



Fondatore: Prof. Franco Granone

Presidente Dr Massimo Somma

ANNO 2024

COMUNICAZIONE IPNOTICA E IPNOSI CLINICA

APPLICAZIONE CON I PAZIENTI IN P.S.

Candidata
Chiara Zamparini

Relatore
d.ssa Milena Muro

Co Relatore
dr. Maicol Carvello

*“Quello che desidero nella mia vita è l’empatia,
un continuo scambio tra me stessa e gli altri
basato su un reciproco darsi dal cuore”.*

Marshall B. Rosenberg - Le parole sono finestre oppure muri.

Sommario

PREMESSA	4
INTRODUZIONE.....	6
Inquadramento generale dello stato ipnotico	6
MECCANISMO D’AZIONE.....	9
APPLICAZIONI CLINICHE.....	14
IL DOLORE	17
METODI.....	20
RISULTATI.....	22
CASO 1	22
CASO 2	23
CASO 3	25
CONCLUSIONI	29
BIBLIOGRAFIA	32

PREMESSA

La mia tesi intende analizzare il ruolo dell'infermiere nella pratica dell'ipnosi clinica per il trattamento del dolore, dell'ansia rispetto a procedure più o meno invasive nell'ambito del mio esercizio professionale svolto in P.S. di Ravenna.

Sono descritte, sommariamente le basi neurofisiologiche, le applicazioni cliniche e il ruolo dell'infermiere nella pratica ipnotica.

Il mio desiderio è quello di calare la pratica ipnotica nella realtà clinica del Pronto Soccorso per il trattamento del dolore, per la gestione dell'ansia ad esso correlata e no.

Come tutti sanno, uno dei problemi principali all'interno di un Pronto Soccorso è spesso la mancanza di un tempo sufficientemente adeguato alla realizzazione di una buona relazione infermiere-paziente/medico-paziente. Questo porta a numerosi disagi più o meno gravi che si possono creare all'interno dei locali del P.S. (sale d'attesa, ambulatori, corridoi, ecc...).

Ma la comunicazione ipnotica e l'ipnosi possono avvenire anche in tempi brevi. Esistono varie tecniche rapide di induzione ipnotica, (4-5 minuti), che l'operatore può utilizzare per intervenire in aiuto del paziente. Anche solo l'utilizzo della comunicazione ipnotica può aiutare a stabilire un rapporto di

fiducia privilegiato tra operatore e paziente.

Stabilire una buona relazione con la persona che richiede aiuto in quel momento, permette all' operatore di eseguire anche procedure invasive, che solitamente provocano ansia e dolore, nel modo più efficace e adeguato possibile per il benessere psico fisico della persona.

Durante questi mesi, grazie anche all' aiuto di Maicol Carvello e Milena Muro, ho sperimentato in diverse situazioni, all' interno del P.S. di Ravenna l' utilizzo e la pratica dell' ipnosi e della comunicazione ipnotica.

INTRODUZIONE

Inquadramento generale dello stato ipnotico

L'ipnotismo è noto all'uomo da oltre 4000 anni. Ci sono evidenze di pratiche, che oggi chiameremo "ipnotiche" nella storia dell'antica Cina, degli Egizi, dei Greci, dei Romani.

Nel 1700 l'uso dell'ipnosi a scopo terapeutico si estese in Europa grazie ad alcuni medici. Infatti, Mesmer, medico e filosofo, diffuse il "*mesmerismo*" come pratica terapeutica. Mesmer sosteneva che lo stato ipnotico fosse indotto da un "fluido magnetico animale" capace di scorrere dall'operatore al soggetto, in grado di ripristinare l'equilibrio e il benessere nelle persone. In questo periodo veniva ancora conservata l'idea che l'ipnotista fosse dotato di particolari poteri e doti e capace di imporre la sua volontà sul soggetto interessato. Nel 1784 questa idea venne superata. Il termine ipnosi viene introdotto solo nel 1842 ad opera di James Braid, medico chirurgo, che lo definì come "*uno stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali*". Braid scioglierà l'idea dell'onnipotenza dell'ipnotista dimostrando che i vari effetti prodotti durante l'ipnosi sono frutto di un preciso stato psicofisico dell'ipnotizzato.

Nel 1933 Hull pubblica “Ipnosi e suggestionabilità”; si apre così la vera e propria storia sperimentale dell’ipnosi.

Successivamente, Milton Erickson (1902 – 1980), dimostrerà che la trance ipnotica è qualcosa di fisiologico e spontaneo che si verifica nel corso della giornata di ogni persona.

Contemporaneamente in Italia il Prof Franco Granone (1911 – 2000) sviluppa il concetto di ipnosi e definisce la necessità di identificarla con la realizzazione del monoideismo plastico.

Di qui in avanti si apre la strada allo studio dell’ipnosi attraverso le neuroscienze.

L’ipnosi è uno stato di coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali per l’istaurarsi di un monoideismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato tra operatore e soggetto.

Il monoideismo è la focalizzazione su una sola idea e la sua realizzazione si attua in un’esperienza fenomenica verificabile e ratificabile. L’ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell’atto induttivo verbale o non verbale (Casiglia et al., 2023).

Il rapporto interpersonale stabilitosi fra operatore e individuo raggiunge

una sincronia interazionale sia psichica sia somatica che ottiene il benessere di entrambi.

L'ipnosi non si pone l'obiettivo di sostituirsi alla terapia farmacologica, ma piuttosto integrarsi in modo da ridurre i dosaggi dei farmaci analgici/ansiolitici riducendo gli effetti indesiderati, fenomeni di dipendenza, tolleranza (Borsetto, 2022).

Grazie a numerosi studi è possibile affermare l'efficacia dell'ipnosi clinica in quanto essa agisce come strumento terapeutico producendo in maniera spontanea effetti di riorganizzazione psico-fisica. L'ipnosi clinica agisce direttamente sull'inconscio e sulla memoria emotiva del soggetto determinando fenomeni fisici e tangibili grazie alla stimolazione del sistema neurovegetativo liberando neuropeptidi e ormoni a livello endocrino (R. Busetto, 2015).

MECCANISMO D'AZIONE

Convenzionalmente lo stato ipnotico è stato considerato vicino al sonno. Gli studi mostrano che è più vicino alla veglia, che l'attenzione è presente che è, nella maggior parte dei casi, aumentata. Vengono delineati cambiamenti fisiologici sotto ipnosi: cambiamenti nella suggestionabilità, condizionabilità, memoria, cambiamenti viscerali ed endocrini. È noto come le prime comparazioni elettroencefalografiche tra ipnosi e sonno mostrano come l'ipnosi sia un fenomeno più attivo rispetto al sonno, dove nonostante il rilassamento corporeo, il soggetto ipnotizzato non perde coscienza, anzi deve essere comunque sollecitato da stimoli esterni che ne modulino l'attenzione, così da direzionarla verso un unico soggetto d'interesse escludendo gli altri.

Ciò si sviluppa attraverso l'uso dell'immaginazione: l'ipnotizzato, infatti, riduce le distrazioni e si concentra su ciò che vuole o gli viene suggerito di immaginare, relativamente al proprio mondo interiore (pensieri, memorie, emozioni, fatti futuri, fantasie), mantenendo ben attive ragione e volontà.

Questa particolare coscienza viene definita "trance" ed è ben diversa dal sonno, come dimostrato dai diversi riflessi neurologici, dalla PET e dall' EEG

La trance ipnotica è un'esperienza di durata variabile e può essere etero stimolata, autoindotta o spontanea.

Nella vita di tutti i giorni tutti viviamo esperienze di trance ipnotica come, ad esempio, fare cose in modo automatico (guidare l'automobile, ecc...).

La trance è una forma modificata di coscienza egoica caratterizzata da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente si modifica la percezione dell'ambiente esterno, dello spazio e del tempo e l'interazione con essi, che può dare adito a stati mistici, estatici, creativi, artistici, secondo le capacità costituzionali e culturali proprie del soggetto.

Quando compaiono in questo stato di trance fenomeni di ideoplasia auto o etero indotti, orientati e deliberatamente accettati dal soggetto, è più opportuno parlare di trance ipnotica o semplicemente di ipnosi. (E. Casiglia et al, 2023).

Durante l'ipnosi non si perde il controllo, si rimane sempre consapevoli di ciò che sta accadendo.

L'ipnosi è uno stato di coscienza, durante il quale un individuo è in grado di avere un controllo elevato sulle modalità sensoriali attraverso la suggestione e l'immaginazione. L'ipnotizzatore non controlla il paziente, ma guida la capacità del paziente di controllare il proprio stato sensoriale

(Güneş H. et al, 2021). Il punto fondamentale dell'ipnosi è quello di tradurre i suggerimenti/suggerzioni in esperienze e azioni soggettive reali. La capacità di modificare l'esperienza personale risiede solo all'interno della persona stessa. Questa capacità può essere stimolata ed evocata dal suggerimento dell'ipnologo. (Paul F. Dell, 2023).

La suggestione è offrire una rappresentazione in modo diretto senza fornire al soggetto elementi che stiano a sostegno del suo significato, utilizzando le capacità che il soggetto ha di trasformare la comprensione del significato della rappresentazione nell'atto corrispondente. La suggestione, quindi, non si manifesta come immediata e acritica accettazione di un'idea da parte del soggetto, bensì si tramuta, per mezzo dell'assenso del soggetto, al contempo cosciente e non sempre deliberato, in una persuasione e questa, in virtù della sua carica emotiva/sensoriale, in un fenomeno di monoideismo plastico. L'ipnosi è una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto.

L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto etero- indotto più o meno plastico. L'ipnosi è un modo di

essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori. (E. Casiglia et al, 2023).

L'ipnosi è un fenomeno dinamico che dipende dall'ipnotizzabilità e dalla suggestionabilità del soggetto.

L'efficacia dell'ipnosi è data dalla possibilità che ha il soggetto di influenzare la propria condizione fisica e psichica attraverso l'uso dell'immaginazione. L'ipnosi consiste in una rappresentazione mentale (monoideismo plastico) che è in grado di generare un dinamismo psicosomatico e una compartecipazione tra mente e corpo. Grazie alla volontà del paziente, alla fiducia che si crea tra paziente e ipnologo e all'adesione di obiettivi condivisi, la concentrazione del soggetto può essere indirizzata verso obiettivi terapeutici. Il paziente in ipnosi vive contesti immaginari come fossero reali. Grazie all'immaginazione e all' evocazione metaforica il paziente utilizza le proprie risorse, sperimenta nuovi modelli, superando i proprio preconcetti e formula nuove soluzioni adottando comportamenti differenti dalle sue abitudini classiche. (Facco, 2018).

Con la comunicazione ipnotica si suggerisce un'idea, che si risolve in rappresentazione e la rappresentazione in sensazioni esperite. Perché ciò possa avvenire è necessario che la rappresentazione abbia una forza

iconica tale da produrre un monoideismo.

Il monoideismo è la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile.

APPLICAZIONI CLINICHE

Numerosi studi hanno dimostrato la validità dell'ipnosi nel trattamento del dolore e nella gestione dell'ansia dei pazienti, sottolineando anche il ruolo strategico dell'infermiere nella gestione di queste dinamiche.

La comunicazione ipnotica è uno strumento efficace che può essere adottato in autonomia dall'infermiere. L'utilizzo di questa metodica consente di ottenere una riduzione dell'ansia e del dolore portando benefici per il paziente, i familiari, i sanitari e vantaggi in termini organizzativi e di riduzione dei costi.

La relazione e quindi comunicazione tra infermiere e paziente è alla base delle competenze di ogni infermiere. Un infermiere esperto in comunicazione ipnotica ha a disposizione un grande strumento per prendersi cura in maniera olistica della persona (F. Gianfrancesco, 2018).

Tra gli interventi assistenziali ed educativi si ricordano:

interventi comunicativi: gran parte del lavoro infermieristico ruota intorno alla comunicazione ipnotica conscia ed inconscia e dal rapporto di fiducia che dipende tra ipnotista e paziente. Da questo ne deriva una responsabilità comunicativa che dipende dal tipo di parole utilizzate e dalle immagini simboliche evocate, dal tono di voce, dalla gestualità,

dall'espressività secondo i criteri della Comunicazione Non Violenta (Muro. 2015)

L'infermiere nella comunicazione deve quindi scegliere molto attentamente le parole da usare, entrare in relazione terapeutica con il paziente, porsi in posizione di ascolto, usare il nome proprio, motivare le azioni, evitare concetti negativi come "dolore, male, problema, ecc..." usare parole semplici, di uso comune e facilmente comprensibili, evitare l'uso delle parole "non" in quanto ottiene l'effetto opposto alla negazione imposta, evitare il verbo "dovere" ma piuttosto usare il verbo "potere".

Interventi educativi: l'infermiere può educare il paziente e i familiari ad indurre l'ipnosi in autonomia nel momento in cui ha accertato e valutato le capacità residue del care-giver e l'ipnotizzabilità.

Interventi di ricerca e didattica: l'infermiere può ricoprire il ruolo di ricercatore in questo campo così da approfondire le conoscenze rispetto all'ipnosi, alle sue applicazioni e a nuovi possibili interventi infermieristici, svolgendo il ruolo di formatore.

L'infermiere ipnologo è quindi utilissimo nei centri di indagini diagnostico-endoscopiche, sala operatoria, radiologia, emodinamica e chirurgia. (Milena Muro 2015).

L'ipnosi può essere utilizzata: in ambito sportivo per migliorare il livello di

prestazione fisica, lo stato di flow, la capacità di concentrazione e migliorare le abilità tecniche; in ambito scolastico e lavorativo focalizzando l'attenzione su ciò che si sta imparando o ciò che si sta svolgendo, isolando la mente da fonti di distrazione; in ambito clinico per il controllo del dolore sia acuto che cronico (ne parlerò in modo più specifico in seguito); in ambito psicologico, per esempio, per trattare delle dipendenze (cibo, fumo)

IL DOLORE

Il dolore è un meccanismo di difesa del nostro organismo per segnalare la presenza reale o potenziale di un danno o di un pericolo; e grazie a ciò noi possiamo mettere in atto delle risposte comportamentali reattive ed immediate. È quindi un fenomeno utile alla sopravvivenza dell'organismo e perciò alla conservazione della specie; questo è il motivo per il quale qualsiasi organismo vivente non si adatterà mai alla stimolazione dolorosa, nemmeno se ripetuta nel tempo, ed è anche il motivo per cui, l'esperienza dolorosa, una volta verificata, lascia sempre un residuo mnestico utile a ricordare al soggetto la fonte del pericolo, in modo da poterla evitare in futuro. L'esperienza del dolore però modifica l'esperienza di vita della persona. Il dolore può nascere da una stimolazione interna o esterna rispetto al nostro corpo e attiva i nocicettori (recettori sensoriali collocati nelle fibre afferenti dei neuroni che si occupano di veicolare lo stimolo generato dalla periferia, quindi dal SNP, al centro, quindi SNC).

Il dolore può essere descritto e classificato in diversi modi in base alla durata (acuto o cronico), all'origine (nocicettivo, neuropatico o idiopatico), alla localizzazione (superficiale, profondo, riflesso, irradiato).

Il dolore è un'esperienza assolutamente soggettiva, ma è possibile utilizzare diverse scale per capirne e facilitarne il trattamento. Esistono scale numeriche, verbali o visive le quali vengono scelte in base all'età anagrafica, alla cultura, alla scolarità e alle condizioni generali della persona che ci troviamo di fronte.(Borsetto, 2022). Nella corteccia cerebrale esistono zone di rappresentazione sensoriale e discriminativa del dolore, in cui percepiamo la sede del dolore, la durata ed altre caratteristiche fisiche. Esistono però, anche altre aree di rappresentazione della componente affettiva del dolore le quali mediano la sensazione di turbamento e disagio accompagnanti l'esperienza dolorosa. Il dolore è: "Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tissutale reale o potenziale, o descritta nei termini di tale danno. Il dolore è sempre soggettivo; ogni individuo impara l'applicazione della parola dolore per il tramite delle esperienze correlate ai traumatismi della prima infanzia." (R. Busetto, 2015). Il dolore quindi, è un fenomeno molto complesso dove si intrecciano numerosi fattori: biologici, ambientali, socioculturali, psicosociali. Proprio per questo motivo, l'utilizzo della comunicazione ipnotica permette, anche durante procedure invasive, alla persona di vivere quell'esperienza in un modo originale e più consono al

suo benessere psico fisico. (F. Gianfrancesco, 2018).

L' ipnosi può essere usata come strumento coadiuvante dei farmaci analgesici perché non ci sono gravi effetti collaterali ed è una tecnica pratica, sicura, efficace, facilmente disponibile e conveniente anche sotto un punto di vista economico. (Güneş H. et al, 2021).

L'ipnosi agisce sulle aree cerebrali inconscie tra cui quella responsabile della percezione del dolore. Grazie all' assenza di effetti collaterali, il suo impiego è indicato per queste ragioni per quei pazienti che non possono sottoporsi a terapie farmacologiche. (Facco, 2018).

Il dolore è presente in circa il 60% dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso e spesso è aggravato o causato dai frequenti accertamenti e procedure diagnostiche/terapeutiche che si effettuano in Pronto Soccorso. Inoltre circa il 75% dei pazienti in Pronto Soccorso sperimenta situazioni di ansia innescate dall'incertezza della loro condizione di salute. Dolore e ansia quindi, si alimentano l'uno con l'altro facendo diminuire così la tolleranza al dolore e la possibilità di gestirlo.

Anche se nel corso degli anni le pratiche di gestione del dolore si sono sempre più perfezionate, raggiungere una buona analgesia rimane comunque un obiettivo impegnativo. (L. Bosso et al, 2023).

METODI

A luglio 2023, io ed altri miei colleghi (circa 15) abbiamo avuto un primo approccio al tema dell'ipnosi grazie ad una collega che precedentemente aveva partecipato al CIICS.

Il Dott. Carvello, ipnologo CIICS, in accordo con i coordinatori medico ed infermieristico del PS di Ravenna ha tenuto un corso di alcuni giorni diviso in due periodi (luglio e novembre), dove ci ha avvicinati al tema della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi. Sono stati descritti i vari elementi fondamentali da seguire durante l'ipnosi e sono state chiarite le diverse credenze false fino ad allora presenti nella maggior parte di noi partecipanti.

Successivamente, nell'estate 2024, dopo aver partecipato alle lezioni del corso CIICS a Torino, io ed una mia collega del PS Ravenna abbiamo chiesto al Dott. Carvello e alla Dott.ssa Muro – didatta del CIICS - di trattare come formazione sul campo alcuni casi clinici di persone presenti in PS con diverse problematiche.

In agosto 2024 si è realizzata questa formazione presso il PS di Ravenna, in accordo con il Dirigente medico ed il Coordinatore della UO.

Il Pronto Soccorso è un ambiente spesso considerato ostile alla comunicazione perché non sono presenti luoghi adatti, c'è quasi sempre mancanza di tempo adeguato da dedicare alle richieste dei pz, ci sono molte interruzioni e molta freneticità.

Nonostante tutto ciò siamo riusciti a raccogliere alcuni esempi dove è stata utilizzata la comunicazione ipnotica e l'ipnosi per il trattamento dell'ansia e del dolore procedurale.

Qui di seguito verranno riportati alcuni casi clinici di pazienti presenti in PS.

RISULTATI

CASO 1

Raoul, 50 anni.

Si trova in OBI per eseguire monitoraggio elettrocardiografico ed eventuale consulenza specialistica cardiologica.

Pz vigile, orientato e collaborante. La dottoressa che lo ha preso in carico richiede l'esecuzione di un prelievo arterioso a completamento del quadro clinico del paziente.

Sotto la supervisione di Milena, mi avvicino al pz presentandomi e riferendo la necessità di eseguire un prelievo di sangue arterioso per controllare bene tutti i valori ematochimici.

Gli spiego che per eseguire quell'esame nel migliore dei modi possibili e nel minor tempo possibile ho bisogno che lui appoggi bene il polso su un ripiano (glie lo mostro). Poi aggiungo che per la buona riuscita dell'esame è necessario che lui si concentri nel tenere la mano iperestesa come se con il dito medio dovesse toccare il suo polso. Gli dico di iperestendere la mano più che riesce in modo tale che sia una procedura rapida e meno spiacevole possibile.

Lui esegue perfettamente le indicazioni che gli ho dato. Io eseguo il prelievo (anche con qualche difficoltà perché non riesco a bucare subito l'arteria) ma lui non presenta retrazioni del braccio, non si lamenta e non dice nulla.

Finisco la procedura e poi torno da lui chiedendo se avesse sentito dolore.

Lui mi risponde, con viso rilassato, che non ha sentito dolore e che non è stato un esame particolarmente fastidioso.

CASO 2

Z. Ivan, 78 anni.

Pz ospite di struttura, accede in PS per dolore addominale maggiormente in ipogastrio associato a disuria.

Il medico chiede l'inserimento di un catetere vescicale perché sospetta un'infezione delle vie urinarie.

La collega che ce l'ha in carico in quel momento mi descrive il paziente come una persona molto agitata, quasi intrattabile e che rifiuta categoricamente l'inserimento del catetere vescicale. La collega mi riferisce che ha tentato più volte di convincerlo a mettere il catetere vescicale ma il paziente continua a rifiutare.

Mi avvicino e vedo il pz visibilmente agitato. Lo saluto e mi presento ma lui non sembra ascoltarmi troppo. Gli spiego brevemente il perché dovevamo inserire il catetere vescicale e che in questo modo avremmo potuto raccogliere un campione di urine e trovare la terapia più adatta per lui in modo da farlo stare meglio. Il paziente continua a essere oppositivo e mi spiega che rifiuta l'inserimento del catetere vescicale perché in precedenza era stato molto doloroso e non voleva più riprovare quell'esperienza.

A questo punto io gli dico che questa volta faremo in modo diverso, che utilizzerò un catetere più piccolo e più morbido in modo che lui possa sentire meno fastidio. Il paziente comunque non sembra essere troppo convinto dalle mie parole. Gli spiego anche che, a differenza della volta precedente, deve lasciare che i suoi muscoli si rilassino il più possibile per permettere una facile introduzione del catetere in vescica e per farlo deve chiudere gli occhi e sentirsi rilassato (abbandonato?) sul lettino. Nel frattempo gli tocco le braccia dalle spalle alle mani e ripeto di lasciare andare la tensione muscolare.

Inserisco il catetere vescicale ed il paziente è supino, la muscolatura rilassata e accenna solo una piccola smorfia di fastidio/dolore, comunque

la procedura termina senza troppi impedimenti. Chiedo al paziente come è andata questa volta e lui risponde "bene"

CASO 3

Z. Giuseppe, 76 anni.

Accede in PS per caduta accidentale.

Io vengo contattata dalla dottoressa che ce l'ha in carico perché serve un infermiere che lo accompagni in TAC.

Il pz mi viene presentato come particolarmente agitato ed aggressivo (lett. "satana") perché qualche ora prima avevano tentato di eseguire la tac encefalo e la tac addome ma senza successo perché il pz non voleva stare steso sul lettino della sala della tac; quindi, è stato riportato in pronto soccorso senza eseguire l'esame e con l'ordine di sedarlo per fargli eseguire in seguito.

Quindi la dottoressa mi chiama per accompagnarlo e mi spiega la questione. Io vedo il paziente e scambio due parole giusto per capire il suo livello cognitivo. Il paziente è vigile, orientato, al momento tranquillo e collaborante.

Spiego al pz che per lui è molto importante eseguire quel tipo di esame perché è l'esame che determina la sua dimissione o il suo ricovero in quanto serve a capire se ci sono stati dei gravi danni all'encefalo. Gli dico che mi hanno riferito che precedentemente non è riuscito a sostenere l'esame e gli chiedo qual'è stata la cosa che lo ha infastidito di più. Lui mi risponde che non è l'esame in se che gli crea problemi, ma il fatto che per eseguirlo lui debba stendersi sul lettino e in quella posizione lui si sente mancare l'aria. Il paziente è anche sovrappeso quindi questa sensazione di dispnea la avverte maggiormente.

Gli rispondo che ho capito il suo problema e che farò in modo di aiutarlo. Gli dico che dietro la testa metteremo un sostegno in modo tale che non sia completamente stesa sullo stesso piano del corpo e sia sorretta e che quando sarà disteso sul lettino lui può chiudere gli occhi e concentrarsi a respirare facendo bene entrate l'aria dal naso e farla uscire dalla bocca in modo tale che senta meno la sensazione di dispnea, riesca a star fermo e velocemente l'esame sarà terminato. Aggiungo anche che verrà somministrato un liquido (cioè il mezzo di contrasto) per vedere e studiare meglio il suo caso.

Lui mi ascolta e andiamo in tac. Io, su indicazione della dottoressa aspiro una fiala di Midazolam nell' eventualità di doverla somministrare al paziente per sedarlo. Appena entrati nella sala il tecnico della radiologia, che era lo stesso della volta precedente, inizia a inveire e ad agitarsi dicendo ad alta voce "oh mio Dio, non ci credo, ancora lui! E non è neanche stato sedato, è sveglio! Non è possibile, avevamo detto di sedarlo!".

Io continuo a mantenere il contatto visivo con Giuseppe mentre viene spostato sul lettino e, come anticipato, gli posiziono un sostegno sotto il capo. Prima di uscire dalla stanza gli ricordo di fare come ci eravamo detti e lui risponde dicendo "farò del mio meglio".

Viene eseguita la tac senza nessun problema e senza utilizzare il Midazolam. Raggiungo Giuseppe e gli chiedo come sia andata e lui mi risponde che è andato tutto bene e che ha fatto del suo meglio.

Mi accorgo che nel braccio dove era stato somministrato il mezzo di contrasto purtroppo si era rotta la vena e un po' del mezzo di contrasto era stravasato generando un edema anche abbastanza esteso e sicuramente doloroso. Chiedo a Giuseppe perché non mi avesse avvisata e

lui risponde che si era accorto che qualcosa non era andata nel verso giusto perché sentiva male, ma che non aveva detto nulla o non aveva fatto nulla perché il nostro “accordo” era che lui dovesse rimanere fermo durante l’esame

CONCLUSIONI

Possiamo affermare che l'utilizzo della comunicazione ipnotica è risultato molto utile nel trattamento del dolore procedurale nei casi presentati.

Nel primo caso il paziente ha affermato di non aver avvertito dolore durante la puntura arteriosa che sappiamo essere un esame non proprio bene tollerato nella maggioranza dei casi;

nel secondo caso il paziente aveva già avuto un'esperienza negativa della stessa procedura (inserimento del catetere vescicale), ma grazie alla comunicazione ipnotica è riuscito a creare una nuova esperienza migliore della precedente;

nel terzo caso si può sottolineare come, grazie a tecniche comunicative ipnotiche, un pz presentato come "satana" si trasformi in una persona molto collaborante fino al punto di non batter ciglio nonostante qualcosa sia andato storto. In questo caso è stato evitato anche l'uso del Midazolam, quindi di un farmaco che, anche se comunemente utilizzato, può avere i suoi effetti collaterali.

Questo non sta a dimostrare l'inutilità dei farmaci, ma vuole sottolineare la potenza della comunicazione ipnotica usata per il trattamento di alcune situazioni e l'aver rinunciato all'uso del Midazolam in un pz obeso con

problemi respiratori è sicuramente vantaggioso per il pz stesso e per gli operatori che l'avrebbero seguito nel post esame.

Numerosi studi provano che l'ipnosi può rendere più efficaci le terapie e le procedure diagnostiche invasive, eliminando il dolore e l'ansia e ottimizzando i tempi del trattamento e il benessere del soggetto.

Si può stimare che almeno l'80% dei pazienti può vantaggiosamente utilizzare l'ipnosi per la sedazione e circa un terzo della popolazione può raggiungere un'analgesia di livello chirurgico.

L'ipnosi non richiede grande strumentazione e può essere sempre applicata in relazione alle abilità del soggetto. (Facco, 2018).

L'ipnosi può essere una buona e sicura alternativa all'uso di farmaci.

L'efficacia dell'ipnosi è stata valutata in diversi ambiti come in ostetricia, chirurgia, odontoiatria, ecc... E' stato valutato che l'ipnosi medica è una tecnica completamente sicura ed efficace nella gestione del dolore.

Nell'ambito dell'emergenza-urgenza ci sono ancora poche evidenze riguardanti l'uso dell'ipnosi. (M. Tinelli et al, 2022).

L'ipnosi, utilizzata per il trattamento del dolore e dell'ansia in contesti di

emergenza, potrebbe essere uno spunto di interesse per molti studi futuri e per la sensibilizzazione della comunità medica verso questo argomento.

La gestione del dolore in reparti di emergenza e la diminuzione degli effetti avversi dati da farmaci con la seguente riduzione dei tempi di monitoraggio post intervento/procedura, potrebbero cambiare le diverse credenze in circolazione e indurre sempre più operatori sanitari ad informarsi e formarsi sul tema dell'ipnosi clinica.

BIBLIOGRAFIA

-Atti del Gruppo di lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2023 E. Casiglia, Donatella Croce, Enrico Facco, Ennio Foppiani, Paolo Granone, Rocco Iannini, Antonio Lapenta, Gianni Miroglio, Milena Muro, Marco Scaglione, Massimo Somma.

-Giuseppe Regaldo 2015. Premesse all'uso clinico dell'ipnotismo. Vol. 1 in Trattato di Ipnosi e altre modificazioni di Coscienza, di Edoardo Casiglia, 1118. Padova.

-Muro Milena 2015. Comunicazione ipnotica nella pratica infermieristica. Vol.1 in Trattato di ipnosi e altre modificazioni di Coscienza, di Edoardo Casiglia, 1118 Padova.

-Muro Milena 2015. Comunicazione ipnotica e nursing. Vol.1 in Trattato di ipnosi e altre modificazioni di Coscienza, di Edoardo Casiglia, 1118 Padova.

-Francesca Gianfrancesco, Mattia Montalti, 2017 con aggiornamento 2018, Infermiere esperto in comunicazione ipnotica contro il dolore, Rimini.

-Roberto Busetto, 2015, Studio sperimentale sull'utilizzo dell'ipnosi medica nel trattamento delle sindromi da deficit posturale dolorose e possibili modificazioni

-Nicolas Borsetto, 2022, Ipnosi nella terapia del dolore: il ruolo dell' infermiere.

-E. Facco, 2018, L' uso dell' ipnosi nel trattamento del dolore.

-Harun Güneş, Serhat Koyuncu, 2021, Knowledge Level and Beliefs of Patients and Their Relatives about Hypnosis and Their Attitudes toward Use of Hypnosis for Sedation and Analgesia Purposes in the Emergency Department, Eurasian J Emerg Med 2021;20(1):25-34

-Marion Tinelli, Nazmine Guler, Christophe Goetz, Philippe Aim, Sandra Marchionni, Nadia Ouamara, Lauriane Ciplat, Marine Demarquet, Emmanuelle Seris, Alexia Moreau, Guillaume Durand, Marion Douplat, Jean-Pierre Lavignon, Coraline Hingray, Laure Abensur Vuillaume, 2022, Study protocol: hypnosis versus standard care for shoulder dislocation reduction in the emergency department – a multicentre, randomised, controlled study protocol. BMJ OPEN.

-Paul F. Dell, 07 Dec 2023, What is the Source of Hypnotic Responses?, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.

-Luca Bosso; Tanguy Espejo; Patrick Taffé; David Caillet-Bois; Thierry Christen; Chantal Berna, Olivier Hugli, 2023, Analgesic and Anxiolytic Effects of Virtual Reality During Minor Procedures in an Emergency Department: A Randomized Controlled Study. Annals of Emergency Medicine, vol.81