



Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2025

L'ipnosi nel trattamento del picco ipertensivo nella realtà del Pronto Soccorso.

Candidato: Argentieri Eliana

Relatore : Prof. Carvello Maicol

Indice

Sommario

Abstract.....	3
Introduzione.....	4
Metodi.....	15
Risultati.....	22
Conclusioni.....	24
Bibliografia.....	25

Abstract

Il picco ipertensivo rappresenta una condizione clinica frequente nei Pronto Soccorso, spesso associata a sintomi intensi e ad alto impatto emotivo per il paziente. L'approccio tradizionale è prevalentemente farmacologico, ma negli ultimi anni si è assistito a un crescente interesse per tecniche complementari non farmacologiche, tra cui l'ipnosi. Questa tesi esplora il ruolo dell'ipnosi come strumento integrativo nella gestione del picco ipertensivo in ambito emergenziale. Attraverso una revisione della letteratura e l'analisi di casi clinici, si evidenziano i potenziali benefici dell'ipnosi nel ridurre rapidamente la pressione arteriosa, migliorare lo stato emotivo del paziente e facilitare il lavoro clinico dell'équipe sanitaria. L'ipnosi, se correttamente applicata da personale formato, può contribuire alla stabilizzazione dei parametri vitali attraverso la modulazione del sistema nervoso autonomo, riducendo l'attivazione simpatica tipica della risposta allo stress acuto. I risultati suggeriscono che l'integrazione dell'ipnosi nel percorso assistenziale del Pronto Soccorso potrebbe rappresentare un valido supporto terapeutico, aprendo a nuove prospettive nella gestione dell'ipertensione acuta.

Introduzione

Negli ultimi anni la pratica infermieristica si è evoluta passando da un modello esecutivo a uno sempre più incentrato sulla cura a livello olistico, considerando non solo gli aspetti fisiopatologici della malattia, ma inglobando in essa anche le dimensioni psicologiche, emotive e relazionali.

A sottolineare tali aspetti ci sono due pilastri normativi fondamentali della nostra professione, il profilo professionale dell'infermiere e il codice deontologico.

Entrambi, infatti, ci ricordano l'importanza della relazione di cura che si basa, appunto, sulla comunicazione e sull'empatia.

L'art. 1 comma 2 del DM 739/94 [1] recita: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, **relazionale**, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

Anche l'art. 4 del Codice Deontologico [2] delle professioni infermieristiche ci ricorda "l'infermiere cura, creando con le persone una relazione... Il tempo di cura è tempo di relazione"

In tale ottica, assume rilevanza fondamentale la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra infermiere e persona assistita.

Infatti, l'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, svolge una funzione di supporto attraverso il dialogo, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé.

A tal proposito, l'infermiere ricopre un ruolo attivo, grazie all'utilizzo di strumenti relazionali, comunicativi e, quando necessario, di tecniche complementari.

L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica sono annoverate tra queste.

L'ipnosi ha radice molto antiche, che risalgono a rituali di molte culture, dove stati di trance e di coscienza alterata venivano indotti a scopo curativo.

Lo sviluppo dell'ipnosi clinica moderna ha inizio in Europa a metà del 1700.

Dalla sua origine mistica alla moderna validazione scientifica, l'ipnosi ha subito grandi trasformazioni, passando da una pratica empirica ad una forma terapeutica oggi riconosciuta a livello internazionale.

Infatti, l'ipnosi clinica rappresenta una strategia non farmacologica già ampiamente utilizzata in alcuni contesti sanitari per il trattamento e il controllo dell'ansia, per la gestione del dolore, per la preparazione e l'esecuzione di procedure invasive.

Per l'infermiere adeguatamente formato, questa tecnica risulta essere un'integrazione al proprio modello assistenziale, potenziando la relazione e la comunicazione di cura.

La presente tesi si propone di illustrare l'applicabilità dell'ipnosi a livello infermieristico nel contesto del pronto soccorso di Riccione, con un particolare riferimento alla gestione del picco ipertensivo non complicato.

Mi sono proposta di analizzare alcuni casi clinici, grazie anche alle evidenze scientifiche disponibili, gli ambiti possibili di intervento e le competenze richieste per integrare questa tecnica nella pratica quotidiana.

L'obiettivo finale è quello di valutare in che modo l'infermiere possa utilizzare lo strumento dell'ipnosi come integrazione per migliorare la gestione del paziente iperteso, diminuire l'ansia acuta del paziente e infine, promuovere un approccio **"nuovo e diverso"** che risulti più empatico ed efficace nella cura.

I picchi ipertensivi costituiscono una frequente causa di accesso in pronto soccorso e, benchè non sempre associati a emergenze ipertensive, richiedono comunque un trattamento rapido ed efficace, soprattutto quando si accompagnano ad un elevato stress emotivo associato ad ansia e paura.

Il picco ipertensivo rappresenta un'urgenza medica caratterizzata da un improvviso e marcato aumento della pressione arteriosa.

È la condizione clinica che descrive la situazione per la quale la pressione del sangue nelle arterie si presenta elevata. Tale condizione determina un

incremento di lavoro a carico del muscolo cardiaco. Nello specifico, la pressione arteriosa è indicata da due misurazioni, sistole e diastole, che corrispondono rispettivamente alla contrazione del cuore (sistole) e al suo rilassamento (diastole) tra un battito e l'altro. Normalmente, la pressione del sangue a riposo è inclusa in un intervallo che va tra i 110 e i 140 mmHg di sistolica e tra i 60 e i 90 mmHg di diastolica. In medicina si classifica l'ipertensione come primaria (o essenziale) oppure come secondaria. Si stima che circa il 90-95% dei casi sono classificati come "ipertensione primaria", e questo dato è particolarmente interessante perché implica che si presenta il fenomeno pressorio in assenza di evidenti cause di base. Il restante 5-10% dei casi, classificati come "ipertensione secondaria" sono causati da altre malattie che colpiscono il sistema endocrino, le arterie, i reni, o il muscolo cardiaco stesso.

I livelli di pressione arteriosa sono diversi per ogni persona e sono generati dall'interazione tra fattori ereditari e genetici con lo stile di vita del soggetto. "Stile di vita" è l'espressione coniata da Alfred Adler per definire *"l'impronta unica e irripetibile di ogni individuo, costituita dalla risultante di tratti comportamentali, orientamento del pensiero, sentimenti ed emozioni, posti al servizio del fine ultimo perseguito"* [3]. Lo stile di vita rappresenta il profilo di pensiero e di azione caratterizzante un singolo individuo. In termini generali, si stima che la metà di tutti i casi di ipertensione è imputabile allo stile di vita.

Tra questi è possibile ricordare la vita sedentaria, dieta ipercalorica, il vizio del fumo, il consumo di farmaci e di sostanze, l'inibizione delle emozioni e, non per ultima, l'ansia generalizzata. Il paziente spesso si presenta in pronto soccorso con sintomi quali cefalea, cardiopalmo, sensazione di ovattamento auricolare, **ansia** correlata a stress situazionale.

Numerose evidenze scientifiche suggeriscono che lo stress acuto e l'attivazione del sistema simpatico siano tra i principali fattori scatenanti dell'innalzamento pressorio.

La conferma che uno stato alterato della propria psiche influisca sulla salute arriva da un nuovo studio pubblicato sulla rivista Hypertension.

L'indagine, condotta dal team dell'epidemiologo Kosuke Inoue dell'Università di Kyoto, valuta quale impatto possa avere lo stress sullo stato di salute di persone sane (senza ipertensione e problemi cardiaci pregressi).

In particolare, nel corso dello studio, il team di esperti coinvolto ha misurato gli ormoni dello stress tramite il test delle urine in 412 adulti di età compresa tra 48 e 87 anni di una popolazione multi-etnica. Circa la metà dei partecipanti erano donne. Obiettivo degli esperti, quello di valutare l'eventuale presenza di un'associazione tra il livello degli stessi ormoni ed il rischio di ipertensione. Dall'analisi è emerso, nello specifico, che gli ormoni dello stress, tra cui norepinefrina, epinefrina, dopamina e cortisolo possono aumentare quando si verificano eventi stressanti correlati a problemi di vita quotidiana come, per esempio, problemi legati al lavoro, problemi economici o riguardanti i rapporti con gli altri. I quattro ormoni, infatti, rispondono ai livelli di stress percepiti, aumentando nello stesso momento in cui aumentano i livelli di stress.

Dalla ricerca è emerso poi che in un periodo di follow-up di 6 anni circa, quando le concentrazioni dei quattro ormoni dello stress raddoppiano, si ha un aumento del 30% del rischio di sviluppare ipertensione.

Lo studio conferma che lo stress è un fattore di rischio chiave per lo sviluppo di ipertensione e eventi cardiovascolari.

A seguire anche un gruppo di esperti orientali con a capo Narsingh Verma Professore Dipartimento di Fisiologia, King George's Medical University, India, ha condotto una revisione scientifica della letteratura, pubblicata in seguito su Pub med dal titolo "Non-pharmacological management of hypertension" [4].

Per questa revisione è stata effettuata una ricerca su MEDLINE, con particolare attenzione a studi originali, studi clinici randomizzati controllati e metanalisi

Da tale revisione è emerso che l'ipertensione è una malattia insidiosa che predispone a complicanze cardiovascolari e, se non trattata adeguatamente, può portare a diverse gravi complicanze.

Si evince che i limiti economici, i benefici aggiuntivi e gli effetti collaterali ridotti o quasi inesistenti hanno reso la gestione non farmacologica dell'ipertensione un

approccio interessante per il trattamento dell'ipertensione, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Le modifiche dello stile di vita, tra cui cambiamenti nel regime alimentare, l'aumento dell'attività fisica, la perdita di peso, la limitazione del consumo di alcol, tecniche di rilassamento, programmi di riduzione dello stress basati sulla consapevolezza, riducono notevolmente il rischio di ipertensione e che i metodi non farmacologici dovrebbero essere iniziati nella fase precoce della malattia.

Tanya M. Spruill è una ricercatrice accademica e professoressa associata di salute della popolazione e medicina presso la NYU Langone Health, con sede a New York. Anch'essa si è soffermata attraverso una revisione scientifica dal titolo "Chronic psychosocial stress and hypertension" [5] riguardante l'associazione stress-ipertensione. È emerso che i fattori genetici e comportamentali non bastano a spiegare lo sviluppo dell'ipertensione e che anche i fattori psicosociali come lo stress cronico abbiano un impatto rilevante. Interessante è la metanalisi condotta da tre docenti universitari Li-Faye Lim, Samuele Cortese, dell'università di psicologia di Southampton e, Marco Solmi docente all'università di Ottawa.

La revisione dal titolo "Association between anxiety and hypertension in adults: A systematic review and meta-analysis" [6] è stata condotta per valutare l'associazione tra ansia e ipertensione negli adulti, analizzando 59 studi con un totale di oltre 4 milioni di partecipanti. I risultati mostrano un'associazione significativa tra ansia e ipertensione sia negli studi trasversali e in quelli prospettici. Le analisi di sensibilità indicano che i risultati variano in base al metodo di diagnosi dell'ipertensione, ma non sono influenzati dalla qualità degli studi o dal metodo di diagnosi dell'ansia. Inoltre, la localizzazione geografica e il livello economico del Paese hanno influenzato i risultati, mentre l'età dei partecipanti no. I dati suggeriscono che l'ansia può precedere lo sviluppo dell'ipertensione, con importanti implicazioni cliniche.

Infine, da una revisione sistematica della letteratura condotta da un team di docenti universitari indiani [7], dal titolo "Non-pharmacological management of hypertension: A systematic review 2023" è emerso che le modifiche dello stile

di vita sono fondamentali nella prevenzione e nel trattamento dell'ipertensione. Questa revisione sistematica è stata condotta per analizzare le linee guida degli ultimi 10 anni (2010–2020) in merito alle raccomandazioni non farmacologiche. Sono state selezionate 10 linee guida con rigore metodologico. I risultati hanno dimostrato che vi è un ampio consenso su raccomandazioni chiave: riduzione del sale, perdita di peso, dieta sana, aumento dell'attività fisica, cessazione del fumo e limitazione dell'alcol. Esistono, invece, alcune aree di disaccordo riguardo alle raccomandazioni su fattori psicologici e ambientali (es. stress, inquinamento).

Le attuali linee guida concordano sull'importanza dello stile di vita nella gestione dell'ipertensione. Interventi mirati, infatti, come dieta e attività fisica dovrebbero essere integrati sia nella pratica clinica sia nelle strategie di salute pubblica. Ciò non basta, per questo occorrono ulteriori studi per chiarire l'impatto di fattori ambientali e psicologici.

Da questa mia raccolta di informazioni riguardante studi e revisioni della letteratura si evince che la salute psicologica può avere un impatto positivo sulla salute cardiovascolare. Lo stress è, infatti, uno dei fattori più importanti da considerare quando si parla di alterazioni dell'umore e quasi tutti questi studi dimostrano che livelli elevati di ormoni dello stress sono associati a un aumento del rischio di sviluppare ipertensione e di andare incontro a eventi cardiovascolari.

Come operatori sanitari, dobbiamo prestare attenzione non solo al cuore e ai sintomi cardiologici, ma anche alla mente e alla persona nel suo insieme.

Interventi mirati alla riduzione dello stress possono quindi rappresentare un valido complemento alla terapia farmacologica tradizionale. In questo ambito, l'ipnosi può essere uno strumento efficace, rapido e a basso costo, che, se correttamente utilizzato, può contribuire a migliorare gli esiti clinici, ridurre il carico farmacologico e aumentare la soddisfazione del paziente.

Dal punto di vista infermieristico, l'uso dell'ipnosi apre importanti riflessioni sia sul piano etico e deontologico, sia su quello formativo e operativo. L'infermiere, infatti, è spesso la prima figura professionale a entrare in contatto con il paziente

in stato di agitazione o iperattivazione neurovegetativa, e può avere un ruolo chiave nell'applicare strategie di comunicazione terapeutica, tecniche di rilassamento, e laddove formato anche tecniche ipnotiche di base, nel rispetto delle normative vigenti e in collaborazione con altre figure sanitarie.

Nel pronto soccorso di Riccione in cui lavoro, ad oggi la gestione tradizionale prevede l'uso di farmaci antipertensivi e una valutazione clinica per identificare danni d'organo acuti.

Spesso, però, in una gran parte di pazienti l'innalzamento pressorio può essere correlato a stati emotivi acuti, come ansia, panico o dolore.

In questo contesto, l'uso dell'ipnosi clinica come strumento integrato per modulare la risposta neurovegetativa e per ridurre la pressione arteriosa in modo non farmacologico rappresenta un'area di interesse emergente.

Infatti, diverse ricerche condotte dalla comunità scientifica sulle applicazioni dell'ipnosi in campo medico suggeriscono con evidenza che si tratta di un approccio terapeutico in grado di provocare manifestazioni fisiologiche molto rilevanti, per questa ragione non deve sorprendere che l'ipnosi sia efficace nel moderare i livelli della pressione arteriosa mantenendoli dentro il range di sicurezza.

A sostegno di questa ipotesi vale la pena citare uno studio condotto nel 2007 da Marie Claire Gay, psicologa e professore presso università di Parigi dal titolo "Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one-year follow-up" [8]. Analizzando trenta partecipanti assegnati in modo casuale al trattamento ipnotico (trattamento ipnotico standardizzato, individuale di 8 sessioni) a un gruppo di controllo (nessun trattamento), dopo 12 settimane si è verificata una riduzione media della pressione sistolica di 11 mmHg e diastolica di 6 mmHg, associata a una diminuzione significativa dello stress percepito.

I risultati hanno dimostrato che l'ipnosi è efficace nel ridurre la pressione sanguigna a breve termine, ma anche a medio e lungo termine. Non è stata riscontrata alcuna relazione tra la pratica dell'autoipnosi e l'evoluzione della pressione sanguigna. L'ipnosi è una procedura naturale e, al tempo stesso,

complessa che non è sovrapponibile al concetto di rilassamento, tuttavia la trance ipnotica, se adeguatamente orientata, determina lo stato di rilassamento, fondamentale per ottenere il calo pressorio.

Numerosi lavori sperimentali evidenziano come l'ipnosi riesca a modulare la pressione arteriosa in modo fisiologico, senza effetti collaterali. In particolare nei contesti acuti, come Pronto Soccorso, l'effetto ansiolitico rapido può prevenire l'evoluzione verso un'emergenza ipertensiva.

L'ipnosi, quindi, risulta adatta in ambienti clinici ad alta intensità, perché richiede pochi minuti e può essere applicata anche durante la valutazione medica.

Diversi studi clinici e revisioni sistematiche hanno valutato l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e nel modulare la risposta pressoria in condizioni di stress acuto.

Sebbene la maggior parte della letteratura si concentri sul trattamento cronico dell'ipertensione, emergono evidenze promettenti anche per l'uso in contesti acuti e ad alta intensità come il Pronto Soccorso.

L'uso dell'ipnosi in Pronto Soccorso è meno documentato, ma alcuni studi osservazionali hanno evidenziato effetti immediati positivi:

la dott.ssa Elvira Lang, radiologa interventista, esperta nell'uso dell'ipnosi medica durante le procedure mediche, professore associato alla Harvard Medical School, insieme ad altri collaboratori ha dimostrato in uno studio randomizzato dal titolo "Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial" [9] che l'uso di ipnosi durante procedure invasive riduce significativamente l'ansia, il dolore e la risposta pressoria, migliorando l'aderenza e la stabilità del paziente.

I dispositivi comportamentali non farmacologici sono stati suggeriti come mezzi efficaci e sicuri per ridurre il disagio e gli effetti avversi durante le procedure mediche. È stata quindi testata questa ipotesi su pazienti sottoposti a procedure vascolari e renali percutanee in uno studio prospettico, randomizzato e monocentrico. 241 pazienti sono stati randomizzati a ricevere cure standard intraoperatorie (n=79), attenzione strutturata (n=80) o rilassamento

autoipnotico (n=82). Tutti hanno avuto accesso ad analgesia endovenosa controllata dal paziente con fentanil e midazolam. I pazienti hanno valutato il loro dolore e ansia su una scala da 0 a 10 prima, ogni 15 minuti durante e dopo le procedure. È emerso che il dolore è aumentato linearmente con la durata della procedura nel gruppo standard e nel gruppo dell'attenzione ma è rimasto stabile nel gruppo dell'ipnosi. L'ansia è diminuita nel tempo in tutti e tre i gruppi. L'uso di farmaci nel gruppo standard è stato significativamente più elevato rispetto ai gruppi dell'attenzione e dell'ipnosi.

I tempi della procedura sono stati significativamente più brevi nel gruppo sottoposto ad ipnosi (61 min) rispetto al gruppo standard (78 min), con una durata della procedura intermedia nel gruppo sottoposto ad attenzione (67 min). da ciò si evince che il rilassamento ipnotico si è dimostrato efficace durante le procedure mediche invasive. L'ipnosi ha avuto effetti più pronunciati sulla riduzione del dolore e dell'ansia, e migliora anche la stabilità emodinamica.

Studi come quello condotto dal Prof. E. Casiglia "Hyponosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test" [10], in cui 20 partecipanti sani sono stati sottoposti a un test pressorio freddo in condizioni basali di veglia mantenendo la mano destra in acqua ghiacciata fino a tollerabilità (tolleranza al dolore); il dolore soggettivo è stato quantificato tramite una scala visiva immediatamente prima di estrarre la mano dall'acqua. Il test è stato quindi ripetuto mentre i partecipanti erano sotto ipnosi e sottoposti a suggestioni focalizzate. I parametri cardiovascolari sono stati monitorati continuamente. La tolleranza al dolore è stata di $121,5 \pm 96,1$ secondi in condizioni basali di veglia e di $411,0 \pm 186,7$ secondi durante la suggestione ipnotica focalizzata, e il punteggio di valutazione visiva è stato rispettivamente di $7,75 \pm 2,29$ e $2,45 \pm 2,98$. L'aumento della resistenza periferica totale indotto da cold pressor test è stato non significativo durante la suggestione ipnotica focalizzata e +21% in condizioni basali di veglia. La suggestione ipnotica focalizzata ha quindi ridotto sia la percezione che le conseguenze cardiovascolari riflesse del dolore. Ciò indica che l'analgesia ipnotica implica una diminuzione della sensibilità e un

blocco della trasmissione degli stimoli dolorosi, con depressione dell'arco riflesso nervoso

Questo supporta l'ipotesi che tecniche brevi, non farmacologiche, come l'ipnosi, possano migliorare la gestione del picco ipertensivo associato a procedure invasive o stress emotivo, anche in contesti acuti come il Pronto Soccorso.

Uno studio pubblicato su pubmed "Pilot study of a brief hypnotic induction on blood pressure and stress" [11] ha sottolineato l'importanza dell'ipnosi, registrando un calo pressorio e dello stress dopo 15 minuti.

Lo studio ha randomizzato 64 pazienti ipertesi al trattamento con ipnoterapia o alle cure tradizionali. Il gruppo di intervento ha ricevuto ipnoterapia tramite registrazioni audio per 15 minuti, mentre il gruppo di controllo ha osservato un riposo di circa 15 minuti. La pressione sanguigna e la frequenza cardiaca sono state misurate con un tensimetro digitale e i livelli di stress con la Subjective Units of Distress Scale. I risultati hanno mostrato una differenza significativa tra il gruppo di intervento e quello di controllo per la riduzione della pressione sanguigna sistolica e dei livelli di stress. Questo studio pilota suggerisce che un intervento di ipnoterapia potrebbe essere fattibile e utile in una popolazione clinica di pazienti ipertesi, tuttavia sono necessari ulteriori studi.

Altro studio interessante, ma sicuramente non applicabile in un contesto emergenziale come quello di un pronto soccorso, intitolato "Intrahypnotic and long-term effects of self-hypnosis" [12] condotto da Case, Fogel, Pollack, medici del Centro cardiovascolare, New York Hospital-Cornell Medical Center, New York City, ha dimostrato che attraverso l'autoipnosi in 15 pazienti con ipertensione essenziale labile o lieve, ugualmente ipnotizzabili e che hanno aderito a un regime di 6-10 esercizi giornalieri per un periodo di 4 mesi, si sono verificati aumenti costanti sia della pressione sistolica che diastolica nei pazienti, ma non nei controlli non ipnotizzabili. Variazioni simili, ma di entità minore, sono state osservate anche nei soggetti normotesi. La pressione è aumentata immediatamente con l'ipnosi e si è gradualmente ridotta nell'arco di 15 minuti. Tuttavia, gli effetti a lungo termine della pratica quotidiana dell'autoipnosi sono stati variabili: la pressione diastolica ambulatoriale è diminuita in 5 pazienti, è

rimasta invariata in 7 pazienti ed è aumentata in 3 pazienti. Le variazioni della pressione sanguigna non potevano essere attribuite specificamente alla pratica quotidiana dell'autoipnosi; tuttavia, tutti i pazienti hanno sperimentato un miglioramento del benessere, dell'umore e dei modelli comportamentali durante il periodo di 4 mesi.

Lo studio indica che l'autoipnosi può produrre cambiamenti nel comportamento e nell'umore che possono essere benefici per la salute cardiovascolare.

Quest'ultimo risultato è ciò che ho potuto constatare anche io durante la mia pratica ospedaliera, in particolar modo dopo una breve seduta di ipnosi per il trattamento del picco ipertensivo. Quasi tutti i pazienti alla dimissione si sono congedati con un gran sorriso e a volte un abbraccio ringraziando dell'esperienza vissuta e in particolar modo sottolineando l'importanza dello stato di benessere che avevano vissuto e con il quale venivano dimessi. L'obiettivo del mio elaborato è analizzare le potenzialità dell'ipnosi come trattamento coadiuvante o alternativo nella gestione del picco ipertensivo in pronto soccorso, valutandone l'efficacia e l'applicabilità nella pratica quotidiana.

Metodi

L'obiettivo di questo elaborato è analizzare l'efficacia e la fattibilità dell'ipnosi come strumento integrato per la gestione del picco ipertensivo non complicato in ambiente di Pronto Soccorso. A partire dai dati raccolti, è stato possibile valutare la potenziale utilità dell'intervento ipnotico nella regolazione acuta della pressione arteriosa, focalizzandosi in particolare su interventi brevi e applicabili da personale adeguatamente formato.

In particolare, i miei dati sono stati raccolti nell'unità operativa in cui lavoro, il pronto soccorso dell'ospedale Ceccarini di Riccione.

È importante però fare prima un breve cenno riguardo questa tecnica.

L'ipnosi consente di indurre in un soggetto un particolare stato psichico e fisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi tra questo e l'ipnotizzatore. L'ipnosi non è sonno, anche se il termine ipnosi deriva dal greco *hypnos*, sonno, fù coniato da James Braid (1795-1860) per l'aspetto simile del soggetto in trance con un soggetto addormentato, ad oggi tale termine sarebbe ormai da considerarsi desueto per le note differenze tra i due stati; deriva quindi da un grande equivoco iniziale, perché semplicemente le prime forme d'ipnosi descritte erano ottenute sempre a occhi chiusi. Che l'ipnosi non sia sonno è ampiamente dimostrato sia in letteratura con tracciati elettroencefalografici differenti, sia nella pratica comune, poiché un soggetto in trance ha un sensorio perfettamente vigile, può aprire gli occhi, vedere, sentire, rispondere ecc.. (Casiglia, E et al 2015).

L'ipnosi non è magia, non è succubanza, né tantomeno forzatura della volontà, poiché il soggetto ipnotizzato mantiene integre le sue capacità critiche, inoltre il paziente riferisce solo ciò che vuole. Ipnosi non significa accettazione acritica della volontà dell'ipnotizzatore, il termine "suggest" va infatti tradotto con suggerire. L'ipnosi è, quindi, uno stato modificato di coscienza ed è da considerarsi del tutto fisiologico. Spesso, infatti, durante le attività quotidiane raggiungiamo questo stato ad esempio nei momenti in cui siamo assorti in un

pensiero, o quando siamo immersi in una lettura o nell'ascolto di una musica, e così via.

L'ipnosi implica una relazione tra ipnotizzatore e ipnotizzato caratterizzata da uno o più monoideismi plastici, un'idea suggerita dall'ipnotizzatore che il paziente accetta e riesce a far rivivere sul piano psicosomatico in modo da determinare modificazioni psichiche, fisiche e viscerali misurabili. Importante ricordare il concetto di ipnotizzabilità che consiste nella capacità del paziente di raggiungere lo stato di trance. esistono variabili favorevoli all'ipnotizzabilità come, ad esempio, la forte motivazione e le aspettative. Insieme a queste, però, va ricordato che molte volte sussistono degli ostacoli dettati dalla paura e dal pregiudizio.

L'ipnosi consta di 5 fasi: preinduzione: ovvero l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, tra l'operatore e il paziente, ciò consente di abbassare la critica del paziente aprendo le reti della sua mente in modo da lasciar passare le parole dell'ipnotizzatore senza mai ridurre a zero la critica del paziente. In questo è il colloquio preliminare con il paziente che serve a comprendere la richiesta d'aiuto del paziente e concordare insieme un risultato da raggiungere che deve essere chiaro, definito e misurabile. In questa fase l'ipnotista deve essere capace di ascoltare senza giudicare e informare il paziente sull'ipnosi, rispondendo alle sue domande spiegando nel maggior dettaglio possibile il proprio approccio all'ipnosi. La seconda fase è l'induzione che consiste nella destabilizzazione della coscienza ordinaria per entrare in quello stato che consente la realizzazione del monoideismo plastico. Qualsiasi sia la tecnica utilizzata, alla fine dell'induzione il paziente deve essere in uno stato di trance adeguato al tipo di lavoro ipnotico richiesto. Questa fase si conclude quando si comincia ad utilizzare la trance. La terza fase è il "corpo", all'interno del quale l'ipnologo propone suggestioni mirate alla gestione del quesito diagnostico, alla gestione del sintomo o alla procedura, in coerenza con le specificità professionali dell'operatore. In questa fase si possono utilizzare visualizzazioni, metafore, suggestioni dirette e indirette. La quarta fase è la deinduzione: consiste nel ripristino progressivo dello stato di coscienza ordinario. La 5° fase è la coda: in questa fase il paziente è ancora

particolarmente recettivo rispetto alle suggestioni, quindi si possono aggiungere indicazioni terapeutiche. È la fase in cui si discute brevemente l'esperienza, le sensazioni provate dal paziente, in che modo l'ha sperimentata.

Nella mia esperienza tutte queste fasi iniziavano spesso dopo la fase di accettazione (triage) e dopo la raccolta anamnestica, anche se a volte mi è capitato di trattare pazienti durante la fase di triage, (solo casi isolati). Inoltre, ho scelto contesti che mi permettevano di farlo, ad esempio di notte e la mattina, quando l'afflusso di pazienti in pronto soccorso è spesso minore rispetto alle ore centrali della giornata.

Ho scelto di includere pazienti italiani o che comprendessero la lingua italiana presupponendo che la barriera linguistica potesse essere un limite nel raggiungimento del mio obiettivo.

Inoltre, ho preferito escludere pazienti di età prescolare e scolare perché spesso meno propensi a sviluppare picchi ipertensivi.

Prima di procedere all'applicazione ho chiesto le dovute autorizzazioni alla direttrice dell'unità operativa e alla coordinatrice, esponendo il mio progetto e durante il mio lavoro ho provveduto a dare riscontro della mia tesi iniziale alle suddette persone. Chiedendo, non per ultimo, il supporto del personale medico con il quale lavoravo durante il turno, non sempre però ho trovato adesione, in quanto l'ipnosi è risultato essere un metodo ancora poco conosciuto, che seppur incuriosiva, portava, secondo alcuni colleghi, ad una perdita di tempo .

Il più delle volte ho cercato di raccogliere l'anamnesi dei pazienti in contesti già di per sé tranquilli, ove possibile, cercavo con la complicità del medico di far accedere il paziente in ambulatorio adeguato a gestire la pratica ipnotica, quindi con pochi rumori di fondo, lontano dalla sala emergenza e confortevole.

Già nella fase di accoglienza del paziente dal triage all'ambulatorio creavo un rapporto di fiducia attraverso truismi (vedo che è qui perché la sua pressione oggi le stando dei disturbi!), attraverso la tecnica dello yes set (lei è il signor ..., nato il..., ed è la prima volta che viene in pronto soccorso?).

Successivamente, dopo la raccolta dell'anamnesi e la misurazione della pressione arteriosa, che dopo ore di attesa in triage risultava essere ancora molto elevata, procedevo ad arruolare il paziente offrendogli un'esperienza nuova e unica da provare.

Illustravo brevemente il mio progetto attraverso il pre-talk e nella maggior parte di questi ho riscontrato subito interesse ed adesione, ancorandosi all'obiettivo chiaro che avevamo concordato: la sensazione di benessere finale che avrebbero provato, e la diminuzione dei valori pressori, creando così un'alleanza terapeutica.

Con ogni paziente si è instaurata una relazione di fiducia, o rapport, basato sull'ammirazione e soprattutto sulla curiosità di vivere un'esperienza nuova e diversa. Offrendo obiettivi chiari da raggiungere e spiegando al soggetto che avrebbe partecipato attivamente e che sarebbe stato lui stesso l'artefice del risultato raggiunto.

Perlopiù gli incontri avevano una durata massima di 15 minuti, durante i quali facevo accomodare il paziente solitamente in barella o su di una poltrona, lasciavo libertà di scelta, ma il più delle volte mi chiedevano di sdraiarsi, fattore che spesso deponeva a mio favore perché io stessa percepivo una sorta di "firma di contratto" nell'accettare di volersi affidare completamente al mio lavoro. Dopo l'ordine iniziale (puoi accomodarti su quella poltrona o su quella barella), portavo l'attenzione su qualcosa attraverso la focalizzazione che nella maggior parte dei casi consisteva nel far chiudere gli occhi e concentrarsi sul proprio respiro naturale per poi intensificarlo, rendendolo sempre più profondo.

Tale focalizzazione dell'attenzione, in questo caso sul respiro, a me serviva per poi avere la possibilità di ricalcarlo, restituirlo all'altro e dargli un valore.

Infatti, procedevo immediatamente con il ricalco di manifestazioni vere e reali (potrai accorgerti che il tuo respiro è diventato più profondo).

Dopo aver realizzato la mia suggestione e quindi il primo monoideismo plastico, passavo alla ratifica (bravo, vedo che il tuo respiro è sempre più intenso).

A seguire offriro una suggestione (con le tue capacità puoi immaginare qualcosa che in questo momento la tua mente ti propone, un'immagine, un posto, un colore, che ti fa stare bene e che ti fa provare la stessa sensazione che avrai sicuramente provato nella tua vita quando ti rilassi sul divano dopo aver svolto tutte le faccende di casa). Procedo, dunque, con la ratifica (e quando ti renderai conto di esserci riuscito ti chiedo di comunicarmelo alzando l'indice della mano destra). Dopo la ratifica del paziente procedo nell'offrirgli un'altra suggestione (così come sei stato capace di fare questo, potrai sentire da qui in poi una sensazione di benessere che si espande in tutto il corpo, il tuo cuore può rallentare leggermente, il tuo respiro si fa più calmo e ogni parte del tuo corpo risponde ritrovando equilibrio. La pressione sta dolcemente tornando al suo livello ottimale...")

Durante queste fasi monitoravo pressione arteriosa e quando si normalizzava lo comunicavo al paziente, restituendogli una ratifica.

Raggiunto l'obiettivo stabilito procedo con la fase di ancoraggio (... ed ora che sei stato così bravo e in autonomia hai riportato la tua pressione arteriosa a valori normali grazie anche a questa piacevole sensazione di benessere, potrai rivivere questa condizione ogni volta che ne avrai bisogno. Ti basterà, infatti, unire l'indice e il pollice della mano sinistra...)

A seguire la fase della de-induzione (... al mio tre potrai serenamente aprire gli occhi, riorientarti in questa stanza e prendere contatto con tutto ciò che ti circonda).

Il paziente dopo aver aperto gli occhi il più delle volte sorrideva, così, dopo avergli lasciato qualche secondo per riorientarsi, chiedevo le sensazioni che aveva provato e se voleva dividerle con me.

Età	Patologie correlate	Picco ipertensiv o domicilio	PA all'ingress o	PA dopo comunicazion e ipnotica	Sensazioni
Arianna 49aa	Ipertesa nota	190/110	175/125	140/100 132/95	Benessere/ ho visto l'alba

Amb1					Ero al mare Abbraccio alla dimissione
Fabrizio 51a a Triage	Ansia cronica	190/100	145/75	135/75	
Angelini Fabio 54aa Amb 1	Iperteso noto	195/100	Ore 18,30 170/100	Ore 21.10 142/94	Benessere Ero in spa Poi al mare Sabbia bianca
Giuseppe 67 anni trriage	Non iperteso Ansia correlata alla perdita improvvisa della moglie	198/105	187/100 Ore 18,30	Ore 20,15 146/84	Sono stato bene. Quando mi hai detto che potevo tornare mi è dispiaciuto lasciare quel posto. Ero nella mia amata Sicilia, nella casa dove sono nato e dove non torno da anni.
Anna 48 aa Amb 2	Non ipertesa nota	200/110	185/105	134/84	Ero con mia figlia al mare. Ho sperimentato una sensazione di relax
Sabatino 58 anni	Iperteso in terapia non controllata	195/90	200/101	145/85	Raccoglievo le fragole nell'orto dei miei genitori.
Marianna 42 anni	Non ipertesa, stati di ansia e attacchi di panico pregressi	185/105	178/92	127/70	Ero ai caraibi e poi improvvisament e mi sono ritrovata in un bosco, tutto quel verde scuro m i ha dato una sensazione di pace.
Giorgio 70 anni Amb 3	Iperteso in terapia	210/95	205/100	150/83	Grazie perché ho rivissuto la felicità che vivevo quando

					era in vita mia moglie e mi portava a fare le passeggiate nei campi.
Federica 38 anni Amb 1	Non ipertesa. Periodo stressante a lavoro	187/93	168/87	130/60	Torno la prossima volta che ci sei (ridendo!). Mi sono sentita finalmente calma e serena, erano mesi che non vivevo queste sensazioni. Ho visto un cielo blu e limpido e penso sia quello che voglio per me.
Carlo 18 anni Amb 1	Non iperteso, stress universitario	154/80	165/92	125/65	Ero in moto e percorrevo la route66 e avevo il vento in faccia e i miei pensieri potevano andar via con il vento.
Marcello 36 anni Amb 2	Non iperteso, lieve ansia in età adolescenziale	179/85	167/91	137/83	Ero sotto la doccia di casa mia con la musica che mi piace e non volevo più tornare alla realtà-

Risultati

L'intervento di ipnosi ha mostrato un effetto positivo sul controllo dei valori pressori in pazienti giunti in pronto soccorso con un picco ipertensivo non particolarmente complicato.

In particolare, si è osservata una riduzione media della pressione sistolica di 30/40 mmHg e della diastolica di 10/20 mmHg, misurata entro 10–15 minuti dalla fine della seduta.

Nei pazienti che hanno verbalizzato il proprio stato emotivo, si è anche registrata una diminuzione soggettiva della percezione d'ansia, riferita come "sensazione di calma", "migliore respiro", o "sensazione di benessere".

La diminuzione pressoria osservata, sebbene modesta, ha un significato clinico importante, poiché ottenuta senza l'uso immediato di farmaci antipertensivi e in tempi molto rapidi.

Questo supporta l'ipotesi che l'attivazione simpatica e lo stato di allarme psicofisiologico abbiano un ruolo chiave nei picchi ipertensivi non organici, e che modularli con tecniche ipnotiche può offrire un intervento di supporto efficace.

La risposta positiva all'intervento suggerisce inoltre che, anche in un contesto acuto, i pazienti siano ricettivi a tecniche non farmacologiche, purché proposte in modo empatico, chiaro e rassicurante.

Studi precedentemente citati hanno dimostrato che l'ipnosi può influenzare i parametri fisiologici come la frequenza cardiaca, il tono vascolare e la pressione arteriosa.

I risultati ottenuti in questo studio confermano tali evidenze, estendendone la validità anche all'ambito dell'assistenza infermieristica in pronto soccorso. Inoltre, si avvalorava il principio secondo cui l'infermiere può svolgere un ruolo attivo nella gestione emozionale del paziente acuto, contribuendo direttamente al miglioramento dei parametri vitali.

Inserire queste competenze nella formazione infermieristica e nei protocolli di triage potrebbe migliorare l'outcome nei pazienti ipertesi e ansiosi, riducendo il

ricorso immediato a farmaci e aumentando il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura.

Vantaggi e limiti emersi

Vantaggi principali:

- Nessun effetto collaterale.
- Riduzione rapida di ansia e pressione arteriosa.
- Riduzione potenziale dell'uso di farmaci ansiolitici e antipertensivi.

Limiti:

- Campioni piccolo
- Mancanza di adesione del progetto terapeutico da parte dell'equipe medica e infermieristica
- Assenza di follow-up a lungo termine.

Conclusioni

L'analisi condotta evidenzia come l'ipnosi possa rappresentare un valido strumento integrativo nel trattamento del picco ipertensivo in ambito di Pronto Soccorso. Pur non sostituendo l'intervento farmacologico, l'ipnosi può contribuire alla stabilizzazione dei parametri pressori attraverso la riduzione dell'attivazione del sistema nervoso simpatico e il miglioramento dello stato psicoemotivo del paziente.

Nel contesto caotico ed emotivamente carico del Pronto Soccorso, l'ipnosi si è dimostrata utile per ridurre ansia, dolore percepito e tensione, tutti fattori che possono aggravare una condizione ipertensiva transitoria. La sua applicazione, seppur ancora poco diffusa in ambito emergenziale, appare promettente e meritevole di maggiore attenzione, soprattutto alla luce dei principi della medicina integrata e centrata sulla persona.

Tuttavia, emergono anche alcune criticità: la scarsa formazione del personale sanitario in tecniche ipnotiche, la mancanza di protocolli standardizzati, e la necessità di ulteriori studi scientifici che ne confermino l'efficacia e la sicurezza su larga scala.

In conclusione, l'ipnosi, se inserita all'interno di un approccio multidisciplinare, può offrire un contributo concreto nella gestione dei picchi ipertensivi, migliorando l'esperienza del paziente e supportando l'efficacia delle cure tradizionali. È auspicabile che in futuro venga promosso l'inserimento dell'ipnosi nei percorsi formativi del personale sanitario e la sperimentazione clinica della sua applicazione in contesti di emergenza.

Bibliografia

- [1] M. d. sanità, «Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.,» DM 14 settembre 1994, n. 739.
- [2] C. N. d. O. d. P. I. (FNOPI), «Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche,» 2025.
- [3] H. H. M. Bernard H. Shulman, in *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Franco Angeli, 2008, p. 272.
- [4] ✉. S. R. 1. Y. C. 2. S. S. 3. Y. T. 4. H. C. 5. G. P. S. 6. J. C. T. 7. B. W. T. 8. T. W. 9. K. K. F. T. 1. K. K. Narsingh Verma 1, «Non-pharmacological management of hypertension,» 2021.
- [5] S. T. M., «Chronic psychosocial stress and hypertension,» 2021.
- [6] S. C. d. d. p. d. S. e. M. S. Li-Faye Lim, «ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND HYPERTENSION IN ADULTS:A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS",» 2021.
- [7] P. P. I. H. M. Yadap Prasad Timsina, «Non pharmacological management of hypertension: a systematic review,» 2023.
- [8] G. M. Claire, « Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one-year follow-up».
- [9] M. a. ,. b. ,. c. e. G. B. ,. P. c. J. F. ,. B. c. S. L. L. B. ,. P. f. S. B. ,. P. c. L. ,. d. d. r. .. D. S. Dott.ssa Elvira V Lang, «Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial,» 2000.
- [10] L. S. T. H. N. A. R. G. B. B. S. M. L. M. R. E. Casiglia, «Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test,» 2012.
- [11] E. T. 2. A. T. 1. Arif Setyo Upoyo 1, «Pilot Study of a Brief Hypnotic Induction: Effects on Blood Pressure, Heart Rate, and Subjective Distress in Patients Diagnosed with Hypertension,» 2021.
- [12] D. H. F. A. P. David B. Case, «Intrahypnotic and long-term effects of self-hypnosis on blood pressure in mild hypertension,» 1980.