

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

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

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2016**

**IPNOSI E TERAPIA INTENSIVA**

**Candidato**

**Roberta Di Stella**

**Relatore**

**Prof.Enrico Facco**

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	pag. 3
<b>CAPITOLO PRIMO</b>	
1.1 Il sonno in Terapia Intensiva	pag. 4
1.2 Gestione dell'insonnia in Terapia Intensiva	pag. 7
<b>CAPITOLO SECONDO</b>	
2.1 L'ipnosi: cenni storici	pag. 8
2.2 L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica	pag. 9
<b>CAPITOLO TERZO</b>	
3.1 Ipnosi e Terapia Intensiva	pag. 12
<b>CAPITOLO QUARTO</b>	
4.1 Una giovane paziente di 14 anni	pag. 13
<b>CONCLUSIONI</b>	pag. 15
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	pag. 16

# INTRODUZIONE

Scrivere una tesi sull'ipnosi in Terapia Intensiva mi è sembrato da subito un arduo compito. Infatti molteplici sono le problematiche relative ai pazienti ricoverati in condizioni critiche. Per citarne alcune pensiamo all'abolizione della coscienza causata dalla somministrazione endovenosa continua di farmaci sedativi, ipnotici e analgesici maggiori; alla mancanza di orientamento spazio-temporale che caratterizza questi pazienti anche dopo la sospensione della sedazione; alla limitata permanenza in Terapia Intensiva dopo la stabilizzazione dei parametri vitali e dell'autonomia cardio-respiratoria. Quando stabilizzate le condizioni cliniche, infatti, il paziente viene solitamente trasferito in reparti non intensivi. Ma il completo ripristino delle sue condizioni psicologiche avviene spesso alcuni giorni dopo la dimissione, quando il paziente rientra in contatto con la realtà quotidiana attraverso il rapporto con i parenti e il normale ciclo sonno-veglia.

Tale è la problematica che la letteratura sull'ipnosi in Terapia Intensiva è pressoché nulla.

Tuttavia, in un limitato numero di pazienti, cioè in quelli che hanno un ricovero breve per un decorso favorevole (si pensi ai risvegli protetti nei postoperatori), è possibile ipotizzare un approccio ipnotico al paziente, in particolare per quanto riguarda l'aspetto psicologico legato al ricovero stesso. Infatti la condizione di pericolo di vita che caratterizza il ricovero in Rianimazione pone spesso il soggetto di fronte al confine della vita fisica e ad affrontare il pensiero della propria morte. Questo grande mistero, che l'uomo moderno sembra del tutto impreparato ad affrontare (1), irrompe spesso nella vita del soggetto e lo trova assolutamente impreparato. Ma proprio per questo egli diventa particolarmente sensibile, sia per una condizione di bisogno di ascolto da parte di chi gli presta le cure, sia per la predisposizione a porre l'attenzione sulla propria interiorità. Entrambi questi aspetti creano un presupposto favorevole per suggerire al paziente esperienze di riflessioni e di meditazione sul proprio essere.

# CAPITOLO PRIMO

## 1.1 Il sonno in Terapia Intensiva

Numerosi studi, oltre all'evidenza clinica degli operatori sanitari di area critica, hanno osservato e analizzato le alterazioni del ciclo sonno-veglia di cui soffrono tutti i pazienti degenti in Terapia Intensiva. L'utilizzo comune di farmaci ipnotici, analgesici maggiori e sedativi può falsamente minimizzare il problema poiché spesso abbiamo l'impressione che il paziente stia dormendo. Ma poniamoci una semplice domanda: "il paziente in Terapia Intensiva dorme?". Potremmo rispondere "spesso", oppure "raramente", oppure semplicemente "non so". Prima di tutto chiariamo cosa si intende per sonno (valutazione con polisonnografia) e in seguito osserviamo come esso si modifica nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.

### CICLI DEL SONNO (Figura 1):

1. SONNO REM (RAPID EYE MOVEMENT): sonno desincronizzato, alto consumo di ossigeno, atonia muscolare, movimenti oculari, abbassamento della temperatura e miosi, aumento della frequenza cardiaca e respiratoria. 20-25%

2. SONNO NON-REM: sonno sincronizzato, è suddiviso in fasi che nella loro successione esprimono l'approfondimento del sonno. L'EEG, rispetto allo stato di veglia (Figura2), subisce profonde modificazioni.

stadio I : onde theta all'EEG, ridotta risposta agli stimoli sensoriali, se risvegliato dichiara di non essersi addormentato, improvvise contrazioni muscolari. 5%

stadio II : complessi K e fusi del sonno all'EEG, se risvegliati dichiarano di aver dormito. 45-50%

stadio III-IV: ritmo delta all'EEG, sonno ad onde lente. 15+15% (Figura 3)

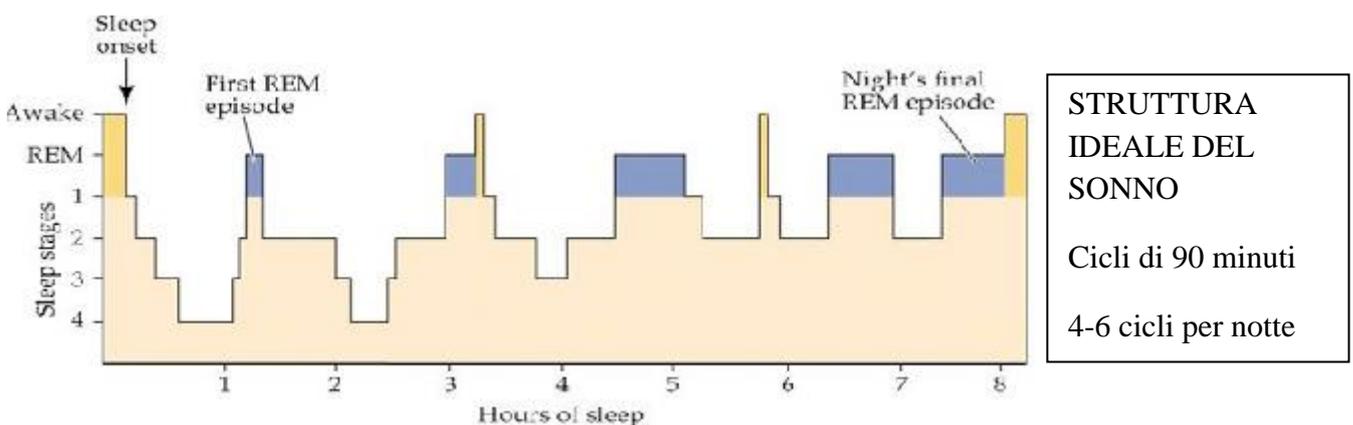
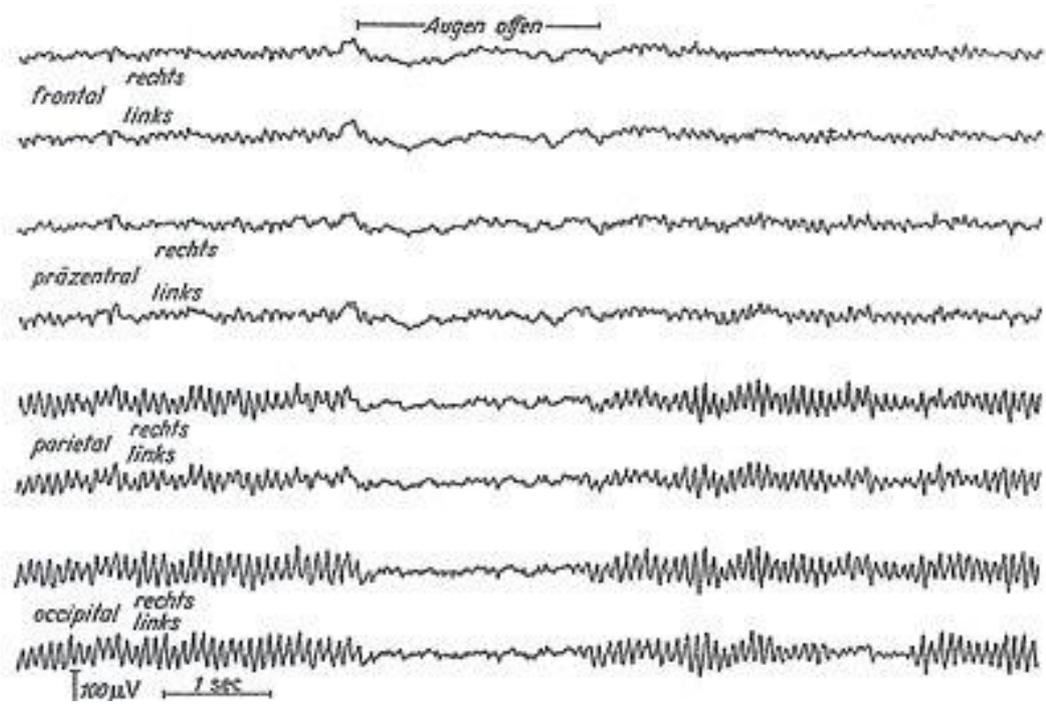
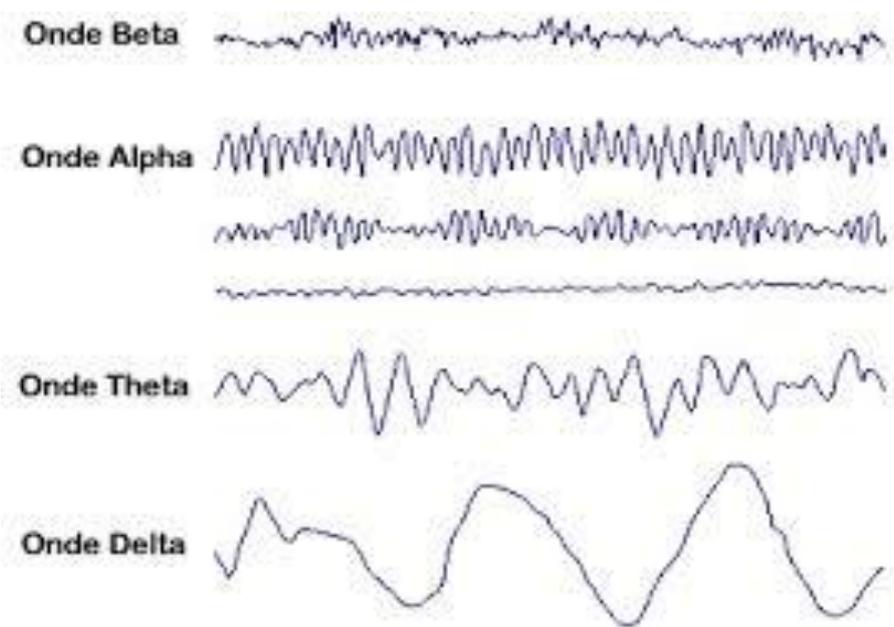


Figura 1

EEG IN STATO DI VEGLIA e desincronizzazione all'apertura degli occhi (**Figura 2**):



EEG DURANTE IL SONNO (**Figura 3**):



## IL SONNO IN TERAPIA INTENSIVA:

Numerosi studi dimostrano che i pazienti in condizioni critiche hanno un sonno gravemente frammentato e non consolidato oltre che disorganizzato, una forma di sonno leggero e pertanto non ristoratore (2).

In particolare, rispetto alla popolazione generale, si osservano le seguenti alterazioni:

TEMPO TOTALE DI SONNO	normale, ridotto o prolungato
INSORGENZA DEL SONNO	50% notturno, 50% diurno
NREM stadio I	prolungato
NREM stadio II	prolungato
NREM stadio III	ridotto
NREM stadio IV	ridotto
REM	ridotto
FRAMMENTAZIONE DEL SONNO	aumentata

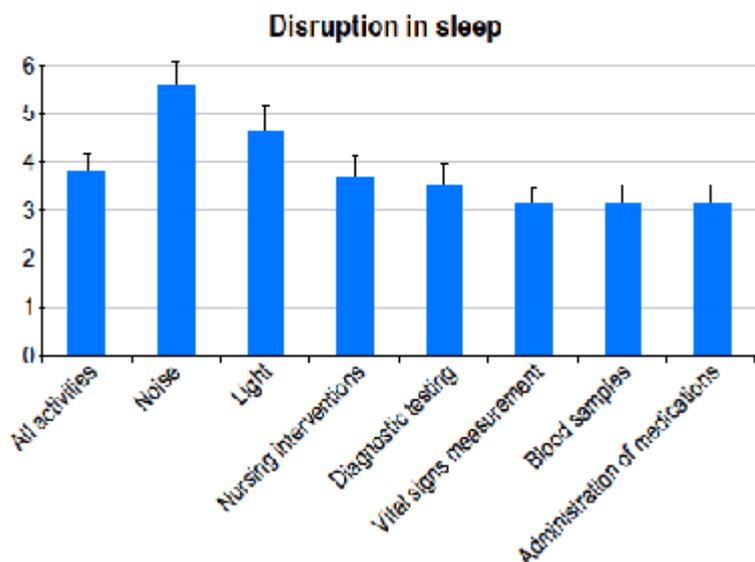
Numerose sono le motivazioni di tali alterazioni:

### 1. IL RAPPORTO CON LA VENTILAZIONE MECCANICA (3)

La frammentazione del sonno, misurata in termini di numero di risvegli ed episodi di agitazione durante la notte, risulta maggiore nei pazienti ventilati in modalità assistita rispetto a quelli ventilati in modalità controllata. Questo lo si deve ad eventuale distress respiratorio (più probabile in modalità assistita), ma anche ad eventuali episodi di apnea notturna che possono anche determinare l'innescio di allarmi (sia del respiratore che del monitor).

### 2. I RUMORI DEGLI ALLARMI DEI MONITOR, DEI VENTILATORI E DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI IN GENERALE (4)

### 3. LE INTERAZIONI CON IL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO (5)



Cosa pensano i pazienti

### 4. LE CONDIZIONI INTRINSECHE AL RICOVERO

Ultimo, ma primo nel determinare ansia e agitazione nel paziente. Il ricovero in Terapia Intensiva è ciò che di più disorientante ci sia in termini di perdita, da parte del paziente, di ogni contatto con la

realtà quotidiana. Viene perso il proprio orientamento nello spazio e nel tempo e si instaurano inoltre profonde insicurezze riguardo alla propria integrità fisica e psichica, la paura di perdere la vita o anche solo la propria autonomia.

Quindi la risposta alla nostra domanda iniziale “il paziente in Terapia Intensiva dorme?” è: “raramente” e, soprattutto, male.

Sappiamo inoltre dalla letteratura che è molto importante, invece, che il paziente in Terapia Intensiva dorma poiché la deprivazione di sonno ha un notevole impatto sulle sue funzioni vitali, in particolare riguardo al sistema immunitario (minore resistenza alle infezioni), al quadro neurologico (insorgenza di agitazione e delirio, persistenza di disturbo del sonno post traumatico anche dopo la dimissione dalla terapia intensiva), all’apparato cardiorespiratorio (aritmie, ipertensione, alterazioni della frequenza respiratoria e della meccanica respiratoria) e determina aumento del consumo di ossigeno in generale. La deprivazione di sonno, in definitiva, peggiora l’outcome del paziente (6)(7).

## 1.2 Gestione dell’insonnia in Terapia Intensiva

Numerosi sono i farmaci utilizzati in Terapia Intensiva per ottenere un piano adeguato di sedazione dei pazienti durante le ore notturne:

Benzodiazepine	55%
Propofol	20%
Oppioidi	14%
Zolpidem	5%
Altro	6%.

Purtroppo però essi non solo si accompagnano ai loro ben noti effetti collaterali, ma sono inoltre inefficaci nel determinare il sonno fisiologico e strutturato indispensabile per raggiungere il riposo vero e proprio (8).

**Table 1** Drugs commonly used in ICU and their effects on sleep pattern.

Drug Class or Individual Drug	Sleep Disorder Induced or Reported	Possible Mechanism
Benzodiazepines	↓ REM, ↓ SWS	Gamma aminobutyric acid type A receptor stimulation
Opioids	↓ REM, ↓ SWS	μ receptor stimulation
Clonidine	↓ REM	α <sub>2</sub> receptor stimulation
Non steroidal anti-inflammatory drugs	↓ TST, ↓ SE	Prostaglandin synthesis inhibition
Norepinephrine/Epinephrine	Insomnia, ↓ REM, ↓ SWS	α <sub>1</sub> receptor stimulation
Dopamine	Insomnia, ↓ REM, ↓ SWS	D <sub>2</sub> receptor stimulation/α <sub>1</sub> receptor stimulation
β-Blockers	Insomnia, ↓ REM, Nightmares	Central nervous system β-blockade by lipophilic agents
Amiodarone	Nightmares	Unknown mechanism
Corticosteroids	Insomnia, ↓ REM, ↓ SWS	Reduced melatonin secretion
Aminophylline	Insomnia, ↓ REM, ↓ SWS, ↓ TST, ↓ SE	Adenosine receptor antagonism
Quinolones	Insomnia	Gamma aminobutyric acid type A receptor inhibition
Tricyclic antidepressants	↓ REM	Antimuscarinic activity and α <sub>1</sub> receptor stimulation
Selective serotonin reuptake inhibitors	↓ REM, ↓ TST, ↓ SE	Increased serotonergic activity
Phenytoin	↑ Sleep Fragmentation	Inhibition of neuronal calcium influx
Phenobarbital	↓ REM	Increased gamma aminobutyric acid type A activity
Carbamazepine	↓ REM	Adenosine receptor stimulation and/or serotonergic activity

REM, rapid eye movement; SWS, slow wave sleep; TST, total sleep time; SE, sleep efficiency.

# CAPITOLO SECONDO

## 2.1 L'ipnosi: cenni storici

Il termine ipnosi deriva dalla parola greca "hypnos", sonno.

E' stata coniata da James Braid nel 1841 per le analogie che a quel tempo parevano esserci tra essa e il sonno fisiologico. Ma l'ipnosi, intesa come potenzialità della mente umana, è una pratica molto più antica. È stata riportata nel Papiro Ebers dagli antichi egizi circa 3000 anni fa (9). Fu utilizzata da popolazioni quali Persiani e Fachiri Indiani che ne diedero un'interpretazione mistica.

In occidente ebbe un periodo di declino nel Medioevo con il sorgere del cristianesimo, essendo stata erroneamente associata con la stregoneria. Franz Anton Mesmer (1734-1815) formulò la teoria del magnetismo animale ma tale teoria fu condannata dall'Accademia delle Scienze e della Medicina. James Braid (1785-1860) diede in seguito un'interpretazione fisiologica al fenomeno e introdusse il termine ipnosi. Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904), un medico di Nancy, insieme con Hippolyte Bernheim (1837-1919) fondarono la Scuola di Nancy secondo la quale l'ipnosi era un fenomeno psicologico normale e tutti i suoi fenomeni potevano essere spiegati con la suggestione. Ciò in antitesi con le teorie di Jean-Martin Charcot (1825-1893) che considerava l'ipnosi un fenomeno patologico da inquadrarsi tra le nevrosi isteriche.

Di ipnosi si occupò anche Sigmund Freud (1856-1939), ma la transitorietà dei risultati terapeutici, la laboriosità dei procedimenti ipnotici, la limitazione delle applicazioni terapeutiche ed altre problematiche spinsero Freud ad abbandonare l'ipnosi e a creare un nuovo metodo: la psicanalisi. Con la morte di Charcot e l'inizio della psicanalisi cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza.

L'interesse per l'ipnosi si risvegliò durante la prima guerra mondiale, quando con tale metodo si iniziarono a trattare le nevrosi traumatiche da guerra, ma soltanto durante la seconda guerra mondiale l'atteggiamento delle comunità scientifiche nei confronti dell'ipnosi migliorò.

In particolare in questo periodo il dottor Milton Erickson (1901-1980), che fu presidente e fondatore della Società americana di ipnosi clinica e membro dell'Associazione americana di psichiatria, dell'Associazione americana di psicologia e dell'Associazione americana di psicopatologia, riprendendo la lezione di uno degli allievi di Charcot, Jean Leguirec, sviluppò una tecnica chiamata "ipnosi ericksoniana", che permette di comunicare con l'inconscio del paziente. Questo tipo di ipnosi è molto simile ad una normale conversazione ed induce una trance ipnotica nel soggetto.

Nel 1949 venne fondata negli USA la Society for Clinical and Experimental Hypnosis. Nel 1957 venne fondata una seconda associazione, l'American Society of Clinical Hypnosis. Nel 1958 l'American Medical Association riconobbe l'ipnosi come metodo legittimo di cura in medicina e in odontoiatria. Nel 1969 L'American Psychological Association creò una sezione di psicologi che si interessavano prevalentemente di ipnosi. In Inghilterra, nel 1955 la British Medical Association riabilitò ufficialmente l'ipnosi.

In Italia la prima Associazione scientifica per lo studio e l'applicazione dell'ipnosi, l'A.M.I.S.I. (Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi), fu costituita nell'aprile del 1960.

In particolare in Italia un importante contributo allo studio e all'impiego della terapia con ipnosi lo si deve al neuropsichiatra Franco Granone (1912-2000) a cui dobbiamo anche il termine di ipnositerapia.

## **2.2 L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica**

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.

Rispondiamo, quando iniziamo ad occuparci di ipnosi, ad alcune domande: cos'è l'ipnosi, prima ancora cosa non è, come si instaura e a che cosa serve?

### **1. COSA NON E' L'IPNOSI**

L'ipnosi NON E' SONNO (la registrazione elettroencefalografica è differente, l'esame neurologico nei due stati è differente, differenti sono anche i riflessi del soggetto)

L'ipnosi NON E' MAGIA (non è dovuta a fluidi o poteri).

L'ipnosi NON E' SUCCUPANZA NE' FORZATURA DELLA VOLONTA' (il soggetto ipnotizzato mantiene integre le sue capacità critiche (censura della volontà).

L'ipnosi NON E' SIERO DELLA VERITA' (i ricordi in ipnosi possono essere trasfigurati, inoltre il paziente riferisce solo ciò che vuole).

L'ipnosi NON E' SUGGESTIONE cioè accettazione acritica della volontà dell'ipnotizzatore (il termine "suggest" va infatti tradotto con suggerire e il suggerimento dell'ipnotizzatore viene accettato dal paziente solo se non contrario ai suoi principi e alla sua volontà).

### **2. COS'E' L'IPNOSI**

L'IPNOSI E' UNO STATO MODIFICATO DI COSCIENZA (il termine inglese "altered" non va infatti tradotto con alterato).

L'IPNOSI E' UNO STATO FISIOLOGICO (raggiungiamo questo stato spesso durante la vita quotidiana nei momenti in cui siamo assorti in un pensiero, o quando siamo immersi in una lettura o nell'ascolto di una musica, durante la trance agonistica o artistica, durante l'innamoramento e così via).

L'IPNOSI E' LASCIARSI ANDARE (è infatti uno strumento molto utile per controllare l'ansia, in particolare nei momenti in cui viene richiesta grande concentrazione nello svolgere una prestazione impegnativa).

L'IPNOSI IMPLICA UNA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE (questa può anche mancare nella fase di induzione dello stato ipnotico e nell'approfondimento, ma è essenziale per l'ipnositerapia).

L'IPNOSI E' CARATTERIZZATA DALLA PRESENZA DEL MONOIDEISMO PLASTICO (una sola 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 IPNOTIZZABILITA' che consiste nella capacità del paziente (indipendente dall'abilità dell'ipnotizzatore) di raggiungere lo stato di trance sopra descritto. Circa il 5% dei soggetti risulta refrattario (non ipnotizzabile). Vi sono variabili favorevoli l'ipnotizzabilità (motivazioni, aspettative, abilità nell'apprendimento, intelligenza e così via). Vi sono variabili ostacolanti (paura, pregiudizio). L'ipnotizzabilità risulta inversamente proporzionale, inoltre, alla suggestionabilità nel corso della vita (bambini e anziani molto suggestionabili e poco ipnotizzabili, soggetti nell'età adulta meno suggestionabili e più facilmente ipnotizzabili).

### 3. COME SI INSTAURA L'IPNOSI?

L'ipnosi si compone di 5 passi:

#### 1° passo = PREINDUZIONE:

Consiste nella realizzazione del rapporto di fiducia, tra il medico e il paziente, che consente di abbassare la critica del paziente aprendo le maglie della sua mente in modo da lasciar passare le parole dell'ipnotizzatore senza mai ridurre a zero la critica del paziente. E' possibile instaurare un dialogo inconsapevole tra i due emisferi destri dei soggetti ottenendo una condivisione inconscia dei modelli di pensiero. Essenziale è il colloquio preliminare con il paziente. Senza questo passo non si può condurre una seduta ipnotica. Il colloquio iniziale serve a comprendere il problema del paziente e il risultato desiderato. Se il problema e il risultato desiderato rientrano nei confini d'intervento dell'ipnosi, si può proseguire. Un buon colloquio iniziale è assolutamente indispensabile al successo. Attraverso il colloquio iniziale si entra in rapporto con il paziente, con il suo modo di parlare, gesticolare, sulle sue convinzioni riguardo al problema che espone. L'obiettivo 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 e demistificando idee preconcepite o false credenze sull'argomento, spiegando nel maggior dettaglio possibile il proprio approccio all'ipnosi.

#### 2° passo = INDUZIONE:

Consiste nella destabilizzazione della coscienza ordinaria per entrare in quello stato che consente la realizzazione del monoideismo plastico. La tecnica utilizzata non è la parte più importante del processo (il Prof. Granone non la mostrava mai nelle sue dimostrazioni) ed è importante non confondere il processo induttivo con l'ipnosi in sé. 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. Lo stato di trance deve essere stato verificato attraverso gli appositi test di profondità. Questo passo si chiude quando si comincia ad utilizzare la trance. In realtà l'induzione e l'utilizzazione possono sovrapporsi, specialmente se durante l'utilizzazione si ricorre ad approfondimenti successivi della trance, conosciuti con il nome tecnico di frazionamento.

#### 3° passo = CORPO:

Ristrutturazione della personalità dell'individuo riguardo al particolare aspetto per cui il paziente ha chiesto aiuto (dissociazione transitoria che rende l'ipnosi controindicata nei soggetti psicotici quali ad esempio gli schizofrenici che non distinguono tra realtà e finzione). Qualunque tipo di approccio all'ipnosi, sia esso formale che conversazionale, prevede che la trance ipnotica realizzata nel passo precedente, sia utilizzata per raggiungere i risultati decisi nel primo passo. L'utilizzazione prevede il ricorso a tecniche differenti, a seconda del tipo di problema trattato e delle caratteristiche del paziente. Si possono utilizzare visualizzazioni, metafore, suggestioni dirette e indirette, o altri tipi di approccio. A seconda del tipo di problema e della risposta ipnotica del paziente, questo lavoro prosegue per un certo numero di sedute, che di solito non è molto elevato, perché a differenza di altre tipologie d'intervento, l'ipnosi funziona in tempi brevi.

#### 4° passo = DEINDUZIONE:

Ripristino progressivo dello stato di coscienza ordinario. In mancanza di termini migliori, si parla di risveglio dalla trance, anche se il paziente non ha mai dormito. Un termine alternativo proposto è riorientamento.

#### 5° passo = CODA:

Subito dopo il ripristino della coscienza ordinaria, fase in cui si osserva una facile reinducibilità. In questo momento il paziente è ancora suggestionabile, quindi si possono aggiungere altre suggestioni, se è il caso. In questa fase si discute brevemente l'esperienza, le sensazioni provate dal paziente, in che modo l'ha sperimentata, eccetera. Le informazioni raccolte serviranno per le

successive sedute, in modo da modificare e adattare il processo ipnotico alle caratteristiche del paziente e renderlo il più efficace

#### 4. A CHE COSA SERVE L'IPNOSI?

Le indicazioni all'ipnositerapia sono numerose. Alcuni esempi sono le malattie psicosomatiche, somatopsichiche, le dipendenze, il trattamento del dolore acuto e cronico, il miglioramento delle prestazioni nello studio, nel lavoro, nello sport, la cura di malattie funzionali di diversi apparati in particolare l'apparato gastrointestinale e l'apparato muscolo-scheletrico ma anche endocrino e del sistema nervoso centrale; viene utilizzata inoltre come coadiuvante nell'anestesia generale e loco-regionale con il vantaggio ulteriore del minor sanguinamento chirurgico grazie alla riduzione del flusso sanguigno inducibile tramite il monoidismo plastico.

# CAPITOLO TERZO

## 3.1 Ipnosi e Terapia Intensiva

L'ipnosi clinica in Terapia Intensiva non è una pratica comune né tantomeno sperimentata a tuttoggi. La bibliografia sull'argomento è pressoché nulla.

Tuttavia desidero sottolineare la particolare condizione in cui si trovano i pazienti ricoverati in Rianimazione. Essa è caratterizzata da un'estrema vulnerabilità; il paziente, se cosciente, realizza di trovarsi (o di essere stato) in pericolo di vita; ha paura di non riuscire a guarire o di guarire ma riportando compromissioni permanenti delle proprie funzioni neuromotorie e perdendo la propria autonomia; alcuni pazienti sperimentano l'angosciante sensazione dell'imminente fine della propria vita.

Tale condizione può considerarsi alla stregua di uno stato modificato di coscienza. In condizioni critiche, infatti, vi è anche una profonda alterazione del sistema neurochimico che è ancora più accentuato durante eventi acuti quale coma da danno encefalico acuto o arresto cardiocircolatorio. In tali particolarissime situazioni, infatti, sono descritte da diversi autori le cosiddette NDE (Near-Death Experiences) ovvero esperienze di premorte (1).

Le NDE sono esperienze intense e profonde. Esse sono associate ad alterazioni dello stato di coscienza e, apparentemente, in certi casi, alla sua completa abolizione (come nei casi di arresto cardiocircolatorio, coma o anestesia generale); sono inoltre caratterizzate da contenuti trascendentali, comprendenti la netta percezione di essere in una dimensione diversa da quella ordinaria. Sono spesso sensazioni di pace e serenità, associate alla sensazione di staccarsi dal proprio io e dagli "attaccamenti" che caratterizzano la nostra stretta dimensione fisica (1).

Non sfugge l'analogia con lo stato modificato di coscienza che, come si è visto al capitolo 2, definisce lo stato ipnotico.

Un'esperienza di questo tipo viene descritta da Larry Hagman (interprete di J.R. nell'interminabile telenovela Dallas) durante il ricovero in Terapia Intensiva nel postoperatorio di un intervento di trapianto di fegato. Egli, molto sensibile alla cultura orientale e pur certamente sotto l'effetto delle terapie farmacologiche analgo-sedative, riferisce un'esperienza di profonda meditazione e racconta: "...c'era ancora quella persona che mi accoglieva, ma mi indicava che non era ancora il momento di attraversare il confine.... Mi è stato concesso di capire che c'è di più nella vita, che esistono molti livelli, un infinito numero di livelli, di esistenze, ognuno che si aggiunge al coro muto dell'orchestra cosmica" (1).

Si evince da tali considerazioni che la particolare condizione del paziente ricoverato in Terapia Intensiva lo rende non solo maggiormente disponibile a creare un rapporto intenso con chi gli presta le cure e ad affidarsi a lui ma anche particolarmente predisposto ad abbandonarsi ad un contatto intimo con se stesso in una dimensione distaccata dal suo essere fisico.

# CAPITOLO QUARTO

## 4.1 La giovane paziente A. di 14 anni

La paziente A. di 14 anni viene ricoverata in Terapia Intensiva per uno stato settico nel postoperatorio di un'appendicectomia complicata. Il decorso clinico è favorevole tanto che si ottiene una stabilizzazione delle funzioni vitali già durante la seconda giornata di ricovero e si giunge quindi a sospensione della sedazione e ad estubazione il giorno successivo.

Il quadro neurologico che abbiamo osservato al risveglio è stato da subito caratterizzato da profonda ansia e irrequietezza, accompagnata dalla paura di non riuscire a guarire e soprattutto all'incapacità di riposare. L'insonnia era frustrante.

Durante un colloquio con la madre della ragazza si raccoglie un'anamnesi psicologica che contempla episodi di ansia e attacchi di panico pre-esistenti alla problematica acuta recente.

Mi trovavo di guardia la sera in cui la ragazza era stata estubata e, dopo aver escluso che la paziente avesse dolore e/o alterazioni correggibili dell'ossigenazione, dell'emodinamica e dello stato metabolico, mi apprestavo a prescrivere una somministrazione di benzodiazepine per indurre il sonno notturno.

Ma la paziente chiede di poter parlare con me poiché aveva sentito che avevo appena partecipato ad un seminario sull'ipnosi. Lei stessa mi chiede di essere ipnotizzata per riuscire a dormire. Anche la madre della paziente, presente in camera in quel momento, mi prega di farlo.

Dopo un momento di esitazione (dentro di me) decido di tentare.

La seduta ipnotica si è svolta come vado a raccontare. Ho scelto un metodo di induzione lenta. Ho chiesto alla paziente di fissare un punto in alto sul soffitto e mantenendo lo sguardo fisso chiudere le palpebre, e quando le palpebre erano completamente chiuse ho chiesto alla paziente di riportare gli occhi nella posizione di riposo mantenendo chiuse le palpebre. Ho osservato un ER (Eye Roll) di 4 (primo passo dell'Hypnotic Induction Profile) (10). Questo aspetto indicava un'alta ipnotizzabilità della paziente che, unita alla sua forte motivazione, mi hanno spinto a continuare con maggior fiducia. Ho quindi iniziato a destabilizzare la sua coscienza ordinaria suggerendole di spostare la sua attenzione dall'ambiente esterno alla sua realtà interiore. Ho proseguito quindi descrivendo la posizione del suo corpo sul letto della Terapia Intensiva aiutandola a percepirne ogni sua parte (le spalle appoggiate, il lenzuolo sopra il suo torace, sopra la sua pancia, sopra le sue gambe, le braccia lungo il corpo, i piedi fuori dal lenzuolo. Quindi ho descritto i suoi piedi e le ho suggerito di provare ad immaginarli scoperti e quindi più freschi rispetto al resto del corpo (uno dei sintomi fastidiosi che la paziente aveva riferito era di sentir bruciare i piedi). Ho quindi iniziato a descrivere il suo respiro chiedendole di sentire l'aria che entrava ed usciva ad ogni atto respiratorio portandole ossigeno e freschezza. A quel punto ho notato che la paziente rallentava la sua frequenza respiratoria. Il monitor indicava un lieve aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa e una stabilità della saturazione di ossigeno. A questo punto dovevo approfondire la trance creando un'immagine che la portasse a rilassarsi per riuscire a dormire. Ho utilizzato una suggestione verbale semplice. Le ho detto che si trovava su una terrazza davanti ad una bellissima spiaggia e l'aria era fresca e il sole stava tramontando e i colori erano tutti quelli dell'arcobaleno; e dopo averle fatto osservare il mare davanti a lei e dopo averle fatto sentire il rumore delle onde le ho indicato alla sua destra una scala che scendeva in spiaggia. A quel punto le ho detto di scendere le scale lentamente e di sentirsi sempre più libera man mano che si lasciava alle spalle il punto di osservazione e si avvicinava alla spiaggia. Quindi le ho detto di togliersi le scarpe e di camminare sulla sabbia e di sentire la sabbia sotto i suoi piedi, che era fresca e carezzevole e camminare fino

all'acqua e quindi di sedersi in modo che i piedi venissero bagnati ritmicamente dalle onde. Lei, in quel particolare momento e luogo non poteva più farle del male; perché sentiva di essere parte dell'universo e da esso protetta e rassicurata, accarezzata dalle onde e dalla brezza tiepida del tramonto; e ancora che poteva distendersi e provare a sincronizzare il suo respiro con le onde del mare e sentir la voce dei gabbiani e che niente poteva mai essere più magico. Le ho detto qui sai che puoi addormentarti e sai che ogni volta che vorrai potrai venire qui e in questo profondo stato di beatitudine abbandonarti a un sonno ristoratore. La descrizione è durata circa 20 minuti. La frequenza cardiaca si è progressivamente rallentata e la pressione arteriosa si è ridotta, mentre la frequenza respiratoria e la saturazione di ossigeno sono rimaste inalterate. A questo punto ho iniziato la fase di induzione facendole percorrere a ritroso l'approfondimento (seduta, in piedi, torni alla scala, indossi le scarpe, sali la scala, sei di nuovo sul terrazzo). Le ho ripetuto che questo era il suo posto dove avrebbe potuto tornare per riposare e quindi le ho fatto sentire nuovamente il suo corpo e tornare nel suo letto qui e ora e contando da 3 a 1 le ho fatto riaprire gli occhi. A quel punto ci siamo guardate e lei mi ha sorriso, ha preso la mia mano e mi ha ringraziata.

Circa un'ora dopo lei dormiva e fino alla mattina ha riposato senza necessità di farmaci sedativi.

E' stata dimessa il giorno dopo dalla Terapia Intensiva.

Una settimana dopo l'ho incontrata in ospedale e mi ha chiamata e mi ha detto: "Dottoressa.... Lo sa che io torno sempre su quella spiaggia? E così ogni sera riesco a dormire!".

# CONCLUSIONI

La deprivazione di sonno è una realtà quotidiana osservabile in quasi tutti i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.

Non molte a tutt'oggi sono le alternative alla tradizionale farmacologia (benzodiazepine, propofol in particolare). Alcuni tentativi sono stati fatti utilizzando la melatonina ma con scarsi risultati.

Credo si possa ipotizzare un utilizzo dell'ipnosi per affrontare la problematica della deprivazione di sonno di cui soffrono i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.

# BIBLIOGRAFIA

1. Enrico Facco. Esperienze di premorte. Scienza e coscienza al confine tra fisica e metafisica . Edizioni Altravista.
2. Sairam Pathasarathy, Mertin J.Tobin. Sleep in the Intensive Care Unit. Intensive Care Medicine, Feb 2004, vol 30; issue 2; pp 197-206
3. Sairam Pathasarathy, Mertin J.Tobin. Effect of ventilator mode on sleep quality in critically ill patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, vol 166, 2002
4. Neil S.Freedman et al. Abnormal Sleep/Wake cycles and the effect of environmental noise of sleep disruption in the intensive care unit. Critical Care Medicine, vol 163, 2001
5. Neil S.Freedman et al. Nocturnal care interactions with patients in Intensive Care Units. American Journal of Critical Care. 2004;13:102-115
6. Agness. C. Tembo, Vicky Parker. Factors that impact on sleep in intensive care patients. Intensive and Critical Care Nursing 2009. 25, 314-322
7. Gerald L. Weinhouse et al. Bench-to-bedside review: Delirium in ICU patients – importance of sleep deprivation. Critical Care 2009. 13:234
8. R.S. Bourne,G.H.Mills. Sleep disruption in ICU. Anesthesia, 2004. 59:374-384
9. Musès C. Trance-induction techniques in ancient Egypt, in Musès C. e Yung A.M. (a cura di) Consciousness and Reality. New York, Outerbridg and Lazard, 1972. pp.9-17
10. Edoardo Casiglia. Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Pag 274.