

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

**C.I.I.C.S.**

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA**

**E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2021**

*Tesi*

**VALUTAZIONE DEL PAZIENTE E COMUNICAZIONE IPNOTICA IN  
ALCUNI INTERVENTI DI CARDIOLOGIA INVASIVA: GLI STRUMENTI  
DELLO PSICOLOGO**

**Candidati**

**Vittoria Criscuolo**

**Relatore**

**Rocco Iannini**

## INDICE

- Premessa
  
- Capitolo 1: Introduzione
  - 1.1 Definizione di ipnosi
  - 1.2 Una nuova definizione di dolore
  
- Capitolo 2: Comunicazione ipnotica e cardiologia – Impianto di S-ICD e PM-ICD
  
- Capitolo 3: Strumenti e Tecniche
  - 3.1 Ipnoinducibilità e POMS
  - 3.2 QUID
  
- Capitolo 4: Analisi dei casi reports
  - 4.1 Caso clinico 1
  - 4.2 Caso clinico 2
  - 4.3 Caso clinico 3
  - 4.4 Caso clinico 4
  
- Capitolo 5: Discussione e Conclusioni
  
- Bibliografia

## PREMESSA

La tesi nasce dalla collaborazione e dalle riflessioni di due figure professionali, anestesista e psicologo, appartenenti alla stessa struttura ospedaliera, che per la sua realizzazione si sono avvalsi della disponibilità e collaborazione di un terzo professionista, il medico specialista Cardiologo Dott. Peila Claudio, già partecipante al corso di comunicazione ipnotica e ipnoterapeuta.

La riflessione iniziale nasce dall'utilizzo dell'ipnosi per il rilassamento muscolare; è noto che tale obiettivo può o meno essere raggiunto della suscettibilità all'ipnosi del soggetto.

Per sviluppare il nostro argomento abbiamo fatto riferimento e riportato quattro casi di pazienti che dovevano essere sottoposti ad interventi di cardiologia interventistica (posizionamento di defibrillatore sottocutaneo o tradizionale).

In fase di pre-intervento sono stati somministrati: il test ipnotizzabilità per valutare la suscettibilità ipnotica, il test *Profile of mood states* (POMS) per valutare lo stato dell'umore e il questionario della percezione del dolore (QUID). Durante l'intervento i pazienti sono stati sottoposti a monitoraggio dell'EMG dei muscoli frontali con apparecchiatura ROOT MASIMO e metodologia SEDLINE, abitualmente utilizzata in anestesia per la rilevazione della profondità della narcosi, che viene effettuata mediante l'integrazione dei dati della rilevazione di un "minitracciato" EEG su quattro derivazioni, dell'EMG stessa e di eventuali artefatti.

Infine, sono stati confrontati i dati ottenuti con quanto emerso dalle valutazioni e dai test (somministrati anche in fase post impianto) e con quanto poi riferito dai pazienti stessi in fase di debriefing. Pur senza poter trarre conclusioni incontrovertibili data l'esiguità dei casi considerati, i risultati suggeriscono che una estensione di questa metodologia di lavoro potrebbe avere rilevanza per l'applicazione di tali strumenti, sulla cui affidabilità peraltro al momento persistono dubbi.

## Capitolo 1: Introduzione

### 1.1 Definizione di Ipnosi

*“L’ipnotismo è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psico-fisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creato fra questi e l’ipnotizzatore”*

(Franco Granone 1961)

L’ipnosi è un modo di essere dell’organismo che può anche essere autoindotta; l’ipnotismo è la tecnica che permette di raggiungere tale condizione mediante la realizzazione del cosiddetto “monoideismo plastico”: un’idea che, rappresentata mentalmente, diventa esclusiva e si riflette sul piano psicosomatico generando modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine e immunitarie.

Vengono così attivate le caratteristiche dell’emisfero cerebrale destro (immaginazione, fantasia, emozione, gioco, creatività, intuizione...) tralasciando momentaneamente le funzioni del sinistro (pensiero logico, razionale, critico, linguaggio articolato...), come succede ogni volta che la mente umana si focalizza verso il mondo interiore.

La cosiddetta trance ipnotica si presenta attraverso diversi livelli che vanno da forme leggere, superficiali a forme estremamente profonde come lo stato sonnambulico o quello stuporoso.

Come affermava Granone, la suggestionabilità è comunque indipendente dallo stato raggiunto, anche se è più evidente negli stati più profondi, in cui si associa molto spesso ad amnesia.

L’ipnosi è pertanto uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale il soggetto raggiunge un’elevata capacità di controllo sul proprio organismo con conseguenze fenomenologiche psichiche e fisiche, che possono condurre ad effetti clinicamente significativi ed utili.

La comunicazione ipnotica è una valida opportunità in ambito sanitario e può trovare la sua applicazione in tutti i campi della medicina: dalla psichiatria alla medicina generale, chirurgia, ginecologia e ostetricia, pediatria, oncologia, odontoiatria, dermatologia, medicina d'urgenza e anestesiology; proprio per la gestione del dolore acuto e cronico può avere un ruolo fondamentale.

## 1.2 Una nuova definizione di dolore

Il dolore è un fenomeno molto difficile da definire in modo completo, perché estremamente complesso. La prima definizione enunciata dalla IASP (*International Association for the Study of Pain*) nel 1979 descriveva il dolore come *“una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a un danno tissutale in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”*. Nel 2020 la IASP ha pubblicato una nuova definizione *“il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale”*. La spiacevolezza rimane una caratteristica distintiva del dolore, non rappresentato solo da una semplice sensazione corporea ma caratterizzato da una componente emotiva che la rende un'esperienza vissuta in modo del tutto personale. Il dolore può essere associato a un danno attuale, cioè che si è già verificato (ad esempio quando ci si taglia con una lama), oppure potenziale, cioè che potrebbe essere imminente ma non si è ancora verificato (ad esempio quando tocchiamo una pentola rovente). Il dolore può anche solo assomigliare all'esperienza solitamente associata a un danno dei tessuti corporei. Il riferimento è al dolore che a volte si presenta senza una evidente causa organica.

E se prima il dolore era un'esperienza spiacevole che poteva anche solo essere “descritta” in termini di danno, ora essa può anche solo assomigliare a quella che si presenta in associazione a un danno dei tessuti. Il cambiamento è stato apportato perché il termine descritta implicava la capacità di descrivere verbalmente la propria esperienza di dolore, cosa impossibile ad esempio per i neonati, le persone con gravi deficit cognitivi o per gli animali che pure esperiscono dolore. La IASP ha dato una definizione il più possibile inclusiva a tutela dei soggetti più fragili.

Infine, la nuova definizione viene approfondita con le seguenti note:

- 1- Il dolore è sempre un'esperienza personale che può essere influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali. Aspetti che concorrono a rendere il dolore un'esperienza bio-psico-sociale.
- 2- Il dolore e la nocicezione sono due fenomeni differenti. La presenza di dolore non può essere dedotta solamente dall'attività dei neuroni sensoriali.

- 3- Gli individui imparano il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- 4- Il resoconto di un'esperienza di dolore dovrebbe essere rispettato
- 5- Sebbene il dolore abbia solitamente un ruolo adattivo, esso può avere effetti avversi sul funzionamento e sul benessere psicosociale dell'individuo. Questo implica che è necessario prendere in considerazione l'impatto sul funzionamento quotidiano (es. relazioni interpersonali, familiari e lavorative) e sul benessere psicologico (es. ansia, rabbia e depressione).
- 6- La descrizione verbale è solo uno dei tanti comportamenti usati per l'espressione del dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o animale esperisca dolore (la mimica facciale, i vocalizzi, l'irrequietezza ... sono segnali che possono comunicarne la presenza).

## **Capitolo 2: Comunicazione ipnotica e cardiologia – Impianto di S-ICD e ICD**

Dal 12 aprile 1829, quando Jules Cloquet effettuò una mastectomia in analgesia ipnotica su una paziente di 64 anni, ai giorni nostri l'ipnotismo fu sperimentato con successo in molti casi in medicina e chirurgia.

Montgomery pubblica nel 2002 un'ampia revisione meta-analitica di studi in cui si utilizzò l'ipnosi in pazienti chirurgici al fine di valutare l'efficacia di tale metodica, i risultati indicarono che i gruppi trattati con ipnosi avevano risultati clinici migliori rispetto all'89% dei gruppi di controllo confermandone l'utilità come tecnica aggiuntiva (3).

Altri studi hanno dimostrato una riduzione della percezione ed elaborazione dello stimolo doloroso indotto dalla chirurgia, sia in fase procedurale (4), in particolare nelle procedure a minor impatto (5), che nel decorso postoperatorio (6,7).

In ambito cardiologico la maggior parte delle procedure invasive richiedono che il paziente sia sveglio, con un discreto grado di vigilanza per garantirne la collaborazione, la comunicazione dei sintomi e il rapido riconoscimento di eventuali complicazioni; nello stesso tempo è fondamentale il mantenimento dell'immobilità sul lettino radiologico per tempi che possono anche essere di alcune ore nei casi più complessi.

È questo il caso dell'impianto di ICD che si effettua con un'anestesia locale eventualmente associata a una blanda sedazione farmacologica e alla terapia antalgica

Per quanto riguarda invece il posizionamento di ICD sottocutanei abitualmente bisogna invece avvalersi della sedazione profonda/anestesia generale propriamente detta.

Si evince che la gestione dello stress e della componente ansiogena e il controllo del dolore sono fondamentali per la sicurezza e l'efficacia della procedura oltre che per il benessere del paziente.

In campo cardiovascolare l'ipnosi è stata ampiamente studiata dal punto di vista sperimentale da Casiglia e coll. presso il laboratorio di ipnosi sperimentale del dipartimento di medicina dell'Università di Padova, monitorando vari parametri fisici tra cui la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la



portata cardiaca, le resistenze periferiche. Tra l'altro hanno dimostrato che i riflessi cardiovascolari da stress non si modificano in ipnosi confermando un reale blocco dello stimolo nocicettivo e non solo un meccanismo dissociativo (8,9).

La letteratura relativa all'uso dell'ipnosi in cardiologia clinica è piuttosto scarsa, con riferimenti a casi isolati o piccole casistiche.

L'ipnosi si è dimostrata superiore al midazolam per ridurre l'ansia, mantenendo il controllo, in pazienti sottoposti ad ecocardiografia transesofagea in un recente studio effettuato a Istanbul (16).

Amedro e coll. nel 2019 dimostrano in 16 adolescenti, 10-18 anni, che l'ipnosi è fattibile ed efficace e potrebbe essere una buona alternativa all'anestesia generale (18), come confermato anche dall'equipe di Scaglione dell'Ospedale Cardinal G. Massaia di Asti, che in un gruppo di 70 pazienti sottoposti ad ablazione della fibrillazione atriale ha dimostrato un notevole aumento della tollerabilità dell'intervento per riduzione dell'ansia e del dolore, una significativa riduzione dell'utilizzo di farmaci anestetici con conseguenti minori effetti collaterali e costi e una ridotta percezione della durata procedurale (20), rispetto al gruppo di controllo.

## Capitolo 3: Strumenti e Tecniche

### 3.1 Ipnotizzabilità e POMS

La sigla POMS indica il Profilo degli Stati dell'Umore (*Profile of Mood States*); il test misura sei fattori (tensione – ansia; depressione- avvilitamento; aggressività- rabbia; vigore- attività; stanchezza – indolenza; confusione -sconcerto) e altrettanti stati dell'umore, i quali vanno dalla tensione ansiosa alla depressione e al senso di disorientamento.

- Tensione- Ansia. Il fattore T è costituito da 9 item e viene definito da aggettivi che descrivono un aumento di tensione dei muscoli scheletrici. Gli item riguardano una tensione somatica che può non essere osservabile dall'esterno (“teso”, “coi nervi a fior di pelle”) come pure manifestazioni psicomotorie visibili (“con un tremito diffuso”, “irrequieto”); altri item si riferiscono a stati d'ansia vaga, diffusa (“ansioso”, “a disagio”).
- Depressione- Avvilimento. Il fattore D è costituito da 15 item ed indica uno stato depressivo accompagnato da un senso di inadeguatezza personale. Tale stato viene bene definito dalle scale che indicano sentimenti di indegnità personale (“degnò di disprezzo”) e di inutilità degli sforzi per adattarsi (“senza speranza”, “sfiduciato”), oltre che un senso di isolamento emotivo dagli altri (“triste”, “isolato dagli altri”, “senza aiuti, abbandonato”, “avvilito”), malinconia (“malinconico”, “infelice”) e senso di colpa (“tormentato dai rimorsi”, “scontento di quello che ho fatto”).
- Aggressività- Rabbia. Il fattore A, costituito da 12 item, descrive un umore di rabbia e di antipatia verso gli altri. Le scale principali descrivono sentimenti di rabbia intensa ed aperta (“arrabbiato”, “furibondo”, “pronto ad attaccare briga”). Gli item “immusonito” e “seccato” descrivono sentimenti di ostilità più attenuati, mentre quelli “pieno di risentimento”, “scontroso”, “deluso” e “amareggiato” si riferiscono a comportamenti dell'ostilità che meglio indicano sentimenti di astio e di diffidenza. Gli item “irritato”, “di cattivo umore” e “ribelle” sono stati aggiunti al fine di ampliare il significato del fattore A.
- Vigore – Attività. Il fattore V, formato da 8 item, è definito da aggettivi che danno l'idea di vigore, esuberanza ed energia, ed è in relazione negativa con gli altri 5 fattori del POMS.

Item quali “di buon umore”, “pieno di iniziativa” e “libero da preoccupazioni” indicano anche uno stato d’animo euforico ed ottimista che è in netta contrapposizione con quello indicato dal fattore D.

- Stanchezza- Indolenza. Il fattore S consta di 7 item e rappresenta un umore caratterizzato da noia, indolenza e scarsa energia. Per quanto vi siano item indicanti uno stato emotivo particolare (“annoiato”, “frastornato”), la maggior parte di essi sono orientati verso un senso di stanchezza fisica (“stressato”, “stanco”, “esausto”).
- Confusione- Sconcerto. Il fattore C, definito da 7 item, è caratterizzato da sensi di sconcerto e turbamento. Questo fattore rappresenta sia tratti di inefficienza cognitiva sia uno stato dell’umore; è collegato alla dimensione emotiva dell’organizzazione – disorganizzazione.

L’utilizzo del POMS ha la funzione di valutare le condizioni di stress e le emozioni correlate; comprendere e conoscere non solo le variabili cliniche, ma anche le variabili emotive della persona. Si pone l’obiettivo di comprendere il vissuto personale del paziente, lo stato emotivo, le risorse personali e le paure. Le condizioni per cui è necessario effettuare una procedura interventistica (nello specifico le aritmie) possono generare disequilibri psicofisiologici a livello percettivo, emotivo e creano aspettative e paure, spesso confusione, sconcerto e ansia.

Risulta quindi necessario comprendere l’impatto emotivo che queste procedure possono generare nel complesso nella persona (prima e dopo la procedura) e come questo possa interferire con l’ipnotizzabilità della persona. *“Un interessante aspetto della suscettibilità ipnotica è la sua possibile relazione con la personalità del soggetto...”* (Facco) e anche *“l’ipnotizzabilità è un fenomeno complesso , che non può essere ascritto ad un singolo tratto di personalità e attitudine psicologica; l’assorbimento e la dissociazione probabilmente giocano un ruolo rilevante, benché contesto sensibile, ma anche altre caratteristiche come l’aspettativa, l’immaginazione, l’empatia, la fiducia, la capacità di automatizzare e l’abilità nel gestire le risorse attentive possono essere coinvolte e sono materie di altri studi”*.

Per verificare la capacità del soggetto di rispondere alle tecniche ipnotiche correlandola in modo particolare alla dimensione emotiva (utilizzo del POMS) e alla percezione e gestione del dolore (utilizzo del QUID) in sala operatoria, è stato utilizzato l'Hypnotic Induction Profile (HIP).

L'Hypnotic Induction Profile, profilo di induzione ipnotica (HIP), è un test (efficace e rapido) sviluppato da Herbert Spiegel negli anni '60. L'HIP è costituito da quattro parti principali:

1. La fase di preinduzione, in cui vengono valutate la deviazione dello sguardo verso l'alto e l'eye-roll;
2. La fase d'induzione, in cui sono fornite le istruzioni per la levitazione del braccio;
3. La fase di post induzione, in cui è richiesto al paziente di aprire gli occhi e fare una seconda levitazione;
4. La fase postipnotica, che comprende la rilevazione dell'esperienza del soggetto.

L'HIP fornisce tre misure di suscettibilità all'ipnosi: bassa, moderata e alta.

### 3.2 QUID (Questionario Italiano del dolore)

Risulta particolarmente complesso quantizzare con precisione un fenomeno soggettivo come il dolore, ma non si può fare affidamento sull'esclusiva descrizione verbale del soggetto dal momento che l'esperienza del dolore dipende qualitativamente e quantitativamente da determinanti cognitivi, emozionali... è necessario, quindi, tenere conto della multidimensionalità dell'esperienza.

Le istruzioni per la compilazione del QUID riportano *“Alcune delle parole o espressioni che troverà in questo modulo possono descrivere il Suo dolore attuale. Indichi, barrando il segno corrispondente, quali parole lo descrivono meglio. In ogni gruppo che considera adatto scelga quante parole desidera: le più appropriate a descrivere il suo dolore. Tralasci pure i gruppi di parole che non le sembrano adatt”*.

Il QUID è costituito da una *scala intervallare semantica* composta da 42 descrittori, raggruppati in 4 classi principali (S, sensoriale; A, affettiva; E, valutativa; M, mista) e 16 sottoclassi.

Si invita il paziente a scegliere tra i descrittori di ciascuna sottoclasse; il paziente è libero di scegliere, a seconda del caso, uno, più di uno, tutti o nessuno quei descrittori che meglio rappresentano l'esperienza attuale del suo dolore.

- S1** Periodico  
Persistente
- S2** Pulsante  
Martellante
- S3** Mutevole  
Diffuso  
Fisso
- S4** Penetrante  
Come un pugnale
- S5** Come un peso  
Costrittivo  
Come un cane che morde
- S6** Rende la parte più sensibile al tatto  
Vivo
- S7** Dà indolenzimento

	Sordo
<b>S8</b>	Bruciante Trafigge Dilaniante
<b>A1</b>	Debilitante Snervante
<b>A2</b>	Dà nausea Soffocante
<b>A3</b>	Mette agitazione Angosciante
<b>A4</b>	Fa lamentare Deprimente Oppressivo
<b>E1</b>	Noioso Indefinibile Preoccupante Assillante Insopportabile
<b>E2</b>	Fastidioso Disturbante Invalidante
<b>M1</b>	Insistente Acuto
<b>M2</b>	Ostinato Rode Esasperante Torturante

È presente una *scala d'intensità del dolore presente* (PPI, *Present Pain Intensity*) in cinque punti (lieve, moderato, forte, fortissimo, atroce).

## Capitolo 4: Analisi dei casi reports

### 4.1 Caso clinico 1

#### ***Uomo, età 48 aa - Procedura S- ICD (impianto defibrillatore sottocutaneo)***

Nel colloquio psicologico **preimpianto** per la percezione del dolore è stato somministrato il test *QUID* che ha rilevato assenza di dolore.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test *POMS* (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nel paziente timismo in asse. Le energie vitali a disposizione risultano adeguate. Non si segnalano difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

I risultati del test *Hypnotic Induction Profile* indicano che il soggetto può essere scarsamente ipnotizzabile, non in grado di raggiungere il suo pieno potenziale ipnotico.

Nel colloquio **post impianto** (pomeriggio), il paziente riferisce di ricordare “*solo un po’ di dolore*” e “*forse mi ha toccato un nervo*”. Si somministra il *QUID*, che evidenzia che il paziente ha una corretta percezione del dolore, localizzata in sede dell’impianto.

Nel colloquio **post impianto** (dopo 1 settimana), il paziente descrive il dolore “*come una sensazione di fastidio*” e “*quando appoggio il braccio sento che c’è qualcosa che non è mio*”.

I risultati del *QUID* evidenziano una corretta percezione del dolore, in presenza di valori non significativi.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test *POMS* (Profile Of Mood States) con valori che confermano timismo in asse. Le energie vitali a disposizione risultano adeguate. Non si segnalano difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

## 4.2 Caso clinico 2

### ***Donna, 57 aa – Procedura Posizionamento di S- ICD (defibrillatore sottocutaneo)***

Nel colloquio psicologico **preimpianto** per la percezione del dolore è stato somministrato il test *QUID* che ha rilevato assenza di dolore.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test POMS (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nella paziente timismo in asse. Le energie vitali a disposizione risultano adeguate. Non si segnalano difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

I risultati del test *Hypnotic Induction Profile* indicano che il soggetto può essere altamente ipnotizzabile, in grado di raggiungere il suo pieno potenziale ipnotico.

Nel colloquio **post impianto** (pomeriggio), la paziente riferisce di ricordare una sensazione di dolore, di essere *“uscita dall’ipnosi ma di essere riuscita ad andare poco tempo dopo di nuovo in profondità”*. Si somministra il *QUID* che ha rilevato una corretta percezione del dolore, localizzata in sede dell’impianto.

Nel colloquio **post impianto** (dopo 1 settimana), la paziente descrive il dolore *“come lieve dolore della ferita”*.

I risultati del *QUID* evidenziano una corretta percezione del dolore.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test *POMS* (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nella paziente tono dell’umore in asse. Le energie vitali a disposizione risultano adeguate. Non si segnalano difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.



### 4.3 Caso clinico 3

#### **Uomo, età 66 aa - Procedura S- ICD (impianto defibrillatore sottocutaneo)**

Nel colloquio psicologico **preimpianto** per la percezione del dolore è stato somministrato il test QUID che ha rilevato una corretta percezione del dolore (dolore alla schiena).

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test *POMS* (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nel paziente tono dell'umore in asse. Le energie vitali a disposizione risultano lievemente ridotte con alcuni disagi individuali. Da segnalare la presenza di lievi difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

I risultati del test *Hypnotic Induction Profile* indicano che il soggetto può essere scarsamente ipnotizzabile, non in grado di raggiungere il suo pieno potenziale ipnotico.

Nel colloquio **post impianto** (pomeriggio), il paziente riferisce di non ricordare la puntura ma riporta la sensazione di dolore *“taglio iniziale poco doloroso e il taglio sul torace come bruciante”, “ero ben cosciente, sentivo il massaggio per inserimento pacemaker”, “il dolore era tipo una contrazione”*. Inoltre, il paziente riferisce di aver sentito la voce del dottore e di averla percepita come rassicurante e in grado di rilassarlo. I dolori della procedura sono stati a tratti, non continui *“ci sono stati dei momenti in cui non avevo male e riuscivo a rilassarmi”*.

Si somministra il *QUID* che ha rilevato una corretta percezione del dolore, localizzata in sede dell'impianto e al braccio sinistro per posizionamento durante la procedura in sala.

Nel colloquio **post impianto** (dopo 1 settimana), la percezione del dolore, seppur corretta, evidenzia una lieve alterazione sul piano emotivo/affettivo tali da impattare sullo stile di vita del paziente. Descrive il dolore nel fianco *“che crea fastidio nei movimenti e durante il sonno”*.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test POMS (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nel paziente una lieve flessione del tono dell'umore. Le energie vitali a disposizione risultano ridotte con alcuni disagi individuali. Da segnalare la presenza di difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

#### 4.4 Caso clinico 4

##### ***Uomo, età 66 aa - Procedura ICD (impianto defibrillatore)***

Nel colloquio psicologico **preimpianto** per la percezione del dolore è stato somministrato il test *QUID* che ha rilevato corretta percezione del dolore.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test *POMS* (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nel paziente timismo in asse. Le energie vitali a disposizione risultano adeguate. Non si segnalano difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

I risultati del test *Hypnotic Induction Profile* indicano che il soggetto può essere altamente ipnotizzabile, in grado di raggiungere il suo pieno potenziale ipnotico.

Nel colloquio **post impianto** (pomeriggio), il paziente riferisce di ricordare di aver percepito in alcuni momenti dolore durante l'impianto ma che ritiene d'intensità lieve. Si somministra il *QUID* che ha rilevato una corretta percezione del dolore, localizzata in sede dell'impianto.

Nel colloquio **post impianto** (dopo 1 settimana), il paziente descrive il dolore "*come fastidio localizzato in sede impianto/ferita*".

I risultati del *QUID* evidenziano una corretta percezione del dolore, in presenza di valori non significativi.

Si procede a valutazione psicodiagnostica con test *POMS* (Profile Of Mood States): i valori del test evidenziano nel paziente timismo in asse. Le energie vitali a disposizione risultano adeguate. Non si segnalano difficoltà riguardanti le capacità di coping e di problem solving.

## CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Benché l'esigua casistica non permetta di trarre delle conclusioni definitive, i risultati ottenuti dai casi esaminati evidenziano che l'analisi con sedline dell'EMG parrebbe dimostrare una buona corrispondenza con il livello di rilassamento ipnotico del soggetto, non tanto in valori assoluti, quanto in termini di variazione di trend.

L'utilizzo dei test psicologici nelle fasi pre e post- procedure operatorie evidenzia una correlazione tra lo stato dell'umore del paziente, la sua percezione del dolore e il profilo di ipnoinducibilità, ma tutte queste variabili non appaiano significative per indicare se la comunicazione ipnotica possa essere pienamente efficace proprio durante la procedura in sala operatoria in presenza di un forte stimolo doloroso.

Il livello di rilassamento evidenziato con l'EMG presenta una buona correlazione con quanto evidenziato nella prevalutazione dell'inducibilità ipnotica, suggerendo che il test utilizzato sia in tal senso affidabile; inoltre risulta correlato con il percepito dal paziente, come emerge dall'intervista di debriefing.

Infatti, dalle valutazioni dei test e dai colloqui con i pazienti si rileva come la percezione del rilassamento abbia impattato sul piano emotivo relazionale permettendo alla persona di affrontare questa esperienza in modo positivo.

In nessuno dei quattro casi proposti abbiamo ottenuto analgesia ed anzi lo stimolo doloroso ha sempre costituito motivo del venir meno, più o meno completamente, dell'ipnosi stessa; dal momento che i casi analizzati risalgono al periodo marzo-maggio di quest'anno, corrispondente per noi discenti ancora alla fase iniziale del percorso di apprendimento, più che altro riteniamo che ciò sia verosimilmente in funzione di una capacità di indurre ipnosi ancora da affinare.

Infine, una considerazione a margine dei risultati per sé stessi va fatta relativamente alla strutturazione del presente lavoro, che, pur presentato singolarmente, è stato in realtà realizzato in stretta sinergia tra psicologo ed anestesista (anch'esso discente di questo corso), in quanto riteniamo che in ambito ospedaliero l'utilizzo dell'ipnosi possa diffondersi solo se lo strumento è

operativamente condiviso in un “gioco di squadra” in cui ci può, e deve, essere interscambio di ruoli e non debba essere operatore-dipendente, ed a questi limitato.

## BIBLIOGRAFIA

1. Granone F. Trattato di Ipnosi. 6 ed. Torino: UTET; 1989
2. Casiglia E. Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Padova: CLEUP; 2015
3. Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review* 33(5): 623-636.
4. Montenegro, G., Alves, L., Zaninotto, A. L., Falcão, D. P., & de Amorim, R. F. B. (2017). Hypnosis as a valuable tool for surgical procedures in the oral and maxillofacial area. *American Journal of Clinical Hypnosis* 59(4): 414-421.
5. Holler, M., Koranyi, S., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2021). Efficacy of Hypnosis in Adults Undergoing Surgical Procedures: A meta-analytic update. *Clinical Psychology Review* 102001.
6. Edmundson, E. E. (2016). The Utilization of Hypnosis for Children Recovering From Surgical Procedures: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Surgical Nursing* 5(4): 91-97.
7. Hildebrand, L. E., & Anderson, R. C. (2011). Hypnosis and relaxation in the context of plastic surgery nursing. *Plastic Surgical Nursing* 31(1): 5-8.
8. Berlière, M., Roelants, F., Watremez, C., Docquier, M. A., Piette, N., Lamerant, S., ... & Duhoux, F. P. (2018). The advantages of hypnosis intervention on breast cancer surgery and adjuvant therapy. *The Breast* 37: 114-118.
9. Manworren, R. C., Girard, E., Verissimo, A. M., Ruscher, K. A., Santanelli, J. P., Weiss, R., & Hight, D. (2015). Hypnosis for postoperative pain management of thoracoscopic approach to repair pectus excavatum: Retrospective analysis. *Journal of Pediatric Surgical Nursing* 4(2): 60-69.
10. Amraoui, J., Pouliquen, C., Fraisse, J., Dubourdieu, J., Guzer, S. R. D., Leclerc, G., ... & Cuvillon, P. (2018). Effects of a hypnosis session before general anaesthesia on postoperative outcomes in patients who underwent minor breast cancer surgery: the HYPNOSEIN randomized clinical trial. *JAMA network open* 1(4): e181164-e181164.
11. Amraoui, J., Pouliquen, C., Fraisse, J., Dubourdieu, J., Guzer, S. R. D., Leclerc, G., ... & Cuvillon, P. (2018). Effects of a hypnosis session before general anesthesia on postoperative outcomes in patients who underwent minor breast cancer surgery: the HYPNOSEIN randomized clinical trial. *JAMA network open* 1(4): e181164-e181164.
12. Facco, E. (2016). Hypnosis and anaesthesia: back to the future. *Minerva anesthesiologica* 82(12): 1343-1356.

13. Del Prado, C. I., Cruzado, J. A., Ordi, H. G., & Ramírez, P. C. (2020). Use of hypnosis for the placement of a midline catheter in a patient at the end of life. *Palliative & supportive care* 18(1): 113-117.
14. Finn, M. T., & McKernan, L. C. (2019). Clinical Hypnosis in Postoperative, Adult-Onset Dysphagia: A 2-Year Empirical Case Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 67(3): 297-312.
15. Barbero, U., Ferraris, F., Muro, M., Budano, C., Anselmino, M., & Gaita, F. (2018). Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias. *Journal of Cardiovascular Medicine* 19(1): 18-21.
16. Pesce, A., Palmieri, M., Cofano, F., Iasanzaniro, M., Angelini, A., D'Andrea, G., ... & Frati, A. (2020). Standard awake surgery versus hypnosis aided awake surgery for the management of high-grade gliomas: A non-randomized cohort comparison-controlled trial. *Journal of Clinical Neuroscience* 77, 41-48
17. Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *American psychologist* 69(2): 167.
18. Miró, J., Castarlenas, E., De la Vega, R., Roy, R., Solé, E., Tomé-Pires, C., & Jensen, M. P. (2016). Psychological neuromodulatory treatments for young people with chronic pain. *Children* 3(4), 41.
19. Jensen, M. P., Day, M. A., & Miró, J. (2014). Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms. *Nature Reviews Neurology* 10(3): 167.
20. Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., & Oakley, D. A. (2009). Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. *European Journal of Pain* 13(5): 542-550.
21. Hawkins, R.M. A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Rev.* 2001; 8: 47–73.
22. Moss, D., & Willmarth, E. (2019). Hypnosis, anaesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. *Annals of palliative medicine* 8(4): 498-503.
23. Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., ... & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 99: 298-310.
24. Quintini, D., Vitale, C., Gaide, M., Surdej, F., & Salas, S. (2017). Hypnosis to fight against pain and anxiety in palliative care. *Soins; la revue de reference infirmiere* 62(821): 11-15.
25. Rousseaux, F., Faymonville, M. E., Nyssen, A. S., Dardenne, N., Ledoux, D., Massion, P. B., & Vanhaudenhuyse, A. (2020). Can hypnosis and virtual reality reduce anxiety, pain and fatigue among patients who undergo cardiac surgery: a randomised controlled trial. *Trials* 21: 1-9.

26. Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., ... & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 99: 298-310.
27. Maindet, C., Burnod, A., Minello, C., George, B., Allano, G., & Lemaire, A. (2019). Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain—attaining exhaustive cancer pain management. *Supportive Care in Cancer*, 1-14.
28. Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Ehde, D. M., Patterson, D. R., Molton, I. R., Dillworth, T. M., & Ciol, M. A. (2020). Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: a randomized clinical trial. *Pain* 161(10): 2284-2298.
29. Al-Enaizan N, Davey KJ, Lyons MF, Cadden SW. Effect of hypnosis on masseter EMG recorded during the 'resting' and a slightly open jaw posture. *J Oral Rehabil.* 2015 Nov;42(11):840-6. doi: 10.1111/joor.12316. Epub 2015 Jun 7. PMID: 26059538.