrociate,
- orientare il corpo in direzioni diverse da quella dell'assistito,
- durante una pratica infermieristica rimanere in assoluto silenzio o borbottare commenti o opinioni tra sé e sé, senza rendere il paziente partecipe di ciò che si sta facendo,
- iniziare a toccare il paziente senza aver annunciato all'assistito che si sta per toccarlo,
- rivolgersi al paziente come se fosse uno scolareto, rimproverandolo o dando giudizi sull' operato del paziente. (3)

Questi atteggiamenti possono essere percepiti come disinteresse, distacco o mancata partecipazione da parte dell'infermiere alla situazione che vive il paziente.

Tutti i comportamenti che alzano metaforicamente un muro o frappongono una distanza tra l'operatore e l'assistito o suo familiare, marcandone la differenza di cultura, di status, di condizione economica, sono poco funzionali alla creazione di un rapporto orientato alla risoluzione dei problemi.

Far sentire al paziente un **interesse** discreto e **rispettoso** anche per le sue vicende personali e familiari è un altro modo per comunicargli che lo si considera una persona meritevole di attenzione e che ha davanti a sé un interlocutore emotivamente partecipe della situazione che vivono lui e i suoi cari. Si inizia così a creare una buona relazione con il paziente e con i **familiari**, che rappresentano un fondamentale **risorsa di aiuto** per il loro caro. Si pongono le fondamenta per la costruzione di una valida “rete di sostegno”.

Questo interessamento dell’infermiere è ben lontano dall’essere “poco professionale”: piuttosto, rientra in un modo di intendere la professione come intervento contemporaneamente clinico ed umano, che si pone al servizio dell’assistito in quanto individuo portatore di esperienze emotive importanti, oltre che problemi di salute a cui lavorare insieme a lui.

La relazione d'aiuto nella professione infermieristica

La professione infermieristica vede la ragione della propria esistenza nella capacità di dare risposte adeguate ai bisogni di salute delle persone, sia in ambito del rapporto con il singolo individuo, che in quello con le comunità (famiglia, scuole etc.).

Nel fare ciò non si limita a prendere in considerazione la malattia di cui il soggetto è portatore, ma si **prende cura della persona** che assiste secondo una **visione olistica**, considerando le sue relazioni familiari, sociali e il contesto ambientale.

Il prendersi cura è attuato attraverso la strutturazione di una **relazione empatica e fiduciaria**. (9)

Il concetto di relazione d'aiuto viene elaborato negli anni '50 e '60 dallo psicologo umanista statunitense Carl Rogers che riconosce al paziente le potenzialità necessarie per risolvere i propri problemi, dopo averne raggiunto la piena consapevolezza.

La relazione d'aiuto non consiste nel fornire soluzioni all'assistito bensì nel facilitarlo nel processo di soddisfazione dei suoi bisogni.

Secondo Rogers, affinché la relazione sia efficace e abbia un esito positivo, l'operatore adotta i seguenti atteggiamenti :

-**l'empatia**, ovvero la capacità di mettersi al posto dell'altro,

-**l'accettazione incondizionata** ovvero un atteggiamento non valutativo, privo di qualsiasi tipo di giudizio dell'assistito. La persona è accettata semplicemente per quello che è, indipendentemente da quello che pensa,

-**la genuinità**, ossia la spontaneità dell'operatore. Si tratta di un atteggiamento autentico, privo di maschere, che implica congruenza tra ciò che l'infermiere sente, ciò che pensa e ciò che fa.

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica la relazione d'aiuto può essere descritta come un rapporto di scambio, verbale e non verbale, che permette l'instaurarsi di un **clima di fiducia e di rispetto reciproci** necessario sia al paziente, per soddisfare i suoi bisogni fondamentali, sia all'infermiere per poter essere autentico nei suoi atteggiamenti e gratificato dal suo operato.

Per entrambi la relazione rappresenta un'occasione di crescita e non solo un rimedio al problema.

La condizione essenziale per realizzare una relazione d'aiuto è la **volontà** dell'infermiere ad **aiutare il paziente**, assumendo nel proprio comportamento gli atteggiamenti sopra descritti.

È necessario che il comportamento dell'infermiere sia ispirato a quel sistema di **valori** che mette al centro il **rispetto** dell'assistito e della sua **dignità**, poiché non è possibile comunicare ciò che non si sente realmente.

Questo atteggiamento si esprime attraverso:

- la consapevolezza che ogni persona è **unica**, in quanto "prodotto unico" del suo patrimonio genetico, dell'ambiente e della cultura in cui vive,
- il riconoscimento che ogni persona ha dei **bisogni fondamentali** ed è motivata a soddisfarli,
- la convinzione che ogni persona cerca di raggiungere il massimo delle **proprie potenzialità**,
- il **rispetto** del **valore** di ogni persona,
- la mancanza della pretesa di **controllo** sulla persona,
- la consapevolezza che il **comportamento** di ogni persona comunica dei **messaggi** sui propri sentimenti ed emozioni, le sue convinzioni, ed il suo stato fisico e psicologico.

*“L’ipnosi come uno stato fluido,
Come lo scorrere dei liquidi vitali all’interno del nostro corpo,
Come la via dell’acqua che scorre.”*

Gilberto Gamberini

L’ipnosi e la comunicazione ipnotica

Il dott. Franco Granone definì l’ipnosi come *“la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di fluire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l’ipnotista.”* (10)

Secondo Milton Erickson una delle considerazioni più importanti, quando si induce l’ipnosi, è quella di *“andare incontro in maniera adeguata al paziente come personalità e di rispondere ai suoi bisogni come individuo”*.
Continua dicendo che: “si cerca troppo spesso di adattare il paziente ad una tecnica formale di suggestione, invece di adattare la tecnica al paziente, secondo la sua situazione del momento.” (11)

Un altro concetto importante nello studio dell’ipnosi è quello di **“monodeismo plastico”** o ideoplasia ovvero la possibilità creativa che ha un’idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e di realizzarsi nell’organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie. (12)

La comunicazione ipnotica è una tecnica di comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di sé e dell’esperienza che sta vivendo. Si avvale dell’azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che si instaura tra l’operatore e il paziente.

Si utilizza il linguaggio e i meccanismi neurolinguistici per indurre lo stato mentale di ipnosi. Questo stato fisiologico e dinamico permette al paziente di influenzare le proprie condizioni psichiche e fisiche, riducendo l'ansia e la percezione del dolore.

Nell'ambito sanitario, l'utilizzo della comunicazione ipnotica durante le procedure invasive rientra tra gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare per portare l'assistito a vivere la procedura o esperienza di cura in modo da ridurre ansia e dolore, migliorandone la compliance.

*“ Un albero il cui tronco si può a malapena abbracciare
nasce da un minuscolo germoglio.*

Una torre alta nove piani incomincia con un mucchietto di terra.”

Lao Tse

Esperienze di cambiamento

Quest'estate ho eseguito una visita oculistica, durante la quale si è evidenziata una zona di degenerazione retinica all'occhio dx, per cui l'oculista ha richiesto degli esami diagnostici di approfondimento con eventuale esecuzione di un intervento all'occhio, eseguibili solo presso la Clinica Oculistica Ospedaliera. Per fortuna sono riuscita ad avere l'appuntamento in breve tempo, una ventina di giorni dopo. Ero abbastanza preoccupata sia dell'esito, che dell'esecuzione stessa degli esami, visto che, da come mi ero documentata, gli esami o l'intervento avrebbero potuto essere molto dolorosi.

Alla mattina del giorno dell'esame, mio marito mi ha accompagnato presso l'entrata dell'Ospedale Maggiore dove ho raggiunto la Clinica Oculistica. Dopo esser stata accolta ed aver compilato i documenti necessari, l'infermiera mi ha fornito un biglietto numerato con l'indicazione di accomodarmi nella sala d'attesa e di controllare sullo schermo la segnalazione del mio turno. Mi sono seduta sulla sedia di fronte allo schermo ed alla porta di accesso agli ambulatori, e mi sono guardata attorno. Nella sala d'attesa erano sedute in attesa parecchie persone visibilmente pensierose, ognuna chiusa nel proprio silenzio.

Dopo una ventina di minuti lungo il corridoio arriva un'operatrice sanitaria con un passo sicuro, la divisa verde in ordine, capelli biondi ben raccolti, zoccoli azzurri e prima di varcare la porta principale degli ambulatori, si è fermata, girandosi verso di noi e guardandoci ci ha salutato, sorridendo: *“buongiorno a tutti”*, ed è entrata.

Un attimo dopo è apparso sullo schermo il mio numero, ho attraversato la porta ed entrando nell'ambulatorio, mi viene incontro la stessa persona, che scopro essere l'oculista e porgendomi la mano mi dice: *"buongiorno, venga pure, si accomodi sulla sedia, mi racconti qual'è il problema..."* sempre guardandomi negli occhi, sorridendo.

Mi sono sentita accolta, rassicurata e il "nodo allo stomaco" dalla preoccupazione si è sciolto come per incanto.

Questa utilissima esperienza da paziente, ha confermato l'importanza di rivalutare e porre attenzione alle modalità del mio agire professionale e migliorare la comunicazione con i pazienti per costruire una relazione di aiuto più efficace.

Da quando in marzo ho intrapreso questo percorso formativo, ho iniziato ad apportare man mano delle modifiche nella mia pratica quotidiana.

Piccoli cambiamenti nel mio modo di accogliere l'assistito, di medicare il paziente portatore di lesioni, di somministrare la terapia iniettiva e di eseguire gli elettrocardiogrammi, esplicitati attraverso una comunicazione verbale più attenta e una comunicazione non verbale e paraverbale congrua e sintonica.

Esperienza di cambiamento nell'accoglienza della sig.ra R.L.

La signora R.L. è una paziente anziana, portatrice di ulcere vascolari croniche seguita dall'ambulatorio infermieristico da qualche tempo, che per difficoltà deambulatorie, viene accompagnata di solito dal figlio sino alla porta dell'ambulatorio.

Con la sig.ra R.L. ho messo in pratica una modalità di accoglienza più pacata, meno frettolosa. Mi sono recata io in sala d'aspetto, ho chiamato la paziente per nome, chiedendole se potevo prenderla sotto braccio sino all'entrata dell'ambulatorio, adeguando così il mio passo al suo.

Rispettando i suoi tempi e senza metterle fretta, si è accomodata sul lettino, dove le ho chiesto di trovare la posizione per lei più comoda.

Ho abbassato un po' la testiera e mentre eseguivo le medicazioni degli arti inferiori, l'ho osservata attentamente, perché aveva assunto una posizione "viziata".

Le ho chiesto se ci fosse qualche problema, e ascoltandola attivamente ho percepito un' incongruità tra quello che mi diceva e l'espressione del viso. Senza insistere ho finito di medicarla, l'ho aiutata con calma ad indossare le calze, e in quel momento la sig.ra L. mi ha detto che si vergognava di esporre il suo problema, ma che oggi si è sentita più accolta e mi ha finalmente chiesto di controllare i glutei, se ci fosse un decubito, che per fortuna non c'era.

Da un paio di mesi ho modificato la mia modalità di accoglienza con tutti i nuovi pazienti.

All'orario prestabilito mi reco sino alla sala d'attesa, chiamo per nome il paziente e quando si alza gli vado incontro sorridendo gli porgo la mano e mi presento per nome.

Assieme facciamo un pezzettino di corridoio ed entriamo nell' ambulatorio. Faccio accomodare l'assistito sulla sedia a lato della scrivania per un primo momento conoscitivo e lascio parlare la persona senza interromperla con continue domande per l'anamnesi e la raccolta dati, che completo se necessario nel corso delle successive visite in ambulatorio.

Mentre il paziente parla lo osservo attentamente e lo ascolto attivamente per capire quali siano i suoi bisogni, il suo vissuto riguardo il problema e qual è il suo sistema rappresentazionale. Mi impegno così a creare le basi per una relazione di fiducia.

Conclusa la prima parte anamnestica, gli indico il lettino sul quale sedersi o stendersi, dicendogli di trovare la posizione più comoda per lui.

Esperienza di cambiamento nella somministrazione della terapia iniettiva del sig. C.N.

IL sig. C.N. ha 45 anni, e necessita periodicamente di ricevere un ciclo di farmaci per via intramuscolare. Fino ad aprile per la somministrazione si recava nel Reparto Ospedaliero dove è seguito per la sua patologia. A maggio viene nel nostro ambulatorio per la prima volta e si presenta dicendo che lui ha moltissima paura della puntura e che ha un pessimo ricordo dell'ultima somministrazione in ospedale .

Mi presento porgendogli la mano, avverto la sua mano fredda e tremante. Chiedo alla collega di continuare con la terapia iniettiva degli altri pazienti, così posso dedicare più tempo al sig.C.N.

Ci accomodiamo nell'ambulatorio adiacente, ci sediamo e gli chiedo di raccontarmi la sua esperienza.

Mi dice che l'ultima volta in reparto, non avendo stanze libere, gli hanno somministrato il farmaco facendolo rimanere in piedi, mentre gli dicevano che il farmaco era molto doloroso e, quando ha espresso le sue paure, lo hanno preso in giro.

Gli ho detto che oggi l'esperienza sarebbe stata diversa: avevamo a disposizione il lettino, dunque poteva scegliere se ricevere la somministrazione in piedi o disteso e che poteva scegliere la parte che preferiva, gluteo destro o sinistro. Inoltre l'ho rassicurato dicendogli che potevamo prenderci il tempo necessario e che avrei iniettato il farmaco lentamente.

IL sig.C.N. si è disteso sul lettino, scegliendo la parte sinistra. Gli ho suggerito di trovare una posizione adeguata per poter rilassare la gamba sinistra, di focalizzare la sua attenzione sul respiro, così da mantenere la zona rilassata e di farmi un cenno con la mano sinistra quando si sentiva pronto. Dopo diverse inspirazioni ed espirazioni, ha sollevato la mano, ho disinfettato e somministrato lentamente il farmaco.

Prima di uscire il sig.C.N. mi ha ringraziato, dicendo che era la prima volta che era riuscito a gestire lo stato di forte ansia, e che la prossima volta sarebbe stato più semplice, in quanto si sarebbe concentrato sul respiro (ancoraggio).

Da qualche mese ho modificato l'approccio alla somministrazione della terapia iniettiva: chiedo sempre al paziente se preferisce ricevere la somministrazione in piedi o da disteso; quale parte anatomica (braccio, addome, gluteo) preferisce, se a destra o a sinistra; chiedo poi il permesso di toccare la parte interessata, spiego la varie fasi della somministrazione: *“sentirà il tocco della mia mano che disinfetta”* , *”bene, fatto, le applico un cerottino che potrà rimuovere a casa”*, e soprattutto evito di suggerire *“che il farmaco somministrato farà male”*.

Per i farmaci che possono produrre dolore utilizzo frasi come: *“potrà percepire una sensazione diversa / particolare”*.

Esperienza di cambiamento nell'esecuzione dell'elettrocardiogramma al sig. M.C.

Nel nostro Distretto Territoriale ogni lunedì eseguo sei elettrocardiogrammi prenotabili attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) per ridurre i tempi di attesa e alleggerire il carico di lavoro del Centro Cardiovascolare. La refertazione avviene online tramite l'invio del tracciato al cardiologo reperibile, che "legge" l'elettrocardiogramma e lo rinvia tramite un programma specifico. Il tracciato refertato e firmato viene stampato e consegnato al paziente. Il tempo di consegna spesso si protrae, in quanto a volte il cardiologo viene chiamato per una consulenza in reparto o in Pronto Soccorso.

Ho trovato il modo di rendere l'ambulatorio più confortevole posizionando un paravento davanti al lettino, ho richiesto dei cuscini e dei teli per coprire l'assistito se necessario, poi abbasso le luci e regolo la temperatura della stanza.

Il signor K.M. è un paziente cardiopatico di 82 anni ed è l'ultimo assistito di un lunedì di inizio agosto. All'orario prestabilito mi sono affacciata alla porta ed ho invitato il signore ad entrare, il quale invece di alzarsi ha guardato la signora seduta vicino con un'espressione timorosa. Gli ho chiesto se preferiva che la moglie entrasse con noi. Il sig.K.M. si è visibilmente rasserenato, dicendomi che sono molto uniti e hanno appena festeggiato l'anniversario di matrimonio. Compilati i dati necessari forniti poi dalla moglie, ho spiegato i vari passaggi ed ho invitato il paziente a stendersi sul lettino, posizionando dei cuscini affinché trovasse la posizione più comoda. Ho applicato gli elettrodi e guardandolo gli ho suggerito di chiudere gli occhi, così gli sarebbe stato più facile rilassarsi.

Il tracciato rivelava dei tremori muscolari, così gli ho detto di immaginare di assumere la postura di una statua: il suggerimento è stato efficace, i tremori si sono ridotti e siamo riusciti ad eseguire un bel tracciato.

Il cardiologo tardava nella refertazione, così mi hanno raccontato un po' della loro vita e il motivo per il quale lo specialista aveva richiesto l'elettrocardiogramma.

Durante la pratica dell'esecuzione degli elettrocardiogrammi mi sono resa conto che fino a qualche mese fa utilizzavo affermazioni del tipo *“potrei avere dei problemi con la refertazione...”* o *“spero che il cardiologo veda il tracciato in tempo...”* oppure *“in caso di difficoltà...”* ; affermazioni con valenza negativa che potevano evocare nel paziente sensazioni di insicurezza, di dubbio, di incertezza.

Per migliorare e rafforzare la mia capacità comunicativa ho introdotto l'utilizzo di parole con valenza positiva, quali ad esempio *opportunità, soluzioni, obiettivo comune, valore*.

In alcune situazioni che necessitano di maggiore complicità, supporto e armonia ho incrementato l'uso del pronome “noi” e dell'aggettivo “nostro”, come ad esempio: *“insieme possiamo intraprendere questo percorso...”*.

Ho anche sostituito il tempo condizionale “si potrebbe, vorrei” con i tempi presente e futuro che trasmettono una sensazione di efficienza e serietà, come ad esempio *“le mostro come togliere...”* , *“domani le invierò...”*, *“martedì contatterò lo specialista...”*.

“Non abbiamo bisogno della magia per cambiare il mondo: abbiamo già dentro di noi tutto il potere di cui abbiamo bisogno, abbiamo il potere di immaginare le cose migliori di quelle che sono.”

J.K. Rowling

Conclusioni

Il percorso formativo che ho intrapreso è stato ed è per me molto importante per molteplici motivi.

Innanzitutto mi ha permesso di prendere consapevolezza dell'importanza di un corretto utilizzo delle singole parole, capire il ruolo che riveste una corretta comunicazione nella relazione paziente-infermiere e comprendere le potenzialità della comunicazione ipnotica.

Nell'ambulatorio infermieristico distrettuale, gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nell'interazione con i pazienti. La capacità di utilizzare la comunicazione ipnotica può contribuire a creare un ambiente rassicurante, ridurre l'ansia ed il dolore e favorire la collaborazione del paziente migliorando la qualità dell'assistenza erogata.

L'utilizzo della comunicazione ipnotica nell'ambito dell'accoglienza e della gestione del paziente dovrebbe essere un tema di crescente interesse nel campo sanitario e le varie amministrazioni dovrebbero favorire e implementare il suo utilizzo nella pratica quotidiana, supportando gli operatori sanitari che dimostrano interesse e volontà a seguire i corsi di formazione specifica.

Nella mia pratica giornaliera chi lavora con me, vedendo il mio entusiasmo, il mio impegno e i risultati finora ottenuti, ha iniziato a comprendere il valore e le potenzialità della comunicazione ipnotica. Sono fiduciosa perciò che in un prossimo futuro altre colleghe intraprenderanno questo stimolante percorso di cambiamento.

Bibliografia

1. Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (Fnopi). Ultima edizione 2019.
2. S. Crosera “Migliorare giorno per giorno la mia comunicazione”, Edizioni De Vecchi, Milano 2009.
3. A. Roberti, C. Belotti, L. Caterino “Comunicazione Medico- Paziente”, Alessio Roberti edizioni, Bergamo 2009.
4. P. Borzacchiello, “La parola magica”, Mondadori Edizioni, Milano 2018.
5. Appunti presi durante le lezioni ed esercitazioni pratiche del “Corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica 2024”.
6. A. Muir “Persuadi con la PNL. Come capire e convincere con la programmazione neuro- linguistica”, Unicomunicazione.it , Milano 2018.
7. V. M. Borella “La comunicazione medico sanitaria”, Collana Scienze e Salute/Formazione, Franco Angeli Editore, Milano 2004.
8. M.B. Rosenberg “Le parole sono finestre oppure muri. Introduzione alla comunicazione nonviolenta”, Edizioni Esserci, Reggio Emilia, 2003.
9. J. Lindberg, M. Hunter, A. Kruszewski “Assistenza infermieristica centrata sulla persona. USES, Edizioni Scientifiche, Firenze 1987.
10. F. Granone Trattato di Ipnosi UTET 1989, VI edizione.
11. G. Gamberini, “Ipnosi, dilatare la mente per conoscere e trasformare la realtà”, Edizioni De Vecchi, Firenze 2018.

12. Atti del gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto F.Granone CIICS,
2-3 dicembre 2023, Ancora Editrice, Milano.

Sitografia

a. <https://www.oto.agency/blog/teoria-mehrabian>.

b. <https://www.it.m.wikipedia.org> forme di comunicazione non verbale.

c. Nurse 24.it : L'occhio dell'infermiere e la comunicazione con il paziente.
Pubblicato il 09.06.16 di Carla Gatto. Aggiornato il 13.01.22.

d. <https://www.studocu.com>: La comunicazione sintonica.

e. <https://www.treccani.it/vocabolario/accogliere> (Sinonimi e contrari).